**Załącznik 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Dane osobowe/ Nazwa Oferenta:

........................................................

........................................................

2. Proponowana cena brutto realizacji zamówienia - wycena świadczonych usług:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** |  | **Proponowana cena brutto** |
| Porada specjalistyczna w ramach kontraktu  z NFZ | Pkt |  |
| Porada specjalistyczna ze zleceniem badania  przekraczającego refundację z NFZ\* | Pkt |  |
| Porada specjalistyczna odpłatna (poza kontraktem z NFZ) | % |  |

\*Do badań których wartość przekracza refundację w ramach kontraktu z NFZ należą:

Badania laboratoryjne: *Borelioza IgG met. Western-Blot*, *Borelioza IgM. met. Western-Blot,*

*Witamina D,* badanie pola widzenia, badanie urodynamiczne*,* densytometria, echokardiografia*,* elektroencefalografia, elektromiografia, gastroskopia, kolonoskopia, USG Doppler, uroflometria cewkowa.

3. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. **Dni tygodnia** | **Godziny przyjęć** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

Data i podpis Oferenta

**Załącznik nr 2**

……………………………………..………

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

* 1. **OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że **spełniam warunki** określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654).
2. Oświadczam, że **zapoznałem się** z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że **zapoznałem się** ze wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że **pozostanę związany** ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty **są zgodne** z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że **zobowiązuję się** do wykonywania usług z należytą starannością swego działania wymaganą od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
7. Oświadczam, że **umowę będę realizował** zgodnie z obowiązującymi przepisami NFZ.

………………………………………

Data i podpis Oferenta

**Załącznik nr 3.**

Wzór umowy o udzielanie świadczeń medycznych w rodzaju   
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

**UMOWA**

**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

**Z ZAKRESU ……………..**

Zawarta w dniu ………w Rzeszowie pomiędzy:

**1.Wojskową Specjalistyczną Przychodnią Lekarską SP ZOZ (WSPL)** z siedzibą   
w Rzeszowieul. Langiewicza 4 reprezentowaną przez **Dyrektora lek. med. Romana Wronę**

Zwaną dalej „**Udzielającym Zamówienia**”

a

**2. ………………………………………………………………………………………………**

Zwanym dalej **„Przyjmującym Zamówienie”**

*W oparciu o art. 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DZ.U. 2011, Nr 112, poz.654) oraz na podstawie wyników konkursu ofert z dnia ………………………………*

**Strony zgodnie stanowią, co następuje:**

**§ 1**

Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych w zakresie …………….na rzecz Udzielającego Zamówienie.

**§ 2**

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony tj. od dnia …………..r. do dnia ……………r.

2. Umowa nin. może zostać przedłużona zgodną wolą jej stron na dalszy czas określony (maksymalnie trzech miesięcy) w formie pisemnego aneksu do umowy.

**§ 3**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania pacjentom Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych z zakresu………….., zgodnie z zasadami wynikającymi   
z warunków umowy (kontraktu) zawartej przez Udzielającego Zamówienia   
z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) a w szczególności do:

-przeprowadzenie wywiadu i badania fizykalnego,

-udzielanie porad i przeprowadzania zabiegów w warunkach ambulatoryjnych,

-udzielanie porad w ramach wizyt domowych w przypadku wymagających tego ze względu na stan zdrowia ubezpieczonego,

-zlecania i interpretacji badań diagnostycznych.

2. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek prowadzenia (w formie papierowej lub elektronicznej) indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, zbiorczej dokumentacji medycznej, księgi zabiegowej oraz dokumentacji statystycznej.

3. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do ochrony danych zawartych w dokumentacji wymienionej w punkcie 2 jak również jej udostępniania na zasadach określonych odpowiednimi przepisami.

4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej   
w sposób **czytelny** izgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w tym zakresie oraz ustaleniami z NFZ .

