

## WARUNKI KONKURSU OFERT

**Dyrektor**  
**Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie**  
**ul. dr. Józefa Babińskiego 29**  
**30 – 393 Kraków**

na podstawie art. 26 ust. 3 w związku z art. 26 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku *o działalności leczniczej* ogłasza konkurs ofert na udzielenie zamówienia na **świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.**

### **I. Przedmiot konkursu ofert**

1. Przedmiotem konkursu ofert jest świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii w Oddziale Psychogeriatrycznym I Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie (zwanym dalej również Udzielającym zamówienia) przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, zwane dalej „świadczeniami zdrowotnymi”.

Oferent na dzień podpisania umowy nie może pozostawać ze Szpitalem Babińskiego w stosunku pracy, w ramach którego wykonuje obowiązki pracownicze tożsame z obowiązkami Oferenta wskazanymi w niniejszych Warunkach Konkursu Ofert, chyba że w momencie podpisania umowy w zakresie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrii udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii przebywa na urlopie bezpłatnym udzielonym mu przez Szpital Babińskiego i będzie przebywać na tym urlopie bezpłatnym przez cały czas trwania umowy zawartej w wyniku rozstrzygnięcia niniejszego konkursu.

W związku z art. 50a Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, do konkursu ofert nie mogą przystąpić lekarze wykonujący działalność leczniczą jako grupowa praktyka lekarska.

W przypadku złożenia oferty przez Oferenta, który będzie realizował przedmiot konkursu za pomocą podmiotów trzecich, Szpital Babińskiego dopuszcza do składania ofert wyłącznie oferentów, którzy będą realizowali przedmiot konkursu za pomocą innych podmiotów leczniczych lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej zgodnie z art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a Ustawy *o działalności leczniczej*.

2. W ramach udzielania świadczeń zdrowotnych Oferent zobowiązany będzie do:
  - 1) pozostawania przez cały czas udzielania świadczeń zdrowotnych w siedzibie Szpitala Babińskiego,
  - 2) podejmowania czynności niezbędnych dla zapewnienia należytej opieki medycznej osobom wymagającym udzielenia świadczeń zdrowotnych - zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
  - 3) prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej i papierowej zgodnie z aktualnie obowiązującymi w Szpitalu Babińskiego regulacjami wewnętrznymi oraz powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
  - 4) prowadzenie dokumentacji statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
  - 5) bieżącego informowania kierownika komórki organizacyjnej Szpitala Babińskiego, w której Oferent będzie udzielał świadczeń zdrowotnych, o ważnych wydarzeniach,

które miały miejsce podczas udzielania świadczeń zdrowotnych jak: zgon pacjenta, istotny rozstrój zdrowia stwierdzony u pacjenta lub pracownika Szpitala Babińskiego, znaczne zniszczenie lub uszkodzenie mienia Szpitala Babińskiego.

Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu będą realizowane zgodnie z wymogami właściwych przepisów prawa, w szczególności Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz Zarządzenia Nr 18/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 marca 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

### 3. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych:

Świadczenia zdrowotne będą udzielane w Oddziale Psychogeriatrycznym I Szpitala Babińskiego, mającego siedzibę przy ul. dr. Józefa Babińskiego 29 Krakowie.

### 4. Pomieszczenia/sprzęt/materiały zapewniane przez Oferenta:

Oferent zapewni we własnym zakresie:

- 1) odzież ochronną,
- 2) aktualne badania profilaktyczne zgodnie z obowiązującymi wymogami,
- 3) ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją przedmiotu konkursu zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- 4) identyfikator wykonany według wzoru przekazanego przez Szpital Babińskiego.

### 5. Pomieszczenia/sprzęt/materiały zapewniane przez Szpital Babińskiego:

W celu realizacji przedmiotu konkursu Szpital Babińskiego zapewni:

- 1) obsługę wykwalifikowanego personelu medycznego zgodnie z właściwymi przepisami prawa,
- 2) sprzęt i aparaturę medyczną,
- 3) obsługę administracyjną i gospodarczą,
- 4) niezbędne materiały medyczne i produkty lecznicze,
- 5) szkolenia w zakresie: BHP oraz zakażeń szpitalnych,
- 6) pomieszczenia wraz z wyposażeniem w środki łączności oraz materiały biurowe (w tym pieczątki Szpitala Babińskiego),
- 7) dostęp do zasobów sieci wewnętrznej Szpitala Babińskiego,
- 8) przydzielenie uprawnień w systemie Eskulap – część medyczna,
- 9) kartę magnetyczną służącą do rejestracji czasu pracy (karta zostanie wydana Przyjmującemu zamówienie za odpłatnością - zgodnie z obowiązującym zarządzeniem wewnętrznym „W sprawie wprowadzenia imiennej karty identyfikacyjnej pracownika Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie”),
- 10) przepustkę uprawniającą do wjazdu na teren Szpitala Babińskiego (przepustka zostanie wydana po opłaceniu opłaty aktywacyjnej i uregulowaniu opłaty za przepustkę - z góry za cały okres obowiązywania umowy - zgodnie z obowiązującym „Regulaminem wjazdu i parkowania na terenie siedziby Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie”).

## II. Okres realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert

1. Okres realizacji świadczeń zdrowotnych: **01.10.2026 r. – 30.09.2027 r.**
2. Przewidywany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych: 01.10.2026 r.

3. Dni i godziny, w których będą realizowane świadczenia zdrowotne:

Świadczenia zdrowotne będą realizowane od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo uznanych za wolne od pracy, w wymiarze średnio **30 godzin tygodniowo**, maksymalnie **1560 godzin w trakcie trwania umowy**. Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych zostanie ustalony w drodze obopólnego porozumienia pomiędzy Oferentem i Szpitalem Babińskiego.

