

Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert

udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie przy Al. Solidarności 67 przez podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej.

(postępowanie nr IV/2019)

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 t.j.) oraz Regulaminu Przeprowadzania Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Warszawie.

Przedmiotem konkursu jest:

1) udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym czynności fachowych wchodzących w zakres dyżuru medycznego w dziedzinie chorób wewnętrznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pododdziale Nefrologii (- postępowanie nr IV/OW/2019/1)

Wymagania wobec podmiotu leczniczego- dysponowanie personelem spełniającym poniższe wymagania:

- specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub lekarz w trakcie odbywania specjalizacji w tej dziedzinie (po II roku specjalizacji) lub
- specjalista w dziedzinie nefrologii lub lekarz w trakcie odbywania specjalizacji w tej dziedzinie lub
- specjalista w dziedzinie medycyny rodzinnej lub lekarz w trakcie odbywania specjalizacji w tej dziedzinie (po II roku specjalizacji)

2) udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym czynności fachowych wchodzących w zakres dyżuru medycznego w dziedzinie toksykologii klinicznej w Pododdziale Toksykologii (- postępowanie nr IV/PT/2019/2)

Wymagania wobec podmiotu leczniczego- dysponowanie personelem spełniającym poniższe wymagania:

- specjalista w dziedzinie toksykologii klinicznej lub lekarz w trakcie odbywania specjalizacji w tej dziedzinie lub
- lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie: chorób wewnętrznych lub medycyny

ratunkowej, posiadający doświadczenie w zakresie toksykologii klinicznej pozwalające na pełnienie samodzielnych dyżurów lekarskich

3) udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym czynności fachowych wchodzących w zakres dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie (- postępowanie nr IV/SOR/2019/3)

Wymagania wobec podmiotu leczniczego -dysponowanie personelem spełniającym poniższe wymagania:

- Lekarz specjalista w dziedzinie **medycyny ratunkowej** lub lekarz w trakcie odbywania specjalizacji w tej dziedzinie
- lekarz specjalista w dziedzinie **chorób wewnętrznych** lub lekarz w trakcie odbywania specjalizacji modułowej, pod warunkiem ukończenia modułu podstawowego w zakresie chorób wewnętrznych lub lekarz specjalista I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych
- lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub lekarz w trakcie odbywania tej specjalizacji
- lekarz specjalista w dziedzinie **anestezjologii i intensywnej terapii** lub lekarz w trakcie odbywania specjalizacji w tej dziedzinie (po drugim roku specjalizacji)
- lekarz specjalista w dziedzinie **chirurgii ogólnej** lub lekarz w trakcie odbywania specjalizacji modułowej, pod warunkiem ukończenia modułu podstawowego w zakresie chirurgii ogólnej
- lekarz z udokumentowanym doświadczeniem co najmniej 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala
- lekarz specjalista w dziedzinie medycyny rodzinnej lub lekarz w trakcie odbywania tej specjalizacji

Do Konkursu mogą przystąpić:

- podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej.

**WYMOGI FORMALNE I MERYTORYCZNE
W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim zgodnie z niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu, w formie maszynopisu lub wydruku i uzupełnić wymaganymi załącznikami (dopuszczalne jest wypełnienie załączników przy użyciu długopisu lub pióra

czytelny pismem). Każda zapisana strona oferty powinna być podpisana i/lub opatrzona imienną pieczęcią Świadczeniodawcy. Oferty nieczytelne zostaną odrzucone.

2. Wszelkie poprawki, przekreślenia lub zmiany w tekście powinny być parafowane przez Świadczeniodawcę.
3. Ofertę należy opracować na załączonym druku „OFERTA”.
4. Świadczeniodawca nie może dokonywać żadnych zmian merytorycznych we wzorze druku „OFERTA”.
5. Oferta pod rygorem odrzucenia musi zawierać wszelkie wymagane w szczegółowych warunkach konkursu dokumenty.
6. Jeżeli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – poświadczenie, oprócz adnotacji: *za zgodność z oryginałem*, musi być opatrzone imienną pieczęcią i/lub podpisem Świadczeniodawcy.
7. Zamawiający może żądać w trakcie postępowania konkursowego oryginału lub notarialnie poświadczoną kopii dokumentu załączonego przez Świadczeniodawcę wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez Świadczeniodawcę kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej autentyczności.
8. Kompletna oferta powinna posiadać ponumerowane strony i składać się:
 - 1) ze strony tytułowej sporządzonej według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do SWKO,
 - 2) spisu treści - zał. nr 2 do SWKO,
 - 3) formularza ofertowego - zał. nr 3 do SWKO,
 - 4) oferty cenowej – zał. nr 4 do SWKO,
 - 5) kopii z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*,
 - 6) wydruku z właściwego rejestru z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruku z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
 - 7) kopii polisy OC, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2011 Nr 293 poz. 1729), lub zgodnej z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku *w sprawie*

obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. r. 2019, poz. 866), obowiązującej w momencie składania ofert