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje do dokonywania stosownych wpisów   
w dokumentacji medycznej pacjentów oraz prowadzenia dokumentacji w systemie informatycznym Udzielającego Zamówienie. Dane osobowe i zapisy wynikające   
z udzielanych świadczeń medycznych winny być wprowadzane w księgach i na drukach dostarczonych bezpłatnie przez Udzielającego Zamówienia.

6. Nieczytelne/błędne dane w dokumentacji medycznej wymagane w sprawozdawczości statystycznej dla NFZ Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się uzupełnić/poprawić do 5 dnia miesiąca za poprzedni okres rozliczeniowy.

7. W przypadku niedotrzymania terminu wymienionego w punkcie 6 lub braku możliwości ustalenia danych, udzielona porada nie zostanie ujęta w sprawozdaniu do NFZ ze skutkami finansowymi (korekta/zmniejszenie ilości wykonanych porad/punktów za dany okres rozliczeniowy) dla Przyjmującego Zamówienie.

8. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za zakwalifikowanie udzielonej porady do odpowiedniego typu w/g umowy Udzielającego Zamówienie z NFZ i zobowiązany jest do składania (wraz z rachunkiem) comiesięcznych rozliczeń z udzielonych świadczeń medycznych w/g wzoru dostarczonego przez Udzielającego Zamówienia.

9. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za przepisywane leki, środki farmaceutyczne, sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny i inne środki medyczne oraz   
za dokumentowanie tych faktów, w tym za przepisywanie leków refundowanych zgodnie   
z posiadanymi przez chorych uprawnieniami wynikającymi z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i schorzeń uprawniających do korzystania z leków i środków farmaceutycznych nieodpłatnie lub za częściową odpłatnością, a opublikowanych w stosownych aktach prawnych (obwieszczeniach) Ministerstwa Zdrowia.

10. Za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielanego zamówienia odpowiedzialność solidarnie ponoszą Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie.

11. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do należytego przestrzegania praw pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

12. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zapewniania odpowiedniej, jakości   
i dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.

**§ 4**

1. Wynagrodzenie z tytułu świadczeń określonych niniejszą umową strony określają   
   w sposób następujący:
2. w zakresie porad w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia wynagrodzenie miesięczne obliczane będzie w zależności od liczby porad wykonanych w danym miesiącu w przeliczeniu na punkty w zależności od typu porady.   
   Za zrealizowane punkty przewidziane w kontrakcie w okresie od r. przysługuje zapłata   
   w wysokości………. za punkt.

b) przy rozliczeniu procedur z wykonaniem badania:

Badania laboratoryjne:

*Borelioza IgG met. Western-Blot*

*Borelioza IgM. met. Western-Blot*

*Witamina D*

Badanie pola widzenia

Badanie urodynamiczne

Densytometria

Echokardiografia

Elektroencefalografia

Elektromiografia

Gastroskopia

Kolonoskopia

USG Doppler

Uroflometria cewkowa

Wartość punktu rozliczeniowego wynosi ………… .

c) za zrealizowane punkty rozliczeniowe ponad limit określony w kontrakcie przysługuje zapłata w wysokości ……….. za punkt w momencie zapłaty przez NFZ,

2. za poradę pełnopłatną poza kontraktem z NFZ – ……. kwoty ustalonej wg Cennika WSPL SP ZOZ w Rzeszowie.

3.za wykonanie zabiegu poza kontraktem z NFZ -….... kwoty ustalonej w cenniku opłat WSPL SP ZOZ w Rzeszowie.

**§ 5**

1. Limit punktów do wykonania (w ramach kontraktu z NFZ) przez Przyjmującego Zamówienie w okresie miesięcznym i rocznym nie może przekroczyć ilości zawartej   
   w załączniku **Nr 1** do umowy.
2. Udzielający Zamówienia **może** zwiększyć w formie aneksu do umowy ilość punktów   
   za miesięczny lub roczny okres rozliczeniowy w przypadku zapłaty przez NFZ za wykonane faktycznie porady lekarskie ponad limit obowiązujący w umowie pomiędzy Udzielającym Zamówienie a NFZ.

