



SZPITAL  
POWIATOWY  
W CHRZANOWIE

2025-10-10

**Regulamin  
i szczegółowe warunki konkursu ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie  
wykonywania usługi farmaceutycznej dla Szpitala Powiatowego w Chrzanowie**

SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE, 32-500 CHRZANÓW, UL. TOPOŁOWA 16  
TEL. (032) 624-70-00, FAX (032) 623-94-28, REGON 000310108



## **Rozdział I**

### **Postanowienia ogólne**

1. Postępowanie wszczyna się i prowadzi na zasadach i warunkach określonych w Ustawie o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. oraz Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r.
2. Ogłoszenie o konkursie zamieszcza się na stronie internetowej Szpitala Powiatowego w Chrzanowie oraz na tablicy ogłoszeń.
3. Niniejszy Regulamin i warunki konkursu stanowią część integralną umowy zawartej z Przyjmującym zamówienie.

## **Rozdział II**

### **Opis przedmiotu zamówienia**

1. Przedmiotem zamówienia konkursowego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania usługi farmaceutycznej na wykonywanie preparatów cytotoksycznych oraz leków biologicznych dla Szpitala Powiatowego w Chrzanowie od poniedziałku do piątku oraz w soboty.
2. Realizacja przedmiotu zamówienia obejmuje wykonywanie leków cytotoksycznych dla pacjentów Udzielającego zamówienia w Pracowni Cytostatyków Przyjmującego zamówienie.
3. Odbiór produktów wytworzonych otrzymanych w wyniku wykonania usługi farmaceutycznej leży po stronie Udzielającego zamówienie.
4. Przyjmujący zamówienie zapewnia:
  - a) Wykwalifikowany personel do pracy w Pracowni Cytostatyków;
  - b) Wyroby medyczne i środki dezynfekcyjne niezbędne do wykonania usługi;
  - c) Środki ochrony osobistej dla osób świadczących usługę farmaceutyczną;
  - d) Produkty lecznicze-preparaty cytotoksyczne oraz rozpuszczalniki, leki, płyny infuzyjne,
  - e) Pomieszczenia spełniające wymagania sanitarno-epidemiologiczne, w których będzie wykonywana usługa;
  - f) Ciągłość wykonywania usług farmaceutycznych w godzinach pracy Pracowni Cytostatyków zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienia z zastrzeżeniem, że dzienna liczba zleczanych przez Udzielającego zamówienie i wykonanych przez Przyjmującego zamówienie preparatów nie przekroczy liczby 25 sztuk. W przypadku wykonania większej liczby preparatów dziennie zostanie naliczona dodatkowa opłata zgodnie z § 7 ust.4 umowy.
5. Przedmiot zamówienia wykonywany będzie przez Przyjmującego zamówienie zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
6. Przedmiot zamówienia wykonywany będzie przez Przyjmującego zamówienie w ramach prowadzonej działalności gospodarczej lub udzielania świadczeń w innej formie, z zastrzeżeniem postanowień przepisów art. 132 ust. 3 i art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
7. Usługi winny być wykonywane przy użyciu materiałów i odczynników dopuszczonych do obrotu i spełniających wymagania określone w przepisach szczególnych.
8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie przy zastosowaniu sprzętu, aparatury, środków farmakologicznych i materiałów medycznych Przyjmującego Zamówienie
9. Rozliczenie za wykonaną usługę farmaceutyczną następować będzie poprzez bieżące wystawianie i dostarczanie do Udzielającego zamówienie faktur w okresach tygodniowych, z zastrzeżeniem, że ostatnie faktury za dany miesiąc zostaną przekazane w wersji elektronicznej, do 5 dnia następnego miesiąca, do Udzielającego zamówienia za miesiąc poprzedni.
10. Koszt leków zużytych w ramach usługi farmaceutycznej do przygotowania preparatów cytotoksycznych, każdorazowo rozliczony zostanie zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych obowiązującym w dniu wykonania usługi przez Przyjmującego Zamówienie.

## **Rozdział III**

### **Nadzór i rozliczenia finansowe**

1. Za organizację udzielania świadczeń i współpracę z Udzielającym Zamówienia odpowiada osoba wskazana w umowie przez Przyjmującego Zamówienie.
2. Nadzór nad prawidłową realizacją świadczeń objętych niniejszym postępowaniem ze strony Udzielającego Zamówienia pełni Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa oraz osoby przez niego wyznaczone.
3. Rozliczenie za wykonane usługi następować będzie w okresach i na zasadach określonych w umowie.

## **Rozdział IV**

### **Termin wykonania zamówienia**

1. Wymagany termin wykonania przedmiotu zamówienia od dnia **01.01.2026r. do dnia 31.12.2026r.**
2. Umowa zostanie podpisana na w/w okres.