### III. Informacje ogólne

1. Wyjaśnienia dotyczące Warunków Konkursu Ofert (WKO) udzielane będą przez Udzielającego zamówienia na podstawie pisemnego wniosku otrzymanego od Oferenta.
2. W niniejszym postępowaniu wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający zamówienia oraz Oferenci przekazują pisemnie.
3. Oferenci mogą składać pytania dotyczące konkursu ofert do dnia 11 września 2026 roku do godziny 10:00 na adres mailowy: [edyta.robaczynska@babinski.pl](mailto:edyta.robaczynska@babinski.pl), bądź faksem na numer: (12) 262-12-35.
4. Odpowiedzi na pytania skierowane przez Oferentów do Udzielającego zamówienia dotyczące konkursu ofert, Udzielający zamówienia będzie zamieszczał na swojej stronie internetowej: [www.babinski.pl](http://www.babinski.pl).
5. Oferent pozostaje związany złożoną ofertą przez **30 dni**. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
6. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczone na tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego zamówienia oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia: [www.babinski.pl](http://www.babinski.pl).
7. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo przesunięcia terminu składania ofert.
8. Warunki Konkursu Ofert wraz z załącznikami (w tym projektem umowy) są dostępne w Zespole ds. Organizacyjno-Prawnych – budynek nr 13 (Apteka), I piętro, w godzinach: 08:00-15:00, bądź ww. dokumenty można pobrać ze strony internetowej Szpitala Babińskiego: [www.babinski.pl](http://www.babinski.pl).

### IV. Przygotowanie oferty

1. Warunkiem przystąpienia do konkursu ofert jest złożenie oferty w formie pisemnej zgodnie z pobranymi materiałami konkursowymi.
2. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, w sposób przejrzysty i czytelny oraz zawierać wszelkie wymagane dokumenty i oświadczenia.
3. Wszystkie dokumenty tworzące ofertę powinny być ponumerowane i podpisane przez osobę upoważnioną.
4. Ofertę składa się w miejscu i czasie określonym w Warunkach Konkursu Ofert.
5. Konkurs ofert jest ważny choćby wpłynęła tylko jedna oferta spełniająca warunki konkursu ofert.

### V. Wskazanie dokumentów, które powinna zawierać Oferta

Oferta powinna zawierać:

1. Formularz oferty podpisany przez Oferenta – załącznik nr 1 do WKO.
2. Oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2 do WKO.
3. Oświadczenie Oferenta o braku przeszkód do zawarcia umowy - załącznik nr 3 do WKO.
4. Oświadczenie Oferenta – załącznik nr 4 do WKO.
5. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej bądź innego właściwego rejestru.
6. Paraflowany projekt umowy stanowiący załącznik nr 6 do WKO.

7. Kopię polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub oświadczenie o przekazaniu Udzielającemu zamówienie polisy na okres obowiązywania umowy w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy – zgodnie z załącznikiem nr 2 do WKO.
8. Dyplom ukończenia studiów.
9. Prawo wykonywania zawodu.
10. Dyplom specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.
11. Kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do realizacji przedmiotu konkursu.
12. W przypadku złożenia oferty przez Oferenta, który będzie realizował przedmiot konkursu za pomocą innych podmiotów leczniczych bądź podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej zgodnie z art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a Ustawy o działalności leczniczej, Udzielający zamówienia wymaga od Oferenta zawarcia w ofercie (poza dokumentami wskazanymi w pkt 1 - 6):
  - a) wykazu podmiotów, za pomocą których Oferent będzie realizował przedmiot konkursu - zgodnie z załącznikiem nr 5 do WKO,
  - b) dokumentów wskazanych w pkt 7-10 dotyczących każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, przy pomocy którego Oferent będzie realizował przedmiot konkursu,
  - c) polisy OC dotyczącego każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą przy pomocy którego Oferent będzie realizował przedmiot konkursu. W przypadku kiedy podmiot, przy pomocy którego Oferent będzie realizował przedmiot konkursu nie posiada polisy OC, Oferent winien złożyć oświadczenie, że zobowiązuje się dostarczyć polisę OC w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy z Udzielającym zamówienie – zgodnie z załącznikiem nr 2 do WKO,
  - d) aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej bądź innego właściwego rejestru dotyczącego każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej lub posiadającego status podmiotu leczniczego, przy pomocy którego oferent będzie realizował przedmiot konkursu.

## VI. Kryterium i sposób oceny ofert

Przy wyborze oferty Udzielający zamówienia będzie kierował się kryterium ceny brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych - **100% wagi**.

Liczba punktów za powyższe kryterium uzyskana przez Oferentów zostanie ustalona według poniższego wzoru:

$$C = [(CN/CX) \times 100] \times 100\%$$

gdzie:

C - liczba punktów za kryterium cena

CN - najniższa cena ofertowa spośród ważnych ofert

CX - cena ocenianej oferty

Oferta, której cena brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych będzie najniższa, uzyska maksymalną liczbę punktów za kryterium cena, tzn. 100.

Ilość punktów uzyskana przez Oferenta zostanie obliczona z dokładnością do 2 miejsc po przecinku.

## VII. Miejsce i termin składania ofert

Ofertę należy złożyć z zamkniętej kopercie z napisem: „**Konkurs – świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii – znak sprawy: OP-4240-18/26**” oraz oznaczeniem nazwy i adresu Oferenta w Biurze Dyrektora Szpitala Babińskiego (Kancelaria) – budynek nr 28, do dnia **16 września 2026** roku do godz. **10:00**.

## VIII. Miejsce i termin otwarcia ofert

Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Szpitala Babińskiego, budynek nr 13, I piętro, dnia **16 września 2026** roku o godz. **11:00**.

## IX. Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami oraz udzielania wszelkich wyjaśnień związanych z konkursem ofert:

- sprawach merytorycznych: lek. Łukasz Cichocki – Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, tel. (12) 65-24-347 w godz. 11:00-14:00,
- w sprawach formalnych: Edyta Robaczyńska-Kukielka, tel. (12) 65-24-351 w godz. 08:00-15:00.

**X. Konkursu ofert zostanie rozstrzygnięty w siedzibie Szpitala Babińskiego w ciągu 14 dni od upływu terminu składania ofert.**

## XI. Środki odwoławcze

Umotywowane protesty i odwołania dotyczące konkursu ofert należy składać w formie pisemnej w Biurze Dyrektora Szpitala Babińskiego zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*:

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu ofert, Oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.
2. Oferent może złożyć do kierownika Udzielającego zamówienia odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.
3. W okresie od wniesienia do rozpatrzenia odwołania Udzielający zamówienia nie może zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnej.
4. W przypadku uwzględnienia odwołania, konieczne jest powtórzenie konkursu ofert.