**§ 6**

1. Przyjmujący Zamówienie z tytułu realizacji przedmiotu umowy otrzyma wynagrodzenie stanowiące iloczyn sumy udzielonych świadczeń i ceny jednostkowej, o której mowa w § 4 umowy z tym, że za porady wymienione w § 4 pkt. 1 do limitu wymienionego w § 5 pkt. 1

2. Przyjmujący Zamówienie wystawia rachunek (fakturę) i doręcza go wraz z rozliczeniem statystycznym udzielonych świadczeń medycznych Udzielającemu Zamówienia do 5. **dnia miesiąca za poprzedni miesiąc sprawozdawczy**.

3. Zapłata następuje do 30. dnia miesiąca za poprzedni miesiąc sprawozdawczy przy zachowaniu terminu, o którym mowa w punkcie poprzedzającym. **Opóźnienie terminu powoduje odpowiednie przesunięcie terminu zapłaty.**

4. Należność w rachunku (fakturze) winna obejmować okres sprawozdawczy wymieniony   
w pkt. 2 i może być powiększona o rozliczenie faktycznie wykonanych procedur medycznych narastająco do limitu wymienionego w załączniku **nr 1**.

5. Wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie może ulec obniżeniu, jeżeli z jego winy zostanie zakwestionowana przez NFZ ilość udzielonych porad, ilość wykonanych punktów, lub procedur medycznych, lub jakość prowadzonej dokumentacji medycznej, skutkująca obniżeniem należnego wynagrodzenia na rzecz Udzielającego Zamówienie jak również   
w przypadku wymienionym w § 3 pkt. 7

6. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do potrącania kar z faktur/rachunków wystawianych przez Przyjmującego Zamówienie nałożonych na WSPL SP ZOZ w Rzeszowie w pełnej wysokości szkody powstałej na skutek:

a) nieprawidłowego wystawiania recept refundowanych przez NFZ,

b) prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób nieczytelny, niekompletny lub jej braku,

c)przedstawiania do rozliczeń danych niezgodnych ze stanem faktycznym, w tym realizowanie niecelowych świadczeń,

d) stwierdzenia braku realizacji zaleceń pokontrolnych

e) stwierdzenia szkody na zdrowiu i życiu pacjenta z winy Przyjmującego Zamówienie

7. W przypadku ustania umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do uregulowania należności wynikających z § 6 pkt 5 i § 6 pkt 6 w kasie WSPL SP ZOZ w Rzeszowie lub   
na konto Udzielającego Zamówienia.

**§ 7**

1.Przyjmujący Zamówienie udzielać będzie świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach   
i przy użyciu sprzętu oraz aparatury medycznej Udzielającego Zamówienie.

2.Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek dbania o mienie Udzielającego Zamówienie wykorzystywane przy udzielaniu świadczeń będących przedmiotem nin. umowy oraz odpowiada za szkody powstałe w powyższym mieniu.

3.Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek niezwłocznego zgłaszania personelowi Udzielającego Zamówienie wszelkich szkód w mieniu, a także potrzeb w zakresie napraw sprzętu oraz zapotrzebowania na materiały medyczne niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych.

**§ 8**

Przyjmujący Zamówienie dla celów realizacji niniejszej umowy we własnym zakresie   
i na własny koszt zabezpieczy:

- odzież ochronną,

- aktualne szkolenia z zakresu BHP,

- aktualne badania profilaktyczne zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**§ 9**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń w dniach i godzinach określonych w harmonogramie pracy poradni stanowiącym załącznik **nr 2** do umowy
2. Dni i godziny pracy Udzielający Zamówienie poda do wiadomości pacjentów poprzez zamieszczenie stosownych informacji na tabliczkach informacyjnych przy drzwiach właściwego gabinetu lekarskiego.
3. Strony dopuszczają wyjątkowo, w szczególnie uzasadnionych wypadkach możliwość ustalenia innych godzin realizacji świadczeń.
4. Zmiana terminu udzielania świadczeń nie wymaga pisemnego aneksu do powyższej umowy. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest złożyć nowy harmonogram w formie pisemnej na druku wg załącznika nr 2, który zostanie włączony do dokumentacji umowy.