- 8) wykazu lekarzy, którzy będą udzielali świadczeń zdrowotnych wraz z oświadczeniem, że spełniają oni wymogi określone przedmiotem konkursu w pkt 1 - 3,
9. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub dostarczone do siedziby Zamawiającego po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.
10. Ofertę, przed upływem wyznaczonego terminu do ich składania, można zmienić lub wycofać, zgodnie z postanowieniami Regulaminu.
11. Świadczeniodawcy ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
12. Świadczeniodawca może złożyć tylko jedną ofertę na świadczenia medyczne w zakresie objętym określoną pozycją oferty.
13. Świadczeniodawca, który złoży więcej niż jedną ofertę na świadczenia medyczne w zakresie objętym określoną pozycją, zostanie wykluczony z postępowania.
14. Oferta zawierająca wariantowe propozycje w zakresie objętym określoną pozycją oferty zostanie odrzucona.
15. Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.
16. Do konkursu mogą przystąpić wyłącznie podmioty lecznicze spełniające wymagania określone w punktach poprzedzających.
17. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania Konkursu lub pozostawienia go bez rozstrzygnięcia bez podania przyczyn oraz do przedłużenia terminu składania ofert oraz terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia Konkursu Ofert.
18. Zamawiający przewiduje możliwość wprowadzania zmian do postanowień umowy w szczególności w zakresie dotyczącym spraw organizacyjnych, sposobu rozliczeń finansowych, zakresu sprawozdawczości a także innych kwestii objętych treścią umowy w trakcie jej realizacji. Jednocześnie Zamawiający zastrzega, iż nieważna jest zmiana postanowień zawartej umowy niekorzystnych dla Zamawiającego (udzielającego zamówienia), jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Świadczeniobiorcy (przyjmującego zamówienie), chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

KRYTERIA WYBORU OFERTY

1. Przy wyborze Oferty Komisja Konkursowa kierować się będzie następującym kryterium :
 - 1) cena – 80 %
 - 2) dostępność – rozumiana jako zadeklarowana liczba godzin, w których oferent deklaruje udzielanie świadczeń zdrowotnych w skali miesiąca – 20%
2. W przypadku przeprowadzenia przez Komisję Konkursową negocjacji, o których mowa w § 14 ust. 2 lit. b) Regulaminu, dla oceny Oferty wiążące są ustalenia negocjacyjne.

TERMIN, MIEJSCE ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie: **do dnia 9 sierpnia 2019 r. godz. 12:50.**

Termin składania ofert upływa dnia 9 sierpnia 2019 r. o godz. – 12:50

w sekretariacie Szpitala – Budynek „D” pok. nr D/03

przy Al. Solidarności 67 w Warszawie.

2. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem:

„Oferta konkursowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych,

dotyczy postępowania nr IV/2019/

nie otwierać przed 9.08.2019r. godz. 13:00”

(liczba zapisanych stron/ kart umieszczonych w kopercie)

UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ dot. KONKURSU

Świadczeniodawcy w zakresie szczegółowych warunków konkursu ofert mogą zgłaszać pytania:

1. za pośrednictwem poczty/kuriera na adres: Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. o.o., Al. Solidarności 67, 03-401 Warszawa lub
2. osobiście w sekretariacie Szpitala – Budynek „D” pok. nr D/03 w godzinach pracy sekretariatu przy Al. Solidarności 67 w Warszawie, tj. 8.00 – 15.00

3. na adres email Zamawiającego: sekretariat@szpitalpraski.pl

z dopiskiem: „ZAPYTANIE - dotyczy postępowania nr IV/.../2019/...”

MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

Otwarcia ofert dokona Komisja Konkursowa w dniu **9 sierpnia 2019 r. o godz. 13:00.** w pokoju nr D/04 – budynek „D” Administracji Szpitala w obecności przybyłych Świadczeniodawców. Obecność Świadczeniodawców nie jest obowiązkowa.

ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

O rozstrzygnięciu Konkursu Świadczeniodawcy zostaną poinformowani za pośrednictwem strony www Zamawiającego: www.szpitalpraski.pl

TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

1. Świadczeniodawca jest związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do ich składania.
2. Zamawiający może zwrócić się do Świadczeniodawcy o przedłużenie terminu określonego w pkt 1.

