



2025-10-21

**Regulamin  
i szczegółowe warunki konkursu ofert na udzielanie  
świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

wykonywania zabiegów endoskopowych:

**1 PAKIET:**

- a) ERCP wraz z opisem, (ze szkoleniem)

**2 PAKIET :**

- a) ERCP wraz z opisem
- b) Kolonoskopii wraz z opisem,
- c) kolonoskopii z polipektomią pętlową wraz z opisem
- d) kolonoskopii z pobraniem wycinka do badań histopatologicznych wraz z opisem
- e) gastrokopii wraz z opisem.



## 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 stanowiąc będą integralną część umowy zawartej z Przyjmującym zamówienie.

## Rozdział II Opis przedmiotu zamówienia

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w zakresie wykonywania zabiegów endoskopowych:
  - 1 **PAKIET:**
    - a) ERCP wraz z opisem, (ze szkoleniem)
  - 2 **PAKIET :**
    - a) ERCP wraz z opisem
    - b) kolonoskopii wraz z opisem,
    - c) kolonoskopii z polipektomią pętlową wraz z opisem
    - d) kolonoskopii z pobraniem wycinka do badań histopatologicznych wraz z opisem
    - e) gastroskopii wraz z opisem.
2. Przedmiot zamówienia wykonywany będzie przez Przyjmującego zamówienie w ramach prowadzonej działalności gospodarczej lub pełnienie obowiązku świadczenia tych usług przez podmiot leczniczy, który zawrze umowy na świadczenie takich usług z lekarzami posiadającymi uprawnienia do wykonywania świadczeń objętych konkursem i prowadzącymi działalność gospodarczą, z zastrzeżeniem postanowień przepisów art. 132 ust 3 i art.133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przedmiot zamówienia obejmuje udzielanie w/w świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie oraz pacjentów skierowanych do Szpitala przez podmioty lecznicze z zewnątrz w oparciu o podpisane stosowne umowy ze Szpitalem.
4. Świadczenia zdrowotne udzielane będą wg harmonogramu w dni powszednie w godzinach od 14.35 do 21.00 ustalonego przez Kierownika Pracowni Endoskopii.
5. Szacunkowa liczba świadczeń może się zwiększyć bądź zmniejszyć w zależności od zapotrzebowania. Niezrealizowanie szacunkowej liczby świadczeń nie spowoduje żadnych roszczeń odszkodowawczych ze strony Przyjmującego zamówienie.

| Przeznaczone zamówienie: |                                                                             |                                      |                                                                                                                                                                  |                                    |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Lp.                      | Rodzaj zamówienia                                                           | Przedmiot zamówienia                 | Wymagania i kwalifikacje                                                                                                                                         | Szacunkowa liczba świadczeń w roku |
| 1 PAKIET                 |                                                                             |                                      | Specjalista w dziedzinie gastroenterologii lub specjalista w innej dziedzinie medycyny, posiadający umiejętność wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych umową |                                    |
| a                        | ERCP z opisem (ze szkoleniem)                                               | Zabieg z opisem, szkolenie personelu |                                                                                                                                                                  | 100                                |
| 2 PAKIET                 |                                                                             |                                      |                                                                                                                                                                  |                                    |
| a                        | ERCP z opisem                                                               | Zabieg z opisem                      |                                                                                                                                                                  | 20                                 |
| b                        | Kolonoskopia z opisem                                                       | Zabieg z opisem                      |                                                                                                                                                                  | 270                                |
| c                        | kolonoskopia z polipektomią pętlową wraz z opisem                           | Zabieg z opisem                      |                                                                                                                                                                  | 240                                |
| d                        | Kolonoskopia z pobraniem wycinka do badań histopatologicznych wraz z opisem | Zabieg z opisem                      |                                                                                                                                                                  | 80                                 |
| e                        | gastroskopia z opisem                                                       | Zabieg z opisem                      |                                                                                                                                                                  | 120                                |