## **Rozdział V**

### **Oferta cenowa i kryteria oceny**

1. Oferta winna zawierać cenę jednostkową za przygotowanie preparatów, zużycie materiałów medycznych i odzieży ochronnej, zgodnie z **załącznikiem nr 1 „Formularz oferenta”**.
2. Kryteria oceny:  
**Cena – 100%,**
3. Wszelkie rozliczenia finansowe pomiędzy Udzielającym Zamówienie a Przyjmującym Zamówienie będą prowadzone wyłącznie w złotych polskich w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku.



4. W przypadku zawarcia umowy oferowana cena za wykonanie usługi farmaceutycznej zaproponowana przez Przyjmującego zamówienie nie podlega podwyższeniu przez cały okres obowiązywania umowy.
5. Jeżeli Udzielający zamówienia uzna, że jest to konieczne do wykonania przedmiotu umowy - przyzna zamówienie więcej niż jednemu z oferentów, których oferta odpowiada warunkom i wymaganiom określonym w regulaminie i warunkach konkursu oraz zostanie uznana za najkorzystniejszą.

## **Rozdział VI**

### **Wymagania w stosunku do Oferenta**

W celu potwierdzenia, że Oferent posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności, Udzielający Zamówienia wymaga przedstawienia następujących dokumentów (stosownie do rodzaju prowadzonej działalności):

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS.
2. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
3. Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP.
4. Wykaz personelu, który realizował będzie świadczenia stanowiące przedmiot zamówienia oraz kserokopie dokumentów potwierdzające kwalifikacje zawodowe (dyplomy ukończenia studiów medycznych, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacji).
5. Aktualna polisa OC oraz zobowiązanie do jej posiadania przez cały czas obowiązywania umowy, stanowiące **załącznik nr 4** do Regulaminu.
6. Wypełniony formularz ofertowy, stanowiący **załącznik 1** do Regulaminu.
7. Wypełnione oświadczenie oferenta, stanowiące **załącznik 2** do Regulaminu.

**O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Oferenci, którzy spełniają następujące warunki:**

1. Są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym oraz posiadają niezbędne uprawnienia do wykonywania procedur będących przedmiotem zamówienia zgodnie z wymaganiami ustawowymi, co potwierdzą aktualnym odpisem z właściwego rejestru na podstawie, którego Oferent jest uprawniony do prowadzenia działalności w zakresie objętym przedmiotem zamówienia;
2. Dysponują niezbędną wiedzą, doświadczeniem, potencjałem ekonomicznym i technicznym, a także osobami posiadającymi kwalifikacje do świadczenia usług objętych niniejszym postępowaniem;
3. Posiadają prawo do lokalu i niezbędnej infrastruktury niezbędnej do wykonania przedmiotu umowy i na czas obowiązywania umowy.

Uwaga:

- Można złożyć tylko jedną ofertę w danym zakresie. Złożenie ofert alternatywnych spowoduje odrzucenie bez rozpatrzenia każdej z nich.

## **Rozdział VII**

### **Opis sposobu przygotowania oferty**

1. Do konkursu Oferent przedstawia swoją ofertę zgodnie z wymogami regulaminu i warunków konkursu.
2. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta winna być złożona w formie pisemnej w języku polskim na formularzu ofertowym stanowiącym **załącznik 1** do niniejszego regulaminu i warunków konkursu.
4. Ofertę należy złożyć wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami.
5. Strony oferty muszą być podpisane i opieczetowane przez osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta.
6. W przypadku, gdy dokumenty będą podpisane przez inną osobę, do oferty należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo.
7. Kopie dokumentów dołączonych do oferty, w tym kopia pełnomocnictwa muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez osobę upoważnioną do reprezentacji bądź osobę przez niego upoważnioną.
8. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę upoważnioną - podpisującą ofertę.
9. W celu prawidłowego przygotowania ofert, Oferent powinien zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania. Wszelkie pytania dotyczące konkursu ofert należy kierować drogą elektroniczną na adres Udzielającego zamówienia: [sekretariat@szpital-chrzanow.pl](mailto:sekretariat@szpital-chrzanow.pl) w terminie do **21.10.2025. g.10.00**.
10. W przypadku, gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, wzywa się Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
11. Ofertę opatrzoną danymi Oferenta należy składać w nieprzejrzystych, zamkniętych kopertach lub opakowaniach oznaczonych:

### **Konkurs ofert**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:  
wykonywania usługi farmaceutycznej dla Szpitala Powiatowego w Chrzanowie**

## **Rozdział VIII**

### **Składanie ofert i postępowanie konkursowe**

1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Udzielającego zamówienie do dnia **23.10.2025r. do godz. 09:00** na Dziennik Podawczy Szpitala Powiatowego w Chrzanowie ul. Topolowa 16, Pawilon „D” pok. 236.
2. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina złożenia jej Udzielającemu Zamówienia. Każda oferta zostanie opatrzona kolejnym numerem porządkowym oraz datą i godziną jej złożenia u Udzielającego zamówienie.
3. W celu przeprowadzenia konkursu, Udzielający Zamówienia powoła Komisję Konkursową, która rozwiąże się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu.