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Informacje dotyczące RODO:

zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

a) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie, Al. Solidarności 67, 03-401 Warszawa, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIIIU wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000468274, kapitał zakładowy 17.005.000 zł, NIP: 1132866688, REGON: 012298823;

- b) kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych w Szpitalu Praskim wyłącznie drogą pisemną: iod@szpitalpraski.pl;
- c) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne nr **IV/2019** prowadzonym w trybie konkursu ofert;
- d) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będzie Komisja Konkursowa, której udostępniona zostanie dokumentacja postępowania na podstawie Regulaminu Przeprowadzania Konkursu Ofert na Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Warszawie oraz inne osoby w zakresie realizacji umowy na świadczenie usług medycznych;
- e) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wykonywania/trwania umowy, a także po tym okresie tj. do czasu upływu terminu przedawnienia ewentualnych roszczeń wynikających z umowy ;
- f) obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne; konsekwencje niepodania określonych danych będą skutkowały wykluczeniem z postępowania;
- g) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- h) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy iod@szpitalpraski.pl;
- i) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego- Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO;

****Wyjaśnienie:** skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą o działalności leczniczej .*

*****Wyjaśnienie:** prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

1. Strona tytułowa oferty – zał. nr 1.
2. Spis treści – zał. nr 2.
3. Formularz oferty – zał. nr 3.
4. Oferta cenowa – zał. nr 4.
5. Wzór umowy dla podmiotów - zał. 5,

ZATWIERDZAM

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

O F E R T A

Postępowanie nr IV/2019.....

(wpisać nr postępowania)

(wpisać przedmiot postępowania)

.....
(cd. wpisać przedmiot postępowania)

Świadczeniodawca:

.....
(pełna nazwa świadczeniodawcy zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

.....
(cd. pełna nazwa świadczeniodawcy zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

Oferta zawiera kolejno ponumerowanych stron.

.....
(data, podpis i pieczęć Świadczeniodawcy)

Postępowanie nr IV/2019

(wpisać nr postępowania)

(wpisać przedmiot postępowania oferty)

.....

(cd. przedmiotu postępowania oferty)

Spis treści:

Nr strony (od - do)

1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....
4. ....	.....
5. ....	.....
6. ....	.....
7. ....	.....
8. ....	.....
9. ....	.....
10. ....	.....

.....

(data, podpis i pieczętka Świadczeniodawcy)

FORMULARZ OFERTY

Przystępując do konkursu na świadczenie usług zdrowotnych polegających na.....

.....

(wpisać przedmiot i numer postępowania)

- numer postępowania **IV/2019** ogłoszonego przez Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. o.o., z siedzibą przy Al. Solidarności 67 w Warszawie:

1. Oświadczam, iż oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Zamawiającym.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej. Oświadczam, iż lekarze umieszczeni w wykazie spełniają wszystkie wymagania określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu.
4. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty jakie Zamawiający zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia (tj. koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Zamawiającego).
5. Oświadczam, że:
 - a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia i dokumentacją konkursową (SWKO wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
 - b) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
 - c) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego oraz zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej zawartej w SWKO;

.....

(data, podpis i pieczęć Świadczeniodawcy)

Oferta cenowa

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. o.o. z siedzibą w Warszawie, Al. Solidarności 67, 03-401 w Warszawa polegających na: **udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym czynności fachowych wchodzących w zakres dyżuru medycznego w dziedzinie chorób wewnętrznych** w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pododdziale Nefrologii (- postępowanie nr **IV/OW/2019/1**)

1. Proponowana stawka godzinowa z tytułu realizacji Umowy za 1 godzinę udzielanych świadczeń zdrowotnych:

- **udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym czynności fachowych wchodzących w zakres dyżuru medycznego w dziedzinie chorób wewnętrznych** w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pododdziale Nefrologii (- postępowanie nr **IV/OW/2019/1**)

- a) brutto (słownie złotych:) lekarz specjalista nefrologii,
- b) brutto (słownie złotych:) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie nefrologii,
- c) brutto (słownie złotych:) lekarz specjalista chorób wewnętrznych,
- d) brutto (słownie złotych:) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych
- e) brutto (słownie złotych:) lekarz specjalista medycyny rodzinnej,
- f) brutto (słownie złotych:) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej

.....