**§ 10**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że zawarł obowiązkową umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych, której potwierdzona za zgodność kopia stanowi załącznik **nr 3** do nin. umowy. Minimalną sumę gwarancyjną określają odpowiednie przepisy powszechnie obowiązujące.

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do utrzymywania stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy z WSPL SP ZOZ   
w Rzeszowie oraz wznawiania umowy ubezpieczenia w dniu jej wygaśnięcia.

3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do dostarczenia kopii zawartej umowy po jej wznowieniu.

**§ 11**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do osobistego wykonywania przedmiotu umowy.

2. Przyjmujący Zamówienie odpowiada za zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ………… Przyjmujący Zamówienie ma prawo do przerwy   
w udzielaniu świadczeń w wymiarze nie większym niż 14 dni w ciągu roku kalendarzowego.

3. W sytuacjach wyjątkowych za uprzednią pisemną zgodą Udzielającego Zamówienia, Przyjmujący Zamówienie może powierzyć udzielanie świadczeń będących przedmiotem umowy innej, uprawnionej do ich wykonywania osobie.

4. Przyjmujący Zamówienie odpowiada za działania i zaniechania zaistniałe przy udzielaniu świadczeń przez osobę trzecią, której powierzył czasowe wykonywanie przedmiotu umowy jak za własne.

**§ 12**

1. Umowa nin. może być rozwiązana przez każdą ze stron na piśmie z zachowaniem   
1-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

2. Udzielający Zamówienia ma prawo rozwiązania nin. umowy w trybie natychmiastowym   
w przypadku rażącego naruszenia jej postanowień przez Przyjmującego Zamówienie, a także w przypadku:

a) nieuzasadnionej odmowy przyjęcie pacjenta,

b) nieusprawiedliwionej przerwy w realizacji świadczeń,

c) udzielania świadczeń w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających.

**§ 13**

1. Strony zastrzegają poufność wszelkich postanowień umowy dla osób trzecich.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych od Udzielającego Zamówienia w czasie wykonywania umowy, niepodanych do publicznej wiadomości.
3. W przypadku naruszenia postanowień ust. 2 Udzielający Zamówienie może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym oraz wystąpić o odszkodowanie na zasadach określonych w Kodeksie Cywilnym.

**§ 14**

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Udzielającego Zamówienie oraz NFZ w zakresie realizacji przedmiotu nin. umowy. Ustalenia kontroli wewnętrznej   
i NFZ w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych są dla przyjmującego Zamówienie wiążące. Stwierdzone uchybienia Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się usunąć,   
a postawione wnioski zastosować przy udzielaniu świadczeń medycznych.

**§ 15**

1. W sprawach nieuregulowanych nin. umową mają zastosowanie przepisy: kodeksu cywilnego, Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (z późn.zm.), ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 1996 (z późn.zm.), a także szczegółowe warunki NFZ o udzielenie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż zna i zobowiązuje się do przestrzegania zasad wykonywania ambulatoryjnych świadczeń z zakresu ……….. określonych   
   w treści kontraktu zawartego pomiędzy Udzielającym Zamówienie a NFZ.
3. Wszystkie zmiany nin. umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§16**

Ewentualne spory wynikające z realizacji nin. umowy poddane zostają pod rozstrzygnięcie odpowiedniego Sądu Powszechnego w Rzeszowie.

**§17**

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

............................................... ............................................

Udzielający Zamówienia Przyjmujący Zamówienie

Załączniki:

Nr 1. Limit punktowy w rozliczeniu świadczeń zdrowotnych z NFZ

Nr 2. Harmonogram pracy Poradni

Nr 3. Potwierdzona kopia polisy ubezpieczeniowej