DYREKTOR  
Szpitala Klinicznego  
im. Gr. J. Babińskiego w Krakowie  
*Michał Tachnowicz*

.....  
w imieniu Udzielającego zamówienia

**08 WRZ. 2026**

.....  
data

## FORMULARZ OFERTY

1. Imię i nazwisko Oferenta:

.....

2. Nazwa, pod którą Oferent prowadzi działalność leczniczą (jeżeli dotyczy):

.....

3. Adres Oferenta:

.....

4. Adres Oferenta do korespondencji (jeśli inny niż adres wskazany w pkt 3):

.....

5. Adres e-maili: .....

6. NIP (jeżeli dotyczy): .....

7. Numer telefonu kontaktowego do Oferenta:

.....

8. Osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta w tym składania w jego imieniu oświadczeń woli:

.....

9. Cena brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych: .....

(słownie: .....)

10. Numer rachunku bankowego Oferenta, na który Udzielający zamówienia będzie dokonywał zapłaty wynagrodzenia w przypadku wyboru oferty złożonej przez Oferenta oraz podpisania umowy na świadczenia zdrowotne:

.....

.....  
data i podpis Oferenta

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że posiadam/podmioty, za pomocą których będę realizował przedmiot konkursu posiadają\* wszelkie wymagane prawem kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz Zarządzenia Nr 18/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 marca 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy wskazanej w pkt 4 powyżej na okres: 01.10.2026r. – 30.09.2027r.
6. Oświadczam, że uważam się za związanego/-ną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne i opłacone obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.  
Oświadczam, że w przypadku wyboru złożonej przeze mnie oferty zobowiązuję się zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, na okres obowiązywania umowy wskazany w pkt 5 powyżej oraz przekazać Udzielającemu zamówienia kopię polisy OC w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy z Udzielającym zamówienie\*.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Oświadczam, że dane zawarte w dokumentach dołączonych do złożonej przez mnie oferty są aktualne na dzień składania ofert.

.....  
data i podpis Oferenta

\*Niepotrzebne skreślić

## **OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie/wobec osób, za pomocą których będę realizował przedmiot konkursu\* przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, uniemożliwiająca realizację umowy na świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.

.....  
data i podpis Oferenta

*\*Niepotrzebne skreślić*

**Oferent:**

.....

.....

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG lub*

*Imię i nazwisko, adres zamieszkania)*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

|                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Na potrzeby konkursu ofert:                                                                                                                                                                         |
| na udzielenie zamówienia na świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie |
| prowadzonego przez Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie, oświadczam co następuje:                                                                                          |

Wobec Oferenta, którego reprezentuję nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 7 ust. 1 w zw. z art. 7 ust 9 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

.....

(data i podpis Oferenta)









**Umowa DM-...../26**  
**na świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii udzielane przez**  
**lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii**

zawarta w dniu ..... 2025 roku w Krakowie, pomiędzy:

**Szpitałem Kliniknym im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Krakowie**, ul. dr. Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia w Krakowie, XI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000005002, wpisanym w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Małopolskiego w księdze rejestrowej nr 000000005597, NIP 676-20-96-303, REGON 000298554, zwanym dalej w treści umowy „**Udzielającym zamówienia**”, reprezentowanym przez:

.....

a

.....,  
 (Imię i nazwisko/nazwa) ..... (Adres zamieszkania/siedziba)  
 NIP ....., REGON ....., KRS .....  
 reprezentowanym przez: .....  
 zwanym dalej „**Przyjmującym zamówienie**”.

Na podstawie przeprowadzonego postępowania konkursowego w sprawie udzielenia zamówienia na świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii (OP-4240-18/26), zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Strony zawierają umowę o następującej treści:

### **§ 1 Przedmiot umowy**

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do świadczenia usług medycznych w zakresie psychiatrii w Oddziale Psychogeriatrycznym I Udzielającego zamówienia mieszczącym się w Krakowie przy ul. dr. Józefa Babińskiego 29, zwane dalej „świadczeniami zdrowotnymi”.
2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 niniejszej umowy, powinny być niezbędne, celowe, kompleksowe oraz nie powinny przekraczać granicy koniecznej potrzeby z uwzględnieniem w pierwszej kolejności uzasadnionego interesu pacjenta, zaś ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wystawianie skierowań musi odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że świadczenia zdrowotne będzie udzielał osobiście/świadczenia zdrowotne będą udzielane przez osoby wskazane w załączniku nr 1 do niniejszej umowy\*\*. O każdej zmianie osób udzielających świadczeń zdrowotnych na mocy niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie, przed dokonaniem powyższej zmiany, powiadomić Udzielającego zamówienia w formie pisemnej pod rygorem nieważności oraz równocześnie z powiadomieniem przekazać Udzielającemu zamówienia kopie poniższych dokumentów, tj.:
  - 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do realizacji przedmiotu umowy,
  - 2) dyplom ukończenia studiów,
  - 3) prawo wykonywania zawodu,

- 4) dyplom specjalizacji w dziedzinie psychiatrii,
- 5) polisę ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.*

Zmiana, o której mowa w niniejszym punkcie nie wymaga aneksu do umowy.\*

4. Ilekroć w niniejszej umowie jest mowa o:
  - 1) dniu ustawowo wolnym od pracy – przez dzień ustawowo wolny od pracy rozumie się dzień uznany za wolny od pracy zgodnie z Ustawą z dnia 18 stycznia 1951 roku *o dniach wolnych od pracy*,
  - 2) dniu roboczym – przez dzień roboczy rozumie się dzień przypadający od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo uznanych za wolne od pracy zgodnie z pkt 1.
5. W ramach realizacji niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany uczestniczyć w spotkaniach zespołu terapeutycznego komórki organizacyjnej Udzielającego zamówienia, w której będzie udzielał świadczeń zdrowotnych obejmujących, m.in.: superwizje, narady służące omówieniu procesu leczenia pacjentów.