6. Świadczenie usług zdrowotnych objętych umową opisanych powyżej obejmuje wykonanie badania z pobieraniem odpowiednich wycinków do badania histopatologicznego wraz z opisem.
7. Świadczenie usług zdrowotnych objętych umową odbywać się będzie, przez lekarzy specjalistów posiadających kwalifikacje zgodnie z przepisami prawa, ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, wytycznymi NFZ i MZ, dostępnymi metodami i środkami, z zachowaniem poszanowania praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
8. Świadczenie usług odbywać się będzie przy pomocy personelu medycznego i pomocniczego oraz zastosowaniu sprzętu, aparatury, środków farmakologicznych i materiałów medycznych Szpitala Powiatowego w Chrzanowie. Szpital Powiatowy w Chrzanowie upoważnia świadczącego usługi do korzystania w trakcie wykonywania przez niego świadczeń zdrowotnych z obiektów i infrastruktury należącej do Szpitala.
9. Rozliczenie za wykonane usługi następować będzie w okresach i na zasadach określonych w umowie.

### **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.

### **Rozdział IV**

#### **Termin wykonania zamówienia**

1. Wymagany termin wykonania przedmiotu zamówienia od dnia **01.01.2026r. do dnia 31.12.2027.**
2. Umowa zostanie podpisana na w/w okres.

### **Rozdział V**

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

1. Oferta winna zawierać cenę za wykonanie świadczenia w zakresie:
  - 1 **PAKIET:**
    - a) ERCP wraz z opisem, (ze szkoleniem)
  - 2 **PAKIET :**
    - a) ERCP wraz z opisem
    - b) Kolonoskopii wraz z opisem,
    - c) Kolonoskopii z polipektomią pętlową wraz z opisem
    - d) Kolonoskopii z pobraniem wycinka do badań histopatologicznych wraz z opisem
    - e) Gastroskopii wraz z opisem
 zgodnie z załącznikiem pn. „Formularz oferenta”.
2. Wszelkie rozliczenia finansowe między Udzielającym Zamówienie a Przyjmującym Zamówienie będą prowadzone wyłącznie w złotych polskich w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku.
3. Kryteria oceny :  
**Cena – 100%**, przy czym Udzielający Zamówienia ustala maksymalną dopuszczalną wartość za:

| Lp.             | Rodzaj świadczenia                                                          | Maksymalna dopuszczalna cena (brutto) jednego świadczenia |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>1 PAKIET</b> |                                                                             |                                                           |
| a)              | ERCP (ze szkoleniem) z opisem                                               | <b>800,00 zł</b>                                          |
| <b>2 PAKIET</b> |                                                                             |                                                           |
| a)              | ERCP wraz z opisem                                                          | <b>600,00 zł</b>                                          |
| b)              | kolonoskopia wraz z opisem                                                  | <b>210,00 zł</b>                                          |
| c)              | kolonoskopia z polipektomią pętlową wraz z opisem                           | <b>360,00 zł</b>                                          |
| d)              | kolonoskopii z pobraniem wycinka do badań histopatologicznych wraz z opisem | <b>260,00 zł</b>                                          |
| e)              | gastroskopia wraz z opisem                                                  | <b>125,00 zł</b>                                          |



4. W przypadku zawarcia umowy oferowana cena jednostkowa za wykonanie badania 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 (dyplom ukończenia studiów medycznych, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji z dziedziny gastroenterologii lub dokument potwierdzający umiejętność wykonywania badań endoskopowych).
5. Aktualna polisa OC, NNW oraz zobowiązanie do jej posiadania przez cały okres obowiązywania umowy, stanowiący **załącznik nr 4** do Regulaminu.
6. Kserokopie aktualnych badań lekarskich lub oświadczenie o spełnieniu niniejszego warunku.
7. Wypełniony formularz ofertowy, stanowiący **załącznik 1** do Regulaminu.
8. Wypełnione oświadczenie oferenta, stanowiące **załącznik 2** do Regulaminu.
9. W przypadku, gdy do konkursu przystępuje podmiot leczniczy: wykaz imienny lekarzy, z którymi na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu podmiot będzie miał zawarte umowy, wraz ze wszystkimi wymaganymi wyżej dokumentami potwierdzającymi ich kwalifikacje, aktualne badania lekarskie.