4. Otwarcia ofert dokona Komisja Konkursowa w dniu **23.10.2025r. godz. 10:00**, w pokoju nr 223 w siedzibie Udzielającego Zamówienia.
5. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w dniu **24.10.2025r.**
6. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu Konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Udzielającego zamówienie oraz na tablicy ogłoszeń.

#### **Rozdział IX**

##### **Informacje dla oferentów**

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość wybrania więcej niż jednej oferty w celu wykonania całości zadania.
2. Udzielający Zamówienia nie przewiduje zwołania zebrania oferentów przed dniem otwarcia ofert.
3. Udzielający Zamówienia może żądać wyjaśnień i uzupełnień do złożonej oferty.
4. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania w całości bądź części bez podania przyczyny oraz zmiany terminu składania ofert.
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w projekcie umowy przed jej podpisaniem.
6. Przyjmujący zamówienie jest związany ofertą 30 dni od terminu składania ofert.

#### **Rozdział X**

##### **Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących warunków zamówienia**

Wszelkie wyjaśnienia można uzyskać od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 – 14.30 w siedzibie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, II piętro w Dziale Kontraktów Medycznych i Statystyki, tel. 32 624-75-13 oraz u Kierownika Działu Kontraktów Medycznych i Statystyki, tel. 32 624 70 04.

#### **Rozdział XI**

##### **Tryb wprowadzania ewentualnych zmian w ofercie**

1. Oferent może dokonać zmian w ofercie lub wprowadzić uzupełnienia do niej w terminie do dnia wyznaczonego na składanie ofert.
2. W przypadku dokonania zmiany lub uzupełnienia należy złożyć ofertę z odpowiednim dopiskiem – „Zmiana” lub „Uzupełnienie”.
3. W przypadku wycofania się Oferenta z konkursu należy złożyć kopertę z nazwą Oferenta i opisem – „Wycofanie”.

#### **Rozdział XII**

##### **Protesty – prawa i obowiązki oferentów**

1. Oferenci, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia zasad przeprowadzenia niniejszego postępowania konkursowego przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych poniżej.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
  - a) wybór trybu postępowania,
  - b) niedokonanie wyboru Przyjmującego zamówienie,
  - c) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych (bez względu na przyczynę unieważnienia).
3. W toku postępowania konkursowego do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
- 3a. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
- 3b. Komisja konkursowa przyjmuje i rozstrzyga umotywowane protesty Oferentów w ciągu 7 dni od daty ich otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
- 3c. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
- 3d. W przypadku uwzględnienia protestu komisja konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.
4. Oferent, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, może wnieść odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
- 4a. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
- 4b. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.
5. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielania świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

**Z-ca DYREKTORA**  
ds. Lek. med. Izabela Góralbska  
**Udzielający Zamówienia**  
Szpital Powiatowy w Chrzanowie



**FORMULARZ OFERTOWY**

.....  
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....  
Adres podmiotu

.....  
Rodzaj rejestru, NIP

**Oferta  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w zakresie:  
**wykonywania usługi farmaceutycznej**

**W niniejszej ofercie składam następującą ofertę cenową zawierającą:**

**1. Materiały medyczne zmienne obejmują ogólną kwotę dla przygotowania jednego preparatu**

| Wykaz materiałów<br>Przygotowanie jednego preparatu | Cena jednostkowa<br>brutto | ilość | Wartość<br>brutto |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|-------|-------------------|
|                                                     |                            |       |                   |
|                                                     |                            |       |                   |
|                                                     |                            |       |                   |
|                                                     |                            |       |                   |
|                                                     |                            |       |                   |
| SUMA                                                |                            |       |                   |

**2. Materiały medyczne stałe i odzież obejmują ogólną kwotę dla przygotowania jednego preparatu**

| WYKAZ<br>Strój ochronny (dla jednej osoby na jedno wejście<br>do boksu) + materiały medyczne stałe | Cena jednostkowa<br>brutto | Ilość sztuk/par na<br>1 wejście | Wartość<br>brutto |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------|
|                                                                                                    |                            |                                 |                   |
|                                                                                                    |                            |                                 |                   |
|                                                                                                    |                            |                                 |                   |
|                                                                                                    |                            |                                 |                   |
|                                                                                                    |                            |                                 |                   |
| SUMA                                                                                               |                            |                                 |                   |

**3. Taxa laborum – kwota .....**

**Pieczętka i podpis**

Z-ca DYREKTORA  
ds. Lecznictwa  
lek. med. Izabela Kiełbalska  
.....  
Dyrektora Szpitala Powiatowego w Chrzanowie



## OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....  
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....  
Adres podmiotu

.....  
Rodzaj rejestru, NIP

### Oświadczam, że:

1. Oświadczam, że personel wskazany do realizacji zamówienia posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
2. Samodzielnie dokonuje wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami i zapisami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Dopuszczam zmianę treści umowy przed jej podpisaniem w razie konieczności wprowadzenia takich zmian w wyniku okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ogłaszania postępowania konkursowego.
7. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

### Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

.....  
miejsce i data

Z-ca DYREKTORA  
ds. Leczniczych  
lek. med. Izabela Kiełbalska  
podpis  
Dyrektora Szpitala Powiatowego w Cielżanowie





SZPITAL  
POWIATOWY  
W CHRZANOWIE

2025-10-10

**Regulamin  
i szczegółowe warunki konkursu ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie  
wykonywania usługi farmaceutycznej dla Szpitala Powiatowego w Chrzanowie**

SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE, 32-500 CHRZANÓW, UL. TOPOŁOWA 16  
TEL. (032) 624-70-00, FAX (032) 623-94-28, REGON 000310108



**PROJEKT UMOWY nr....**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie**  
**wykonywania usługi farmaceutycznej dla Szpitala Powiatowego w Chrzanowie**

zawarta w dniu ..... w Chrzanowie

pomiędzy:

**Szpitałem Powiatowym w Chrzanowie**

**ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów,**

wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Krakowa Śródmieścia, XII Wydział Gospodarczy, pod numerem KRS 0000015881; NIP: 628-19-16-916;

reprezentowanym przez: Dyrektora Szpitala – **Artura Baranowskiego**

zwanym w dalszej części umowy **Udzielającym Zamówienia** lub **Szpitałem**

a

.....  
 reprezentowanym przez: .....

zwaną (zwanym) w dalszej części umowy **Przyjmującym Zamówienie**.

Wartość zamówienia przekracza kwotę wskazaną w art. 26 ust. 4a Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert na świadczenia zdrowotne strony zawierają Umowę następującej treści:

### § 1

#### Przedmiot umowy

1. Udzielający Zamówienia zleca a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje do wykonania świadczenie zdrowotne w zakresie usługi farmaceutycznej polegającej na wykonywaniu preparatów cytotoksycznych oraz leków biologicznych dla Szpitala Powiatowego w Chrzanowie od poniedziałku do piątku oraz w soboty z zastrzeżeniem zapisów § 7 ust.4.
2. Przedmiot zamówienia wykonywany będzie przez Przyjmującego zamówienie zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Przedmiot zamówienia wykonywany będzie przez Przyjmującego zamówienie w ramach prowadzonej działalności gospodarczej lub udzielania świadczeń w innej formie, z zastrzeżeniem postanowień przepisów art. 132 ust. 3 i art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Świadczenia usług zdrowotnych odbywać się będzie przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje do pracy w pracowni cytostatyków określone przepisami prawa zgodnie z standardami jakości.

### § 2

#### Warunki realizacji umowy

1. Miejscem udzielania świadczeń jest (adres).....
2. Udzielający zamówienia oświadcza iż zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, a w związku z tym Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje do wykonania udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania usługi farmaceutycznej której przedmiotem jest przygotowanie leków cytotoksycznych dla pacjentów Udzielającego Zamówienia, na podstawie pisemnych zleceń, których wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Zlecenia w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) będą przekazywane za pomocą komunikacji elektronicznej w sposób zaszyfrowany ze służbowego adresu poczty elektronicznej Udzielającego Zamówienia na uprzednio wskazany przez Przyjmującego Zamówienie adres służbowej poczty elektronicznej, tj. .... do godziny 14:00 dnia poprzedniego, a następnie dostarczone w oryginale w momencie odbioru wytworzonego leku cytotoksycznego oraz/lub biologicznego z pracowni Przyjmującego zamówienie przez upoważnioną z ramienia Udzielającego Zamówienie osobę. Potwierdzenie recepty nastąpi do godziny 8:00 w dniu odbioru leków. Szyfrowanie o którym mowa w zdaniu pierwszym będzie odbywało się za pomocą unikalnego hasła, przy czym nazwa pliku nie powinna zawierać danych osobowych oraz pod warunkiem przekazania informacji o hasle dostępu do treści załącznika w sposób bezpieczny i z wykorzystaniem innego niż poczta elektroniczna kanału komunikacji.
4. Odbiór gotowego wytworzonego preparatu nastąpi do godziny 10.00 w dniu wykonywania usługi, w ilości zgodnej z przesłanym zleceniem.
5. Przedmiot zamówienia - usługa farmaceutyczna będzie świadczona w godzinach pracy Pracowni Cytostatyków Przyjmującego zamówienie w pomieszczeniach spełniających wymagania sanitarno-epidemiologiczne w tym zakresie.
6. Transport produktów otrzymanych w wyniku wykonania usługi farmaceutycznej leży po stronie Udzielającego zamówienie.
7. Transport produktów otrzymanych w wyniku wykonania usługi farmaceutycznej winien odbywać się zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia MZ w sprawie Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej tj: leki winny być przewożone w pojemniku twardościennym (np. lodówka turystyczna zaopatrzona we wkłady chłodzące i monitoring temperatury) zapewniającym warunki bezpiecznego transportu leków.
8. Przyjmujący zamówienie zapewnia produkty lecznicze (preparaty cytostatyczne oraz płyny infuzyjne), materiały medyczne oraz odzież ochronną. Strony dopuszczają wykonanie usługi z produktów leczniczych, które Udzielający zamówienie dostarczy Przyjmującemu zamówienie na własny koszt, w warunkach zgodnych z wymaganiami Rozporządzenia MZ w sprawie Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej.
9. Przyjmujący zamówienie zapewnia ciągłość wykonywania usług farmaceutycznej w pracowni cytostatyków



zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienia, z zastrzeżeniem, że dzienna liczba zleczanych przez Udzielającego zamówienie i wykonanych przez Przyjmującego zamówienie preparatów nie przekroczy liczby 25 sztuk. W przypadku wykonania większej liczby preparatów dziennie zostanie naliczona dodatkowa opłata zgodnie z § 7 ust.4.

10. Przy realizacji czynności objętych umową strony poprzez swoich upoważnionych przedstawicieli uprawnione są do kontaktowania się z personelem zatrudnionym przez Udzielającego Zamówienia i Przyjmującego Zamówienie dla potrzeb związanych z realizacją niniejszej umowy w celu uzyskania informacji niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową.

### **§ 3**

#### **Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie**

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:

1. Wykonywania usługi farmaceutycznej na sprzęcie zapewniającym jego wysoką jakość i posiadającym certyfikaty jego dopuszczenia do obrotu oraz wymagane zezwolenia dopuszczające aparaturę do użytkowania.
2. Zagwarantowania, iż materiały używane do wykonywania usługi są dopuszczone do obrotu i spełniają wymagania określone w przepisach szczególnych.
3. Prowadzenia miesięcznej statystyki wykonanych usług w formie sprawozdawczości statystycznej, określającej ilość zużytych materiałów, szczegółowy wykaz wykonanych usług farmaceutycznych z podaniem liczby wykonanych preparatów, załącznik cenowy wyliczający leki zużyte do wykonania preparatów cytostatycznych oraz rodzaj i datę wykonania.
4. Prowadzenia z należytą starannością dokumentacji medycznej oraz innej, związanej z przedmiotem umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wypełnienia wszelkich wymagań związanych z aktualnymi przepisami prawa dotyczącymi EDM.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się, w terminie 10 dni od podpisania niniejszej umowy, do wprowadzenia stosownych danych w Portalu Potencjału NFZ w zakładce Umowy Podwykonawstwa i udostępnić je Udzielającemu Zamówienie.

### **§ 4**

#### **Oświadczenia Przyjmującego Zamówienie**

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:

1. Zatrudnia osoby posiadające uprawnienia i kwalifikacje zawodowe do pracy w pracowni cytostatyków określone w odrębnych przepisach w zakresie realizacji niniejszej umowy i zapewnia gotowość do wykonywania usługi w liczbie osób niezbędnej (jedna osoba na każdej zmianie) do wykonania określonej usługi.
2. Przejmuje na siebie pełną odpowiedzialność za zapewnienie wykonywania usługi przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach określonych odrębnymi przepisami.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że wszystkie pomieszczenia, w których świadczona będzie usługa – odtworzone leki cytostatyczne, spełniają wymagania sanitarno-epidemiologiczne jakie winny obowiązywać w podmiotach leczniczych.
4. Zapewnia, że w okresie obowiązywania umowy utrzyma stan osobowy gwarantujący należyte wykonanie postanowień niniejszej umowy.
5. Jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej, NNW za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń określonych w niniejszej umowie, według zasad zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa.
6. W przypadku, gdy umowa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej ulega rozwiązaniu lub wygasa w trakcie obowiązywania niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek dostarczyć Udzielającemu Zamówienie kopię nowej polisy na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.

### **§ 5**

1. Przyjmujący zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego zamówienie, w następującym zakresie:
  - a. Sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych i ich jakości,
  - b. Prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (z późn. zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z oddziałem NFZ.
3. Przyjmujący zobowiązuje się do zwrotu Udzielającemu zamówienie równowartości kar finansowych zastosowanych przez NFZ w związku z naruszeniem postanowień niniejszej umowy, które skutkują wadliwym wykonaniem lub nie wypełnianiem warunków umowy z NFZ.
4. Udzielający zamówienie ma obowiązek poinformowania Przyjmującego zamówienie o wszelkich nieprawidłowościach wykonania usługi, niezwłocznie po ich stwierdzeniu.