## § 2 Obowiązki Udzielającego zamówienia

1. W celu realizacji niniejszej umowy Udzielający zamówienia zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu zamówienie: obsługę wykwalifikowanego personelu medycznego zgodnie z właściwymi przepisami prawa, sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z właściwymi przepisami prawa, obsługę administracyjną i gospodarczą, niezbędne materiały medyczne i produkty lecznicze, pomieszczenia, tj. gabinet lekarski, dostęp do gabinetu zabiegowego i pokoju socjalnego wraz z wyposażeniem w środki łączności oraz materiały biurowe (w tym pieczątki Szpitala Babińskiego), bloki do wypisywania recept, dostęp do zasobów sieci wewnętrznej Udzielającego zamówienia, przydzielenie uprawnień w systemie Eskulap – część medyczna.
2. Udzielający zamówienia zobowiązuje się upoważnić Przyjmującego zamówienie/każdą z osób, o których mowa w § 1 ust. 3 niniejszej umowy\*\* do przetwarzania danych osobowych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy. Wzór upoważnienia, o którym mowa w zdaniu poprzednim stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

## § 3 Obowiązki Przyjmującego zamówienie

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy zgodnie z wymogami właściwych przepisów prawa, w szczególności Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*, Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* oraz Zarządzenia Nr 18/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 marca 2025 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień*.
2. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie będzie realizował od poniedziałku do piątku, w wymiarze **maksymalnie 30 godzin tygodniowo i nie więcej niż 1560 godzin w trakcie trwania umowy**, z wyjątkiem dni ustawowo uznanych za dni wolne od pracy, zgodnie z następującym harmonogramem: .....  
(Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych zostanie ustalony przed podpisaniem umowy w drodze obopólnego porozumienia pomiędzy Przyjmującym zamówienie i Udzielającym zamówienia).
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii/wszystkie osoby wskazane przez Przyjmującego zamówienie w załączniku nr 1 posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii.\*\*

4. W ramach udzielania świadczeń zdrowotnych Przyjmujący zamówienie/lekarze, którymi posługuje się Przyjmujący zamówienie przy jego realizacji\*, zobowiązany/ni jest/są w szczególności do:
  - 1) pozostawiania przez cały czas udzielania świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia,
  - 2) rozpoczynania udzielania świadczeń zdrowotnych o ustalonej godzinie,
  - 3) samodzielnego podejmowania czynności niezbędnych dla zapewnienia należytej opieki medycznej osobom wymagającym udzielenia świadczeń zdrowotnych, przy czym czynności te powinny być niezbędne, celowe, kompleksowe oraz nie powinny przekraczać granicy koniecznej potrzeby z uwzględnieniem w pierwszej kolejności uzasadnionego interesu pacjenta, zaś ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wystawianie skierowań musi odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
  - 4) prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej i papierowej zgodnie z aktualnie obowiązującymi w Szpitalu Babińskiego regulacjami wewnętrznymi oraz powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
  - 5) prowadzenia dokumentacji statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
  - 6) racjonalnego gospodarowania środkami wymienionymi w § 3 ust. 4 pkt 3 niniejszej umowy oraz dbania o udostępnione przez Udzielającego zamówienie pomieszczenia, sprzęt i aparaturę medyczną oraz podejmowanie działań mających na celu zabezpieczenie ich przed kradzieżą i zniszczeniem,
  - 7) bieżącego informowania Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa o ważnych wydarzeniach, które miały miejsce podczas udzielania świadczeń zdrowotnych jak: zgon pacjenta, istotny rozstrój zdrowia stwierdzony u pacjenta lub pracownika Udzielającego zamówienia, znaczne zniszczenie lub uszkodzenie mienia Udzielającego zamówienia.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do realizacji niniejszej umowy z należytą starannością, z jak najlepszym wykorzystaniem aktualnej wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej lekarza.
6. W ramach realizacji niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie jest uprawniony do kierowania pacjentów Udzielającego zamówienia do innych podmiotów leczniczych celem udzielenia pacjentowi świadczenia zdrowotnego, jeśli wymaga tego stan zdrowia pacjenta, zaś możliwości diagnostyczne i lecznicze Udzielającego zamówienia nie umożliwiają wykonania danego świadczenia zdrowotnego. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany kierować pacjentów Udzielającego zamówienia w pierwszej kolejności do podmiotów leczniczych, z którymi Udzielający zamówienia zawarł umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych danego rodzaju.
7. Przyjmujący zamówienie w celu realizacji niniejszej umowy jest zobowiązany zapewnić we własnym zakresie odzież ochronną, badania profilaktyczne, ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją przedmiotu konkursu oraz identyfikator/-ry dla każdego lekarza\* wykonany/ne według wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do niniejszej umowy. Udzielający zamówienia informuje, że karta magnetyczna, o której mowa w § 3 ust. 8 może być traktowana jako zamiennik identyfikatora.
8. Przyjmujący zamówienie obowiązany jest potwierdzić przybycie i zakończenie udzielania świadczeń zdrowotnych w danym dniu rejestrując się w czytniku wejściowym i wyjściowym poprzez przyłożenie karty magnetycznej do czytnika opisanego „WEJŚCIE”/”WYJŚCIE”, który znajduje się w budynku. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest zakupić kartę magnetyczną od Udzielającego zamówienia za odpłatnością wynoszącą 20,00 zł.
9. W przypadku, kiedy osobista realizacja niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie nie będzie możliwa z przyczyn, których nie można było przewidzieć, tj. choroba, wypadek lub inne zdarzenie losowe, na Przyjmującym zamówienie będzie spoczywał obowiązek niezwłocznego pisemnego i telefonicznego powiadomienia o

powyższym Udzielającego zamówienia na następujące numery kontaktowe: fax (12) 262-13-35, tel. (12) 65-24-347.