Uwaga:

- Oferty lekarzy zatrudnionych jednocześnie w ramach umowy o pracę w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie będą odrzucone bez rozpatrzenia, gdyż zawieranie z nimi umów stanowiłoby naruszenie przepisów prawa pracy.
- Można złożyć tylko jedną ofertę w danym rodzaju. 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 **31.10.2025r. g.09.00**.
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 nieprzejrystych, zamkniętych kopertach lub opakowaniach oznaczonych:

### **Konkurs ofert**

#### **na udzielanie świadczeń zdrowotnych:**

**wpisać PAKIET.....**

## **Rozdział VIII**

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

1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Udzielającego zamówienie do **04.11.2025r. godz. 9.00** 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 **04.11.2025r. godz. 10.00** w pokoju nr 223 w siedzibie Udzielającego Zamówienia.
5. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **05.11.2025r.**
6. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu Konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Udzielającego zamówienie oraz na tablicy ogłoszeń.

#### **Rozdział IX** **Informacje dla oferentów**

1. Udzielający Zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość wybrania więcej niż jednej oferty w celu wykonania całości zadania.
3. Udzielający Zamówienia nie przewiduje zwołania zebrania Przyjmujących zamówienie przed dniem otwarcia ofert.
4. Udzielający Zamówienia może żądać wyjaśnień i uzupełnień do złożonej oferty.
5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny oraz do przesunięcia terminu składania ofert.
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 w Dziale Kontraktów Medycznych i Statystyki od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 – 14.30 w siedzibie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, II piętro, pok. 223, tel. 32 624-75-13.

#### **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 Przyjmującego zamówienie 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.

**Udzielający Zamówienia**  
Szpital Powiatowy w Chrzanowie

**DYREKTOR**  
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie  
*mgr Artur Baranowski*



## FORMULARZ OFERTOWY

.....  
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru).....  
Adres podmiotu.....  
Rodzaj rejestru, NIP.....  
Telefon, e-mail**Oferta  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w zakresie wykonywania zabiegów endoskopowych:

**1 PAKIET:**

- a) ERCP wraz z opisem (ze szkoleniem)

**2 PAKIET :**

- a) ERCP wraz z opisem
- b) Kolonoskopii wraz z opisem,
- c) Kolonoskopii z polipektomią pętlową wraz z opisem
- d) Kolonoskopii z pobraniem wycinka do badań histopatologicznych wraz z opisem
- e) Gastroskopii wraz z opisem \*

\* niepotrzebne skreślić

**Proponuję następującą ofertę cenową**

| Lp.             | Rodzaj świadczenia                                                                   | Maksymalna dopuszczalna<br>cena (brutto) jednego<br>świadczenia | Oferowana przez<br>Przyjmującego zamówienie<br>cena jednego świadczenia<br>(brutto) |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1 PAKIET</b> |                                                                                      |                                                                 |                                                                                     |
| a)              | ERCP wraz z opisem(ze<br>szkoleniem)                                                 | 800,00 zł                                                       |                                                                                     |
| <b>2 PAKIET</b> |                                                                                      |                                                                 |                                                                                     |
| a)              | ERCP wraz z opisem                                                                   | 600,00 zł                                                       |                                                                                     |
| b)              | kolonoskopia wraz z<br>opisem                                                        | 210,00 zł                                                       |                                                                                     |
| c)              | kolonoskopii z polipektomią<br>pętlową wraz z opisem                                 | 360,00 zł                                                       |                                                                                     |
| d)              | kolonoskopii z pobraniem<br>wycinka do badań<br>histopatologicznych wraz z<br>opisem | 260,00 zł                                                       |                                                                                     |
| e)              | gastroskopia wraz z opisem                                                           | 125,00 zł                                                       |                                                                                     |

.....  
Pieczęć i podpis




## OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

.....  
Adres podmiotu

.....  
Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

1. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (w przypadku podmiotu leczniczego: oświadczam, że lekarze, z którymi na dzień 01.01.2026 zawrę umowy posiadają odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia).
2. Samodzielnie dokonuję 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. ....