### **§ 6**

#### **Zobowiązania Stron**

1. Osobą odpowiedzialną za koordynację zadań wynikających z niniejszej umowy ze strony Przyjmującego zamówienie jest: ..... tel. ....
2. Osobą odpowiedzialną za koordynację zadań wynikających z niniejszej umowy ze strony Udzielającego zamówienie jest: ..... tel. 32 .....
3. Strony ustalają, że miejscem dostarczania/odbioru leków jest: .....

### **§ 7**

#### **Warunki płatności**

1. Udzielający zamówienia jest zobowiązany do zapłaty za wykonaną usługę farmaceutyczną.



2. Rozliczenie za wykonaną usługę farmaceutyczną następować będzie poprzez bieżące wystawianie i dostarczanie do Udzielającego zamówienie faktur w okresach tygodniowych, z zastrzeżeniem, że ostatnie faktury za dany miesiąc zostaną przekazane w wersji elektronicznej, do 5 dnia następnego miesiąca, do Udzielającego zamówienia za miesiąc poprzedni.
3. Zapłata następować będzie za wykonaną usługę farmaceutyczną, tj. przygotowanie preparatu –taxa laborum, materiały medyczne zmienne, materiały medyczne stałe i odzież w okresach tygodniowych z wyłączeniem ust 11, których fakturowanie następować będzie w okresach miesięcznych z zastrzeżeniem, że wykazy ilościowe leków podawane będą do czterech miejsc po przecinku.
4. Za usługi/preparaty wykonane na podstawie niniejszej umowy w soboty oraz za wykonanie każdego preparatu powyżej limitu wskazanego w § 2 ust.9, Przyjmujący zamówienie naliczy podwójną stawkę taxa laborum.
5. Faktury wraz z zestawieniem, o którym mowa w § 3 ust.3 i § 7 ust.3, będą wystawiane w okresach tygodniowych i przekazywane Udzielającemu zamówienie za pośrednictwem wiadomości e-mailem w formie zabezpieczonej hasłem na adres email [apteka@spch.home.pl](mailto:apteka@spch.home.pl) , a następnie przekazywane za potwierdzeniem przy odbiorze kolejnych preparatów, osobie upoważnionej przez Udzielającego zamówienie do odbioru produktów otrzymanych w wyniku wykonania usługi farmaceutycznej.
6. Niniejsze wynagrodzenie obejmuje wszystkie wydatki, jakie Przyjmujący zamówienie poniesie w związku z wykonaniem niniejszej umowy, z zastrzeżeniem ust.10.
7. Faktury zawierać będą szczegółowy wykaz wykonanych przez Przyjmującego Zamówienie usług farmaceutycznych z podaniem liczby wykonanych preparatów wraz z załącznikiem cenowym wyliczającym leki zużyte do wykonania preparatów cytostatycznych.
8. Zapłata należności następować będzie w 21 dni od dnia wystawienia faktury poprawnie wystawionej faktury przelewem na konto bankowe wskazane na fakturze.
9. Przyjmujący zamówienie nie może bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienia przenieść wierzytelności z niniejszej umowy na osobę trzecią.
10. Za czas pozostawiania w gotowości Przyjmującemu Zamówienie nie przysługuje żadne wynagrodzenie.
11. W przypadku powstania podczas wykonywania usługi straty w produkcji leku cytostatycznego oraz biologicznego, której nie można było uniknąć, w związku z trwałością leków cytostatycznych po pierwszym pobraniu, Udzielający zamówienie zostanie obciążony kosztem, jaki wyniknie z przygotowanej dawki indywidualnej dla pacjenta.
12. Ustalone wynagrodzenie za wykonane świadczenia nie podlega modyfikacji w zakresie podwyższenia ceny jednostkowej usługi przez cały okres obowiązywania umowy.
13. Udzielający zamówienia zapewnia, że zlecane świadczenia zdrowotne są usługami w zakresie opieki medycznej, służącymi profilaktyce, zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz usługami ściśle z tymi usługami związanymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług i jako takie są zwolnione od podatku VAT.

## § 8

### Kary umowne

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, Udzielający zamówienie może nałożyć na Przyjmującego Zamówienie karę umowną w wysokości 5% miesięcznej wartości faktur, których naruszenie dotyczy w zakresie części wartości odpowiadającej taxa laborum w następujących przypadkach:
  - a) udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym czasie,
  - b) nieudzielania świadczeń zdrowotnych w czasie i miejscu ustalonym wcześniej,
  - c) uniemożliwienie kontroli lub niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
  - d) pobierania nienależnych opłat za świadczenia będące przedmiotem umowy,
  - e) nieuzasadnionej odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - f) przedstawienia przez Przyjmującego Zamówienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym (np. dot. personelu udzielającego świadczeń).
2. W przypadku, gdy kara umowna nie pokrywa poniesionej przez Szpital szkody, Szpital zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

## § 9

### Terminy

Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia ..... r. do dnia ..... r.