10. W ramach realizacji niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie będzie korzystał z pieczętki Udzielającego zamówienia oraz receipt otrzymanych od Udzielającego zamówienia, które będzie wykorzystywał wyłącznie w celu realizacji niniejszej umowy.
11. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż jest objęty ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową. Kopia polisy ubezpieczenia, o którym mowa w zdaniu poprzednim stanowi załącznik nr 3 do niniejszej umowy. Ponadto Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się utrzymywać ubezpieczenie w zakresie, o którym mowa w zdaniu poprzednim przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy oraz przekazać Udzielającemu zamówienia kopię nowej polisy w przypadku wygaśnięcia poprzedniej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w trakcie obowiązywania niniejszej umowy. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przekazania Udzielającemu zamówienia kopii nowej polisy najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień wygaśnięcia poprzedniej polisy.  
Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się dostarczyć Udzielającemu zamówienia kopię polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC obejmującą okres obowiązywania niniejszej umowy, w terminie 7 dni od dnia podpisania niniejszej umowy\*\*.
12. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada/wszystkie osoby, o których mowa w § 1 ust. 3 niniejszej umowy posiadają\*\* aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy, którego/-ych kopia/-pie stanowi/-wią załącznik nr 4 do niniejszej umowy. Ponadto Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się posiadać aktualne zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w zdaniu poprzednim przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy oraz przekazać Udzielającemu zamówienia kopię nowego zaświadczenia w przypadku, gdy w trakcie obowiązywania niniejszej umowy upłynął okres na jaki zostało wydane dotychczasowe zaświadczenie lekarskie. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przekazania Udzielającemu zamówienia kopii nowego zaświadczenia lekarskiego najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień upływu okresu na jaki zostało wydane poprzednie zaświadczenie.
13. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do poddania się kontroli osobie wyznaczonej przez Udzielającego zamówienia w zakresie należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych § 1 niniejszej umowy.
14. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących Udzielającego zamówienia oraz zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązującymi podmioty lecznicze zarówno co do sposobu, jak i zakresu, jak również zgodnie z aktualnym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
15. Przyjmujący zamówienie wyraża wolę poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umów zawartych pomiędzy Funduszem a Udzielającym Zamówienia w części wymagającej zapewnienia przez Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszej umowy.
16. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych związanych z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, jak również wyraża zgodę na podawanie ich przez Udzielającego zamówienia do wiadomości pacjentom, Narodowemu Funduszowi Zdrowia i ubezpieczycielom.
17. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany przestrzegać właściwych przepisów prawnych, BHP, przeciwpożarowych, oraz wewnętrznych regulaminów i zarządzeń wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego zamówienia, a związanych z przedmiotem niniejszej umowy, jak również współdziałać z Dyrekcją Udzielającego zamówienia przy wykonywaniu swoich obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
18. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany przestrzegać bezwzględnego zakazu przyjmowania zapłaty lub innych dóbr od pacjentów, członków ich rodzin bądź osób

działających w imieniu lub na rzecz pacjentów z tytułu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Udzielającego zamówienia.

19. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do realizacji zadań obronnych nałożonych na Udzielającego zamówienia wynikających z odrębnych przepisów lub zleconych przedmiotem tworzący, obejmujących działanie w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, stanów nadzwyczajnych, zagrożenia bezpieczeństwa i w czasie wojny.
20. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na przetwarzanie przez Udzielającego zamówienia swoich danych osobowych, w tym do przekazania ich instytucjom zewnętrznym wyłącznie na potrzeby związane z wykonaniem niniejszej umowy, zgodnie z przepisami 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) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych. Treść klauzuli informacyjnej stanowi załącznik nr 8 do niniejszej umowy.

#### § 4 Okres udzielania świadczeń zdrowotnych

1. Świadczenia zdrowotne będą udzielane przez Przyjmującego zamówienie w okresie od ..... 2026 roku do ..... 2027 roku.
2. Przyjmującemu zamówienie przysługuje 14 dni przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w okresie obowiązywania niniejszej umowy z zachowaniem wynagrodzenia zgodnego z § 5 ust. 1 niniejszej umowy.
3. Termin przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych powinien być każdorazowo uzgodniony przez Przyjmującego zamówienie z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa Udzielającego zamówienie z 14-dniom wyprzedzeniem.

#### § 5 Wynagrodzenie

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenie stanowiące iloczyn ilości godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu i ceny brutto jednej godziny udzielania świadczeń zdrowotnych. Cena brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wynosi: ..... zł (słownie: ...../100).
2. Wynagrodzenie brutto wskazane w ust. 1 obejmuje wszelkie koszty poniesione przez Przyjmującego zamówienie w związku z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy.
3. Udzielający zamówienia dokonuje zapłaty wynagrodzenia przysługującego Przyjmującemu zamówienie na podstawie miesięcznych faktur/rachunków wystawianych przez Przyjmującego zamówienie. Wynagrodzenie płatne będzie przelewem w terminie **30 dni** od daty nadania numeru KSeF. W treści wystawionej faktury/rachunku Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest podać numer i datę niniejszej umowy oraz numer rachunku bankowego wskazany w ust. 5.
4. Załączniki do faktur/rachunków Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest wysłać na adres e-mail Udzielającego zamówienie: [faktury@babinski.pl](mailto:faktury@babinski.pl) w dniu wystawienia faktury ustrukturyzowanej.
5. Zapłata wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie nastąpi w formie przelewu na następujący numer rachunku bankowego Przyjmującego zamówienie: .....
6. Za dzień zapłaty wynagrodzenia Strony przyjmują dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.
7. W przypadku wystawienia faktury korygującej/rachunku korygującego Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się dostarczyć ją/go w terminie nieprzekraczającym 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia pomyłki.
8. Niedopuszczalnym jest kumulowanie i przedstawianie do realizacji rachunków za więcej niż jeden okres rozliczeniowy (miesięczny) przyjęty w niniejszej umowie.
9. W przypadku, kiedy Udzielający zamówienia będzie pozostawał w zwłoce z zapłatą wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie, Przyjmujący zamówienie będzie uprawniony do obciążenia Udzielającego zamówienia odsetkami ustawowymi.

10. W przypadku, kiedy właściwy organ kontrolujący, w szczególności Narodowy Fundusz Zdrowia, zakwestionuje świadczenie zdrowotne udzielone przez Przyjmującego zamówienie i Udzielający zamówienia zostanie zobowiązany do zwrotu środków finansowych otrzymanych za powyższe świadczenie zdrowotne udzielone przez Przyjmującego zamówienie, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zwrotu wypłaconego mu przez Udzielającego zamówienia wynagrodzenia za zakwestionowane świadczenie zdrowotne.