(data, podpis i pieczętka Świadczeniodawcy)

Oferta cenowa

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. o.o. z siedzibą w Warszawie, Al. Solidarności 67, 03-401 w Warszawie polegających na: **udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym czynności fachowych wchodzących w zakres dyżuru medycznego w dziedzinie toksykologii klinicznej** w Pododdziale Toksykologii (- postępowanie nr IV/PT/2019/2)

1. Proponowana stawka godzinowa z tytułu realizacji Umowy za 1 godzinę udzielanych świadczeń zdrowotnych:

- **udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym czynności fachowych wchodzących w zakres dyżuru medycznego w dziedzinie toksykologii klinicznej** w Pododdziale Toksykologii (- postępowanie nr IV/PT/2019/2)

- a) brutto (słownie złotych:) lekarz specjalista toksykologii klinicznej
- b)brutto (słownie złotych:) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie toksykologii klinicznej
- c) brutto (słownie złotych:) lekarz specjalista chorób wewnętrznych
- d)brutto (słownie złotych:) lekarz specjalista medycyny ratunkowej
- e) brutto (słownie złotych:) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych
- f) brutto (słownie złotych:) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej

.....

(data, podpis i pieczęć Świadczeniodawcy)

Oferta cenowa

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. o.o. z siedzibą w Warszawie, Al. Solidarności 67, 03-401 w Warszawie polegających na: **Udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym czynności fachowych wchodzących w zakres dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie (- postępowanie nr IV/SOR/2019/3)**

1. Proponowana stawka godzinowa z tytułu realizacji Umowy za 1 godzinę udzielanych świadczeń zdrowotnych:

- **Udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym czynności fachowych wchodzących w zakres dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie (- postępowanie nr IV/SOR/2019/3)**

1) Wynagrodzenie godzinowe – stawka bazowa godzinowa z tytułu udzielania świadczeń w ramach zespołu internistycznego wynosizł brutto za godzinę;

2) Wynagrodzenie godzinowe – stawka bazowa godzinowa z tytułu udzielania świadczeń w ramach zespołu resuscytacyjnego wynosizł brutto za godzinę;

3) Wynagrodzenie godzinowe – stawka bazowa godzinowa z tytułu udzielania świadczeń w ramach zespołu chirurgicznego wynosizł brutto za godzinę;

- przy czym w przypadku gdy:

a) w danym miesiącu kalendarzowym Przyjmujący zamówienie udziela świadczeń w wymiarze większym niż 96 godzin ale nie większym niż 119 godzin do stawki bazowej, w odniesieniu do każdej przepracowanej w danym miesiącu godziny, przysługuje dodatek w wysokości 5%;

b) w danym miesiącu kalendarzowym Przyjmujący zamówienie udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 120 godzin ale nie większym niż 168 godzin do stawki bazowej, w odniesieniu do każdej przepracowanej w danym miesiącu godziny, przysługuje dodatek w wysokości 10%;

c) w danym miesiącu kalendarzowym Przyjmujący zamówienie udziela świadczeń w wymiarze większym niż 168 godzin do stawki bazowej, w odniesieniu do każdej przepracowanej w danym miesiącu godziny, przysługuje dodatek w wysokości 20%;

d) w przypadku udzielania świadczeń w ramach zespołu resuscytacyjnego przez Przyjmującego zamówienie posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej do stawki bazowej, niezależnie od postanowień lit. a-c, przysługuje dodatek w wysokości 5%;

e) w przypadku gdy dyżur medyczny, z wyłączeniem zabezpieczenia ostrego dyżuru urazowo-ortopedycznego, w oddziale SOR pełnić będzie mniej niż 3 lekarzy współtworzących zespół resuscytacyjny, internistyczny i chirurgiczny, do stawki godzinowej, określonej powyżej, przysługiwać będzie dodatek w wysokości 30 zł brutto za każdą przepracowaną godzinę w ramach obsady dyżurowej mniejszej niż trzech lekarzy, o której mowa powyżej.;

f) w przypadku zaplanowania harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych ze znacznym wyprzedzeniem na kolejny kwartał oraz jednocześnie koniecznością zadeklarowania przez Przyjmującego zamówienie dostępności na zaplanowany okres, do określonej stawki godzinowej Przyjmującemu zamówienie przysługuje w kwartale dodatek w wysokości 10zł brutto do każdej przepracowanej godziny:

- pod warunkiem że w danym miesiącu rozliczeniowym zrealizował wszystkie zaplanowane świadczenia zdrowotne zgodnie z harmonogramem udzielania świadczeń zdrowotnych. Przyjmujący zamówienie potwierdza i akceptuje niniejszym, iż wynagrodzenie dodatkowe określone w lit. a-f dotyczy wyłącznie realizacji przypadków przez jednego, danego lekarza. W przeciwnym przypadku wynagrodzenie dodatkowe, o którym mowa w lit. a-f Przyjmującemu zamówienie nie przysługuje.

Jednocześnie gwarantuję możliwość wykonywania świadczenia w ilości (łącznie wskazanych powyżej

zakresów)

.....

(godzin w skali miesiąca)

.....

(data, podpis i pieczętka Świadczeniodawcy)