.....  
miejsce i data

.....  
podpis





## Projekt UMOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w zakresie .....

zawarta w dniu ..... w Chrzanowie

pomiędzy

**Szpitałem Powiatowym w Chrzanowie,**

reprezentowanym przez

**Dyrektora Szpitala - .....**

zwanego w dalszej części umowy Udzielającym Zamówienia lub Szpitalem

a

.....  
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. Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie przez Przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych w zakresie zabiegów endoskopowych:
  - 1 **PAKIET:**
    - a) ERCP wraz z opisem, (ze szkoleniem)
  - 2 **PAKIET :**
    - a) ERCP wraz z opisem
    - b) Kolonoskopii wraz z opisem,
    - c) Kolonoskopii z polipektomią pętlową wraz z opisem
    - d) Kolonoskopii z pobraniem wycinka do badań histopatologicznych wraz z opisem
    - e) Gastroskopii wraz z opisem
2. Przedmiot zamówienia obejmuje udzielanie w/w świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie oraz pacjentów skierowanych do Szpitala przez podmioty lecznicze z zewnątrz w oparciu o podpisane stosowne umowy ze Szpitalem.
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.

### § 2

#### Warunki realizacji umowy

1. Świadczenia, o których mowa w § 1 udzielane są wg harmonogramu w dni powszednie w godzinach od 14.35 do 21.00 ustalonego przez Kierownika Pracowni Endoskopii. W przypadku konieczności realizacji dodatkowych świadczeń Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do ich realizacji po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym przez Kierownika Pracowni lub innej upoważnionej osoby.
2. Miejscem udzielania świadczeń jest Pracownia Endoskopii - Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, 32 – 500 Chrzanów.

### § 3

#### Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie

1. Przyjmujący Zamówienie udzielając świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 punkcie 1 niniejszej umowy, wykonuje zobowiązania Udzielającego Zamówienia wobec pacjentów i w tym zakresie działa na rzecz i w imieniu Udzielającego Zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie w ramach niniejszej umowy zobowiązany jest do wykonywania zabiegów endoskopowych przewodu pokarmowego wraz z opisem oraz pobieranie odpowiednich wycinków do badania histopatologicznego w ramach Pakietu nr 2.
3. Przyjmujący zamówienie w ramach niniejszej umowy zobowiązany jest do wykonywania zabiegów endoskopowych przewodu pokarmowego wraz z opisem oraz nieodpłatnego szkolenia personelu medycznego w ramach Pakietu nr 1.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Kierownika Pracowni o okolicznościach mających wpływ na przebieg i poszczególne etapy zabiegu oraz udokumentowanie ich w dokumentacji medycznej.
5. Świadczenie usług odbywać się będzie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie gastroenterologii lub specjalistów innej dziedziny medycyny, posiadających certyfikat uprawniający do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową oraz posiadających kwalifikacje zgodne z przepisami prawa w/w zakresie w liczbie minimum 1.
6. Przez udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy rozumie się udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy posiadających kwalifikacje zgodne z przepisami prawa i zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, wytycznymi NFZ i MZ,



dostępными metodami i środkami, z zachowaniem poszanowania praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością

7. Udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową odbywa się przez lekarzy reprezentujących Przyjmującego Zamówienie - podmiot leczniczy, który zawarł umowy na świadczenie takich usług z lekarzami prowadzącymi działalność gospodarczą (dopuszcza się zawarcie przez podmiot leczniczy umów – zleceń z lekarzami, którzy nie są zatrudnieni w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie) lub też przez lekarzy nie zatrudnionych w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.
8. Przyjmujący Zamówienie nie może w ramach niniejszej umowy udzielać świadczeń zdrowotnych osobom niebędącym pacjentami Szpitala Powiatowego w Chrzanowie lub niebędącym pacjentami podmiotów, z którymi Szpital ma zawarte odrębne umowy.
9. Świadczenie usług odbywać się będzie przy zastosowaniu sprzętu i aparatury medycznej, środków farmakologicznych i materiałów medycznych Szpitala Powiatowego w Chrzanowie. Szpital Powiatowy w Chrzanowie upoważnia świadczącego usługi do korzystania w trakcie wykonywania przez niego świadczeń zdrowotnych z obiektów i infrastruktury Szpitala, jedynie w zakresie niezbędnym do świadczenia usług objętych niniejszą umową.
10. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że znany jest mu rodzaj oraz jakość sprzętu i aparatury medycznej, jakimi dysponuje Udzielający Zamówienia i nie zgłasza zastrzeżeń do jego stanu technicznego.
11. Przyjmujący zamówienie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych objętych umową we współpracy z pozostałym personelem Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, w stosownym zakresie.
12. Wszelkie wskazówki udzielane Przyjmującemu Zamówienie przez pracowników funkcyjnych zatrudnionych w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie nie mają charakteru poleceń służbowych a jedynie są wskazówkami merytorycznymi.

#### **§ 4**

##### **Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do utrzymania ciągłości świadczeń objętych umową oraz zabezpieczenia świadczeń medycznych objętych umową zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienia.
2. W przypadku braku możliwości osobistego udzielania świadczeń z powodu choroby, wyjazdu lub innej okoliczności uzasadniającej nieobecność, Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek wskazać zastępcę, który w trakcie wykonywania świadczeń, będzie posiadał odpowiednie kwalifikacje oraz spełniał wymogi konieczne do realizacji świadczeń objętych niniejszą umową.
3. Wskazanie zastępcy, wymaga pisemnego zgłoszenia Udzielającemu zamówienia, lecz nie wymaga zmiany umowy.
4. Zlecenie osobom trzecim obowiązku udzielania świadczeń w przypadkach określonych w ust. 2 niniejszego paragrafu wymaga pisemnego powiadomienia Dyrektora Szpitala, najpóźniej do 12 godzin przed wystąpieniem nieobecności.
5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że przerwa pomiędzy udzielaniem przez reprezentujących go lekarzy świadczeń zdrowotnych na podstawie różnych tytułów jest przerwą rozsądną, pozwalającą na odpoczynek oraz fizyczną i psychiczną regenerację.

#### **§ 5**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do starannego i czytelnego prowadzenia dokumentacji medycznej (również w wersji elektronicznej) oraz innej, związanej z przedmiotem umowy, według zasad obowiązujących u Udzielającego Zamówienie oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Właścicielem dokumentacji medycznej oraz innej dokumentacji związanej z przedmiotem umowy jest Udzielający Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że zapoznał się i znane mu są procedury akredytacyjne, ISO, organizacyjne i porządkowe obowiązujące w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie, w tym wynikające z kontraktu zawartego z NFZ i zobowiązuje się do ich stosowania.
4. Udzielający zamówienie zapozna Przyjmującego zamówienie z regulaminami, standardami, procedurami oraz innymi aktami wewnętrznymi obowiązującymi w szpitalu.
5. Przyjmujący zamówienie będzie przestrzegał przepisy bhp, p-poż. oraz inne przepisy obowiązujące u Udzielającego zamówienie.
6. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że co najmniej jeden raz w roku kalendarzowym, w okresie obowiązywania niniejszej umowy podda się przeszkoleniu w zakresie:
  - a) pierwszej pomocy,
  - b) systemów zarządzania jakością (ISO, akredytacja),
  - c) Praw Pacjenta,
  - d) zakażeń szpitalnych.
7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia miesięcznej sprawozdawczości statystycznej wykonanych świadczeń w formie rejestru, zawierającego dane pacjenta: imię i nazwisko, nr PESEL oraz datę wykonania świadczenia i nazwę oddziału zlecającego.
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wypełnienia wszelkich wymagań związanych z aktualnymi przepisami prawa dotyczących EDM.