### § 6 Kary umowne

1. W przypadku, kiedy Przyjmujący zamówienie nie dostarczy w ciągu **7 dni** od dnia podpisania niniejszej umowy kopii polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC, Udzielający zamówienia dokona wypowiedzenia umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia i nałoży na Przyjmującego zamówienie karę umowną w wysokości 1 000 zł (słownie: tysiąc złotych 00/100)\*.
2. W przypadku, kiedy Udzielający zamówienia wypowie umowę z powodu zaprzestania jej realizacji przez Przyjmującego zamówienie lub wykonywania niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie w sposób naruszający jej postanowienia, Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienia karę umowną w wysokości 30% miesięcznego wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie za poprzedni miesiąc.
3. W przypadku, kiedy Przyjmujący zamówienie zaprzestanie realizacji niniejszej umowy bądź będzie ją realizował w sposób naruszający jej postanowienia, Udzielający zamówienia może wezwać go odpowiednio do realizacji umowy lub zmiany sposobu wykonywania umowy i wyznaczyć mu w tym celu odpowiedni termin. Po bezskutecznym upływie terminu Udzielający zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym oraz z konsekwencjami wskazanymi w ust. 2.
4. Za każdy przypadek niewykonania lub nienależytego wykonania niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie, który nie spowoduje wypowiedzenia umowy o którym mowa w ust. 2-3, Udzielający zamówienia może nałożyć na Przyjmującego zamówienie karę umowną w wysokości 10% miesięcznego wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie za poprzedni miesiąc. Kary umowne, o których mowa w zdaniu poprzednim mogą się sumować. Kara umowna, o której mowa w niniejszym ustępie dotyczy w szczególności następujących przypadków:
  - 1) wykonywania przez Przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami lub postanowieniami niniejszej umowy np. brak identyfikatora, odzieży ochronnej,
  - 2) niewykonywania świadczeń zdrowotnych w czasie lub miejscu wskazanym w niniejszej umowie lub opóźnionego rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 3) uniemożliwienia przeprowadzenia czynności kontrolnych przez Udzielającego zamówienia, Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne uprawnione podmioty,
  - 4) naruszenia zakazu wskazanego w § 3 ust. 18 niniejszej umowy,
  - 5) nieprowadzenia lub nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej,
  - 6) zobowiązania Udzielającego zamówienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie § 28 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do zwrotu nienależnych środków finansowych przekazanych Udzielającemu zamówienia wynikającego z niewykonania lub nienależytego wykonania niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie.
5. W przypadku niewykonania lub wykonania niniejszej umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie, skutkujących nałożeniem na Udzielającego zamówienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia kary umownej w wysokości wynikającej z § 30 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Udzielający zamówienia będzie uprawniony nałożyć na Przyjmującego zamówienie karę umowną w wysokości kary nałożonej na Udzielającego zamówienia.

6. W przypadku wypisania przez Przyjmującego zamówienie recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi, wypisania recepty niezgodnej z uprawnieniami świadczeniobiorcy, wypisania recepty niezgodnie ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach, o których mowa w art. 37 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. *o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*, za którą Narodowy Fundusz Zdrowia nałoży na Udzielającego zamówienia karę umowną zgodnie z § 31 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Udzielający zamówienia będzie uprawniony do nałożenia na Przyjmującego zamówienie kary umownej w wysokości 200,00 zł (słownie: dwieście złotych 00/100) za każdą nieprawidłowo wystawioną receptę.
7. Udzielający zamówienia ma prawo do potrącenia kar umownych określonych w niniejszej umowie z wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie.
8. Udzielający zamówienia ma prawo dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej na zasadach ogólnych.
9. W przypadku nałożenia na Przyjmującego zamówienie kary umownej za pierwszy miesiąc obowiązywania niniejszej umowy, wysokość kary umownej zostanie obliczona w oparciu o kwotę stanowiącą iloczyn ceny za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wskazaną w § 5 ust. 1 i ilości godzin udzielania świadczeń zdrowotnych zaplanowanych do wykonania przez Przyjmującego zamówienie w pierwszym miesiącu obowiązywania umowy.

### **§ 7 Cesja wierzytelności**

Przyjmujący zamówienie nie dokona przeniesienia wierzytelności pieniężnych związanych z realizacją niniejszej umowy na rzecz osób trzecich, bez zgody Udzielającego zamówienia oraz nie dokona żadnych innych czynności w wyniku, których doszłoby do powstania zobowiązania Udzielającego zamówienia względem osoby trzeciej lub doszłoby do zmiany stron umowy. Ewentualna zgoda Udzielającego zamówienia na zmianę wierzyciela będzie uzależniona od wyrażenia zgody podmiotu tworzącego zgodnie z art. 54 ust. 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku *o działalności leczniczej*. Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela dokonana z naruszeniem ww. zasad jest nieważna.

### **§ 8 Ochrona danych osobowych**

Strony zobowiązują się do:

- 1) zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy *o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji*,
- 2) zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonaniem czynności wynikających z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* - na zasadach wskazanych w Rozdziale 6 wskazanej ustawy,
- 3) przestrzegania przepisów 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, s. 1), w szczególności do ochrony danych osobowych przetwarzanych w celu: ochrony stanu zdrowia; wykonywania świadczeń zdrowotnych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub wykonywaniem innych świadczeń zdrowotnych; zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w zakresie dostępu do tych danych, zachowania ich w tajemnicy oraz nie wykorzystywania w innym celu,  
- przez cały czas trwania niniejszej umowy jak również po jej zakończeniu.