## § 10

### Rozwiązanie umowy

1. Umowa ulegnie rozwiązaniu z upływem czasu, na jaki została zawarta.
2. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze Stron z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia z przyczyn określonych w ust. 3, 4, niniejszego paragrafu. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy następuje w formie pisemnej.
3. Udzielający Zamówienia może wypowiedzieć umowę za okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego w przypadku:
  - a) ograniczenia dostępności do świadczeń, zawężenia ich zakresu lub nieodpowiedniej jakości usług,
  - b) nieuzasadnionej odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - c) nieprzekazania w ustalonym terminie przez Przyjmującego Zamówienie wymaganych zestawień wraz z rachunkiem,
  - d) przekazania danych z wykonania umowy niezgodnych ze stanem faktycznym,



- e) uzasadnionych skarg pacjentów, wynikających z rażącego naruszenia niniejszej umowy oraz przepisów prawa,
- f) zastrzeżeń Udzielającego Zamówienia do pracy Przyjmującego Zamówienie.
4. Przyjmujący Zamówienie może wypowiedzieć umowę za okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego w przypadku gdy Udzielający Zamówienie zalega z zapłatą należności za wykonywanie świadczeń określonych w umowie za więcej niż dwa pełne okresy płatności.
5. Umowa ulega rozwiązaniu wskutek oświadczenia jednej ze Stron (złożonego w formie pisemnej pod rygorem nieważności), bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy:
- a) druga Strona, mimo wezwania do zaprzestania naruszeń, rażąco narusza istotne postanowienia Umowy;
  - b) wypowiedzenia umowy przez NFZ w stosunku do Udzielającego Zamówienie.
  - c) w razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili podpisania umowy.

## § 11

### Ochrona danych osobowych

1. W związku z wykonaniem niniejszej umowy Strony będą wymieniać pomiędzy sobą dane osobowe pacjentów i personelu w zakresie niezbędnym do wykonania Umowy.
2. Strony zgodnie oświadczają, iż zbieranie i przetwarzanie przez nie danych osobowych następuje wyłącznie w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów zgodnie z art. 9 ust. 2 lit h) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO).
3. Strony oświadczają, że w związku z przetwarzaniem przez nie danych osobowych, jako odrębni administratorzy wdrożyły odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, o których mowa w art. 32 RODO, aby zapewnić odpowiedni stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku naruszenia ochrony danych osobowych.
4. Strony oświadczają, że w zakresie prowadzonej przez siebie działalności leczniczej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta są odrębnymi administratorami danych osobowych pacjentów.
5. Strony oświadczają, iż w związku z realizacją Umowy będzie również dochodzić do wzajemnego przekazania danych personelu zaangażowanego w realizację Umowy o współpracy, którą Strony zawarły. Jednocześnie przekazanie danych personelu będzie następować wyłącznie w zakresie niezbędnym do wypełnienia postanowień Umowy.
6. Strony zobowiązują się na podstawie art. 13 i 14 RODO do wypełnienia obowiązku informacyjnego wobec własnego personelu w związku z przetwarzaniem danych osobowych personelu do celów służbowych.
7. Strony oświadczają, że każda z nich jest odpowiedzialna niezależnie za realizację praw podmiotów danych, określonych w art. 12-23 RODO w odniesieniu do danych osobowych, dla których jest administratorem, przy czym w przypadku konieczności sprostowania lub usunięcia danych osobowych pacjenta, które mogą mieć wpływ na prawidłowość udzielenia świadczenia zdrowotnego lub życia lub zdrowia pacjenta, strony realizują obowiązek wskazany w art. 19 RODO bez zbędnej zwłoki.
8. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z realizacją umowy stanowi załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
9. Strony zobowiązują się do dopuszczenia do przetwarzania danych osobowych objętych niniejszą Umową wyłącznie przez osoby upoważnione, zobowiązane do zachowania danych osobowych w tajemnicy.
10. W sprawach nieuregulowanych w zakresie danych osobowych zastosowanie mają przepisy RODO, ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta."