#### **§ 6**

##### **Oświadczenia Przyjmującego Zamówienie**

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. Gospodarowania sprzętem i urządzeniami, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - c. Zlecanych badań diagnostycznych,
  - d. 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 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (z późn. zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z oddziałem NFZ.
  3. Przyjmujący zamówienie 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.

## **§ 7**

### **Odpowiedzialność za szkody**

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie objętym niniejszą umową ponoszą solidarnie Udzielający i Przyjmujący Zamówienie.
2. Jeżeli do naprawienia szkody, o której mowa powyżej został zobowiązany Udzielający Zamówienia, a do jej wyrządzenia doszło na skutek działania lub zaniechania Przyjmującego Zamówienie lub osób, którymi się posłużył, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany zwrócić Udzielającemu Zamówienia wszystkie koszty, związane z obowiązkiem naprawienia szkody przez Udzielającego Zamówienia, także, jeżeli do naprawienia tej szkody doszło wskutek zawarcia ugody pomiędzy Udzielającym Zamówienia lub jego ubezpieczycielem a poszkodowanym.
3. W wypadku, o którym mowa w ust. 2, Udzielający Zamówienia zapewni Przyjmującemu Zamówienie udział w prowadzonych rozmowach ugodowych.
4. Przyjmujący Zamówienie ponosi także odpowiedzialność za szkody, będące następstwem jego zawinionego działania lub zaniechania, rażącego niedbalstwa lub braku należytej staranności.
5. Strony ustalają, że Udzielający Zamówienia ma prawo potrącenia kwoty stanowiącej równowartość szkody z należności wynikających z wystawionych przez Przyjmującego Zamówienie faktur za udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy.
6. Przyjmujący zamówienie będzie udzielał usług objętych umową we współpracy z pozostałym personelem Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, przy czym będzie ponosił pełne ryzyko związane ze świadczeniem tych usług oraz pełną odpowiedzialność za rezultat czynności podejmowanych w czasie trwania umowy.

## **§ 8**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że przez cały okres obowiązywania umowy będzie dysponował aktualnym, obowiązkowym ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenia NNW za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych i będzie je utrzymywał przez cały okres wykonywania umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do dostarczenia Udzielającemu Zamówienia kserokopii umowy lub umów ubezpieczenia, o których mowa powyżej.
3. 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.

## **§ 9**

### **Zobowiązania Stron**

1. Nadzór nad prawidłową realizacją niniejszej umowy ze strony Udzielającego Zamówienia pełni Kierownik Pracowni Endoskopii, Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala Powiatowego w Chrzanowie oraz osoby przez niego wyznaczone.
2. Za prawidłową realizację niniejszej umowy, organizację udzielania świadczeń i współpracę z Udzielającym Zamówienia odpowiada po stronie Przyjmującego Zamówienie ....., tel. Kontaktowy: ....., e-mail kontaktowy: .....

## **§ 10**

### **Warunki płatności**

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w umowie ustala się wynagrodzenie za wykonanie jednego badania endoskopowego:
  - 1 **PAKIET:**
    - a) ERCP wraz z opisem (ze szkoleniem).....
  - 2 **PAKIET :**
    - a) ERCP wraz z opisem.....
    - b) Kolonoskopii wraz z opisem.....
    - c) Kolonoskopii z polipektomią pętlową wraz z opisem.....