### **§ 9 Rozwiązanie oraz wypowiedzenie umowy**

Niniejsza umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:

- 1) z upływem okresu wskazanego w § 4 niniejszej umowy,

- 2) wskutek oświadczenia jednej ze Stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia niniejszej umowy, w szczególności:
  - a) w stosunku do Przyjmującego zamówienie - gdy Przyjmujący zamówienie/lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w imieniu Przyjmującego zamówienie został tymczasowo aresztowany na okres powyżej 1 miesiąca lub utracił prawo wykonywania zawodu lub został w tym prawie zawieszony przez organ uprawniony, lub zgłosił się do udzielania świadczeń zdrowotnych bądź udzielał świadczeń zdrowotnych w stanie nietrzeźwym, lub popełnił w czasie trwania umowy przestępstwo, które uniemożliwia dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych, jeżeli przestępstwo zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem, lub nie udokumentuje przed upływem okresu obowiązywania dotychczasowego ubezpieczenia podpisania umowy zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na dalszy okres udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - b) w stosunku do obu Stron - rozwiązania lub wygaśnięcia umowy pomiędzy Udzielającym zamówienia, a płatnikiem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,
- 3) wskutek oświadczenia jednej ze Stron z zachowaniem okresu wypowiedzenia wynoszącego jeden (1) miesiąc ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego,
- 4) wskutek oświadczenia Udzielającego zamówienia z zachowaniem okresu wypowiedzenia wynoszącego 7 dni ze skutkiem na koniec tygodnia, w przypadku gdy zostanie wykorzystana łączna kwota, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na realizację zamówienia, o którym mowa powyżej.

#### **§ 10 Polubowne rozwiązywanie sporów**

1. W razie ewentualnych sporów wynikłych na tle wykonania niniejszej umowy oraz jakichkolwiek rozbieżności lub roszczeń odnoszących się do niej lub z niej wynikających, Strony zobowiązują się do współdziałania celem ich ugodowego rozstrzygnięcia w drodze obopólnego porozumienia.
2. W przypadku niemożności dojścia do porozumienia w ciągu czternastu dni od dnia otrzymania przez Stronę pisemnego wezwania do ugody, spory będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.

#### **§ 11 Postanowienia końcowe**

1. Wszelkie zmiany lub uzupełnienia niniejszej umowy wymagają pod rygorem nieważności formy pisemnego aneksu podpisanego przez obydwie Strony.
2. Wszelkie oświadczenia Stron niniejszej umowy będą składane na piśmie pod rygorem nieważności listem poleconym, lub za potwierdzeniem ich złożenia, na następujące adresy Stron:
  - 1) Udzielający zamówienia - ul. dr. Józefa Babińskiego 29, 30 - 393 Kraków,
  - 2) Przyjmujący zamówienie - .....
 Wymóg, o którym mowa w zdaniu poprzednim nie dotyczy kwestii, dla których Strony w umowie wskazały inną formę komunikacji.
3. W przypadku zmiany adresu wskazanego w ust. 2, Strona której zmiana dotyczy jest zobowiązana do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie drugiej Strony w formie pisemnej, pod rygorem uznania skuteczności doręczenia na ostatni adres wskazany przez Stronę.
4. Osobami sprawującymi nadzór nad realizacją niniejszej umowy są:
  - 1) ze strony Udzielającego zamówienia – Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, tel. (12) 65-24-347,
  - 2) ze strony Przyjmującego zamówienie – .....
5. Załączniki do niniejszej umowy stanowią:
  - 1) Załącznik nr 1 – wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych w imieniu Przyjmującego zamówienie\*,
  - 2) Załącznik nr 2 – upoważnienie do przetwarzania danych osobowych wraz z oświadczeniem o ochronie danych osobowych,

- 3) Załącznik nr 3 – kopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej Przyjmującego zamówienie,
  - 4) Załącznik nr 4 - kopia zaświadczenia lekarskiego/kopie zaświadczeń lekarskich\*\*,
  - 5) Załącznik nr 5 – wzór identyfikatora,
  - 6) Załącznik nr 6 - dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 7) Załącznika nr 7 – karta szkoleń,
  - 8) Załącznik nr 8 – treść klauzuli informacyjnej.
6. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie znajdują zastosowanie właściwe przepisy prawa, w szczególności Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*, oraz Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku *Kodeks cywilny*.
7. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu umowy dla każdej ze Stron.

**Udzielający zamówienia**

**Przyjmujący zamówienie**

\* *Jeśli dotyczy*

\*\* *Niepotrzebne skreśli*



Załącznik nr 1 do Umowy DM-..../26 na świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii

**WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W IMIENIU  
PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE**

| Lp. | Imię i nazwisko | Doświadczenie zawodowe<br>(w latach i miesiącach) | Numer prawa wykonywania<br>zawodu | Numer telefonu |
|-----|-----------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| 1   |                 |                                                   |                                   |                |
| 2   |                 |                                                   |                                   |                |
| 3   |                 |                                                   |                                   |                |
| 4   |                 |                                                   |                                   |                |
| 5   |                 |                                                   |                                   |                |
| 6   |                 |                                                   |                                   |                |
| 7   |                 |                                                   |                                   |                |
| 8   |                 |                                                   |                                   |                |
| 9   |                 |                                                   |                                   |                |
| 10  |                 |                                                   |                                   |                |

.....

data i podpis Przyjmującego zamówienie



Załącznik nr 2 do Umowy DM-..../26 na świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii

Kraków, dnia .....

**UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH WRAZ Z  
OŚWIADCZENIEM O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH**

Działając w imieniu Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie (dalej jako: Szpital Babińskiego) jako administratora danych osobowych na podstawie art. 29 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 (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s. 1, ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej jako: RODO) **z dniem .....** upoważniam Pana/Panią:

.....  
(imię i nazwisko)

do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do wykonywania obowiązków wynikających z Umowy ..... nr ...../..... z dnia ..... roku, tj. uzyskuje Pani/Pan upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w zbiorze/zbiorach: .....

Upoważnienie obejmuje uprawnienie do przetwarzania danych w postaci papierowej oraz w ramach nadanych dostępów do systemów informatycznych (**niepotrzebne usunąć**).

Upoważnienie obejmuje uprawnienie do przetwarzania danych w zakresie: zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie (**niepotrzebne usunąć**).

Na podstawie niniejszego upoważnienia jest Pan/Pani zobowiązany/a do przetwarzania danych osobowych wyłącznie we wskazanym zakresie oraz zgodnie z przepisami RODO, Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz obowiązującej w Szpitalu Babińskiego procedury pn. „Polityka Bezpieczeństwa Teleinformatycznego i Ochrony Danych Osobowych”, a także do zachowania w poufności wszelkich danych, do których uzyskał/a Pan/Pani dostęp w zakresie pełnionych obowiązków umownych, także po wygaśnięciu umowy.

Upoważnienie obowiązuje od dnia ..... do dnia .....