## § 12

### Postanowienia końcowe

1. Wszelkie spory mogące wynikać przy realizacji niniejszej umowy strony będą próbowały rozstrzygać na drodze wzajemnych negocjacji.
2. W przypadku braku uzgodnień stanowisk, spory rozstrzygać będzie Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienie.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Ustawy o działalności leczniczej, Kodeksu Cywilnego, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisów dotyczących przedmiotu umowy.
4. Regulamin konkursu po przeprowadzeniu, którego doszło do zawarcia niniejszej umowy oraz złożona przez Przyjmujące zamówienie oferta, stanowią integralną część niniejszej umowy.
5. Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji swoich praw ani przeniesienia swoich praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie bez uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego zamówienie, za wyjątkiem przypadków wynikających z obowiązujących przepisów prawa.
6. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż znane mu są zapisy ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę z dnia 10 października 2002 roku i przy wykonywaniu przedmiotu umowy będzie stosował jej postanowienia.

## § 13

1. Każda zmiana treści umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Umowę sporządzono w dwóch, jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Z-ca DYREKTORA**  
**ds. Lecznictwa**  
*lek. med. Izabela Kiełbalska*  
.....  
Udzielający Zamówienia  
Stary Brodzko, ul. ...  
Starostwo Powiatowe w Chrzanowie

.....  
Przyjmujący Zamówienia



## Cennik do umowy

## 1. Materiały medyczne zmienne obejmują ogólną kwotę dla przygotowania jednego preparatu

| Wykaz materiałów<br>Przygotowanie jednego preparatu | Cena<br>jednostkowa | ilość | Wartość<br>brutto |
|-----------------------------------------------------|---------------------|-------|-------------------|
|                                                     |                     |       |                   |
|                                                     |                     |       |                   |
|                                                     |                     |       |                   |
|                                                     |                     |       |                   |
|                                                     |                     |       |                   |
|                                                     |                     |       |                   |
| SUMA                                                |                     |       |                   |

## 2. Materiały medyczne stałe i odzież obejmują ogólną kwotę dla przygotowania jednego preparatu

| WYKAZ<br>Strój ochronny (dla jednej osoby na jedno wejście<br>do boksu) + materiały medyczne stałe | Cena<br>jednostkowa<br>brutto | Ilość sztuk/par na<br>1 wejście | Wartość<br>brutto |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------|
|                                                                                                    |                               |                                 |                   |
|                                                                                                    |                               |                                 |                   |
|                                                                                                    |                               |                                 |                   |
|                                                                                                    |                               |                                 |                   |
|                                                                                                    |                               |                                 |                   |
|                                                                                                    |                               |                                 |                   |
| SUMA                                                                                               |                               |                                 |                   |

3. Taxa laborum – kwota .....



### Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

W celu wypełnienia obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO informujemy, że w związku z zawarciem umowy Szpital Powiatowy w Chrzanowie będzie przetwarzał dane osobowe osób zaangażowanych w realizację umowy.

1. Administratorem danych osobowych osób realizujących umowę jest Szpital Powiatowy w Chrzanowie, 32-500 Chrzanów ul. Topolowa 16, e-mail: [sekretariat@szpital-chrzanow.pl](mailto:sekretariat@szpital-chrzanow.pl).
2. Szpital powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się na adres e-mail: [iod@szpital-chrzanow.pl](mailto:iod@szpital-chrzanow.pl).
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu zawarcia i realizacji umowy, rozliczenia kosztów w związku z zawartą umową oraz realizacją związanych z tym obowiązków prawnych ciążyących na Administratorze, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.
4. Dane osobowe (imię i nazwisko, stanowisko, dane kontaktowe) zostały pozyskane od podmiotu, z którym Administrator zawarł umowę i będą przetwarzane w celach związanych z realizacją umowy.
5. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne do celu zawarcia i realizacji umowy, Konsekwencją nie podania danych jest brak możliwości zawarcia umowy.
6. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres obowiązywania umowy oraz przechowywane przez okres 5-ciu lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym dokonano ostatniego rozliczenia kosztów. Okres przechowywania danych osobowych może zostać wydłużony z uwagi na dochodzenie roszczeń lub toczące się postępowanie przed sądem, przetwarzanie w takim przypadku odbywać się będzie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO.
7. Dane mogą być udostępniane podmiotom świadczącym na rzecz Administratora usługi niezbędne do wykonania zobowiązań nałożonych na niego przez przepisy prawa, organom oraz podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa do otrzymania Pani/Pana danych osobowych.
8. Dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji lub profilowaniu.
9. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie mają prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych, prawo do żądania sprostowania (poprawiania lub uzupełnienia) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne, prawo do żądania usunięcia danych osobowych („prawo do bycia zapomnianym”), prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych, prawo do przenoszenia danych w przypadku uzasadnionym przepisami prawa.
10. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie mają również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl) gdy uznają, iż przetwarzanie ich danych osobowych narusza przepisy RODO.



**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

.....  
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....  
Adres podmiotu

.....  
Rodzaj rejestru, NIP

**Oświadczam, że:**

Zobowiązuję się do posiadania aktualnej polisy OC przez cały czas obowiązywania umowy w przedmiotowym zakresie.