- d) Kolonoskopii z pobraniem wycinka do badań histopatologicznych wraz z opisem .....
- e) Gastroskopii wraz z opisem.....
2. Ustalone wynagrodzenie za wykonane świadczenia nie podlega modyfikacji w zakresie podwyższenia ceny jednostkowej przez cały okres obowiązywania umowy.
  3. Wynagrodzenie za świadczenie usług objętych niniejszą umową będzie płatne za okresy rozliczeniowe, równe miesiącom kalendarzowym. Wynagrodzenie obejmuje wszystkie wydatki, jakie Przyjmujący zamówienie poniesie w związku z wykonaniem niniejszej umowy.
  4. Podstawą do obliczenia należności będą faktura wystawiona przez Przyjmującego Zamówienie za wykonanie wszystkich świadczeń wraz z załącznikiem, w którym wyszczególnione będą: okres, którego dotyczy faktura oraz liczba wykonanych świadczeń, wraz z podaniem nazwy oddziału zlecającego, imię, nazwisko pacjenta, PESEL, daty wykonania badania, daty otrzymania wyniku (opisu).
  5. Przyjmujący Zamówienie dostarczać będzie fakturę wraz z wykazem, o którym mowa w ust.4 Udzielającemu Zamówienie do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni.
  6. Zapłata należności następować będzie w terminie 21 dni od dnia otrzymania poprawnie wystawionej faktury wraz z wykazem, przelewem na konto bankowe określone na fakturze.
  7. Przyjmujący zamówienie nie może bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienia przenieść wierzytelności z niniejszej umowy na osobę trzecią.
  8. Za czas pozostawania w gotowości Przyjmującemu Zamówienie nie przysługuje żadne wynagrodzenie.
  9. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że przychody ze świadczenia usług objętych umową są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów podatkowych i ubezpieczenia społecznego i że samodzielnie będzie rozliczał te przychody oraz ponosił inne obciążenia publiczno-prawne wynikające z umowy.
  10. 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.

## **§ 11**

### **Kary umowne**

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, Udzielający zamówienie może nałożyć na Przyjmującego Zamówienie karę umowną w wysokości 10% miesięcznej wartości umowy obliczonej na podstawie prognozowanej liczby świadczeń określonej w szczegółowych warunkach konkursu i ceny jednostkowej za dane świadczenie, za każde stwierdzone naruszenie w następujących wypadkach:
  - 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.

## **§ 12**

### **Terminy**

Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia **01.01.2026 do 31.12.2027r.**

## **§ 13**

### **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) nieprzekazania w ustalonym terminie przez Przyjmującego Zamówienie wymaganych zestawień wraz z rachunkiem,
  - c) przekazania danych z wykonania umowy niezgodnych ze stanem faktycznym,
  - d) uzasadnionych skarg pacjentów, wynikających z rażącego naruszenia niniejszej umowy oraz przepisów prawa,
  - e) 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, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku, gdy:
  - a) druga Strona 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.

## § 14

### 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 życie lub zdrowie pacjenta, strony realizują obowiązek wskazany w art. 19 RODO bez zbędnej zwłoki.
8. Strony zobowiązują się do dopuszczenia do przetwarzania danych osobowych objętych niniejszą Umową wyłącznie przez osoby upoważnione, zobowiązane do zachowania danych osobowych w tajemnicy.
9. W sprawach nieuregulowanych w zakresie danych osobowych zastosowanie mają przepisy RODO, ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych oraz przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
10. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z realizacją umowy stanowi **załącznik nr 1** do niniejszej umowy.

## § 15

### 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 Kodeksu Cywilnego oraz wszelkie przepisy dotyczące przedmiotu umowy.
4. Regulamin konkursu po przeprowadzeniu, którego doszło do zawarcia niniejszej umowy oraz złożona przez Przyjmującego 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.

## § 16

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

**DYREKTOR**  
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie  
**mgr Artur Baranowski**  
.....  
Udzielający Zamówienia

.....  
Przyjmujący Zamówienie



### **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 ciążących 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.