Nadanie nowego upoważnienia w okresie jego obowiązywania zastępuje w całości niniejsze upoważnienie.

.....  
Podpis Administratora Danych Osobowych

---

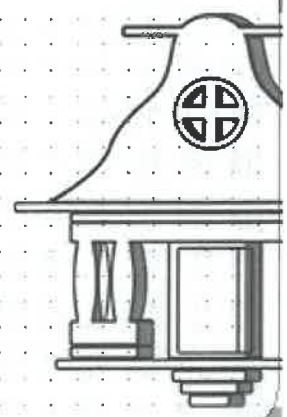
Oświadczam, iż o niniejszym upoważnieniu i jego zakresie zostałem/am poinformowany/a oraz rozumiem jego treść.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami powszechnie obowiązującymi dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z RODO, a także z obowiązującą w Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie procedurą pn. „Polityka Bezpieczeństwa Teleinformatycznego i Ochrony Danych Osobowych”, która określa techniczne i organizacyjne środki zapewniające ochronę i bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych, oraz zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałem/am się oraz sposobów ich zabezpieczania, zarówno w okresie trwania Umowy ..... nr ...../..... z dnia ..... roku, jak również po ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie ze Szpitalem Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie.

.....  
podpis osoby, której dotyczy upoważnienie

Załącznik nr 5 do Umowy DM-..../26 na świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii

|                                                                                                            |                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>[Nazwisko i imię]</b>                                                                                   | <b>[</b>                                                                             |
| <b>[Grupa Pracownicza]</b>                                                                                 |  |
| Szpital Kliniczny<br>im. dr. Józefa Babińskiego<br>SPZOZ w Krakowie<br>ul. J. Babińskiego 29 30-393 Kraków |                                                                                      |

Załącznik nr 7 do Umowy DM-..../26 na świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii

### KARTA SZKOLEŃ

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| 1. Imię i nazwisko:                                                    |
| 2. Stanowisko lub rodzaj zadań:                                        |
| 3. Nazwa komórki organizacyjnej w której realizowane mają być zadania: |
| 4. Rozpoczęcie realizacji umowy z dniem:                               |

| Nazwa komórki                                         | Data | Podpis |
|-------------------------------------------------------|------|--------|
| 1. Komórka organizacyjna                              |      |        |
| 2 BHP                                                 |      |        |
| 3. P. POŻ                                             |      |        |
| 4. Pielęgniarka epidemiologiczna                      |      |        |
| 5. Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania |      |        |

Załącznik nr 8 do Umowy DM-..../26 na świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii

**KLAUZULA INFORMACYJNA  
SZPITALA KLINICZNEGO IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO  
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE  
DLA WYKONAWCÓW BĘDĄCYCH OSOBAMI FIZYCZNYMI, OSÓB REPREZENTUJĄCYCH  
WYKONAWCÓW, PEŁNOMOCNIKÓW WYKONAWCÓW, PRACOWNIKÓW I INNYCH OSÓB  
WYZNACZONYCH PRZEZ WYKONAWCÓW DO KONTAKTU Z ZAMAWIAJĄCYM**

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 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), dalej jako: „RODO”.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie** z siedzibą pod adresem: ul. dr. Józefa Babińskiego 29, 30 – 393 Kraków; zarejestrowany w Sądzie Rejonowym dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie, Wydział XI Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000005002, tel.: 12 65 24 347, adres e-mail: [biuro@babinski.pl](mailto:biuro@babinski.pl), dalej jako: „Szpital Babińskiego”.
2. Szpital Babińskiego wyznaczył Inspektora ochrony danych osobowych, z którym może się Pan/Pani kontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, poprzez adres e-mail: [iodo@babinski.pl](mailto:iodo@babinski.pl) lub pisemnie na adres korespondencyjny Szpitala Babińskiego, wskazany w pkt. 1.
3. Pani/Pana dane osobowe są zbierane przez Szpital Babińskiego w celach:
  - 1) Zawarcia i wykonanie umowy zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b) RODO w przypadku Wykonawcy będącego osobą fizyczną, osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy lub działających na podstawie pełnomocnictwa udzielonego przez Wykonawcę,
  - 2) Wynikających z uzasadnionych interesów prawnych obejmujących wykonanie umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a Wykonawcą zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, w przypadku osoby wskazanej przez Wykonawcę w związku z realizacją umowy,
  - 3) Wypełnienia obowiązków prawnych dotyczących prowadzenia ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości,
  - 4) Wynikających z uzasadnionych interesów prawnych obejmujących ustalenie, dochodzenie lub obronę ewentualnych roszczeń z tytułu realizacji umowy zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f) RODO,
  - 5) Wypełnienia obowiązków prawnych dotyczących przechowywania dokumentacji zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) RODO,
4. Szpital Babińskiego uzyskał Pani/Pana dane osobowe:
  - a) Bezpośrednio od Pani/Pana – w przypadku Wykonawcy będącego osobą fizyczną. Przekazanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne w celu zawarcia i realizacji umowy.
  - b) Od Wykonawcy umowy – w przypadku osoby wskazanej przez Wykonawcę w związku z realizacją umowy. W takim przypadku zakres Pani/Pana danych osobowych może obejmować: imię; nazwisko; tytuł zawodowy; posiadane: wykształcenie, uprawnienia, kwalifikacje, doświadczenie zawodowe; dane kontaktowe (np. numer telefonu; adres e-mail); miejsce zatrudnienia.
5. Szpital Babińskiego może udostępniać Pani/Pana dane osobowe:
  - a) podmiotom publicznym uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
  - b) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na podstawie upoważnienia udzielonego przez Szpital Babińskiego w związku z wykonywaniem powierzonego im zadania w drodze zawartej umowy, np. pracownicy.
  - c) dostawcom usług technicznych i organizacyjnych dla Szpitala Babińskiego (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych).
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Szpital Babińskiego przez okres obowiązywania umowy, a następnie przez okres niezbędny do celów archiwalnych, zgodnie z kategorią archiwalną określoną w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt dla Szpitala Babińskiego. Okres przechowywania danych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie danych będzie niezbędne do dochodzenia roszczeń lub do obrony przed takimi roszczeniami.
7. W przypadkach określonych w RODO przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych, prawo żądania ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.