

**SZCZEGÓŁOWE  
WARUNKI KONKURSU  
OFERT NA UDZIELANIE  
PIELĘGNIARSKICH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W STACJONARNYCH SZPITALNYCH ODDZIAŁACH CAŁODOBOWYCH  
SZPITALA  
NOWOWIEJSKIEGO/ ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO LECZNICZYM  
PSYCHIATRYCZNYM**

**DZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Niniejsze szczegółowe warunki konkursu ofert na zawieranie umów o udzielenie zamówienia na specjalistyczne świadczenia zdrowotne, zwane dalej „SWKO” określają:
  - a) przedmiot konkursu ofert,
  - b) warunki wymagane od oferentów w tym sposób przygotowania oferty, wymagane dokumenty i tryb ich składania,
  - c) sposób przeprowadzenia konkursu,
  - d) kryteria oceny ofert,
  - e) tryb zgłaszania i rozpatrywania protestów i odwołań związanych z tymi czynnościami dotyczącymi postępowania konkursowego.
1. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty, oferent winien zapoznać się z wszelkimi informacjami zawartymi w SWKO.
2. Konkurs ofert prowadzony jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2025r. poz. 450) i art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)
3. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający Zamówienia stosuje zasady określone w SWKO i Regulaminie Pracy Komisji Konkursowej, ustalonym Zarządzeniem Nr 41/2014 Dyrektora Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie z dnia 22 października 2014 r.
4. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podawania przyczyny, unieważnienia postępowania konkursowego oraz przesunięcia terminu rozstrzygnięcia postępowania w przypadku konieczności uzupełnienia dokumentów przez oferenta lub wydłużenia negocjacji.
5. O odwołaniu konkursu, przesunięciu terminów, unieważnieniu postępowania konkursowego Udzielający Zamówienia zawiadamia oferentów poprzez informację na stronie **[www.szpitalnowowiejski.pl/konkursy](http://www.szpitalnowowiejski.pl/konkursy)**.
6. Udzielający Zamówienia zastrzega, iż:
  - 1) nie jest możliwe łączenie świadczenia usług w ramach umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, zawartej w wyniku niniejszego konkursu z zatrudnieniem na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej na świadczenie usług w zakresie objętym konkursem, zawartej z Udzielającym Zamówienia,
  - 2) **wykluczone z konkursu są osoby, z którymi Udzielający Zamówienie rozwiązał umowy z przyczyn leżących po stronie tych osób.**

1. W prawach nieuregulowanych w SWKO zastosowanie mają przepisy wskazane w ust. 3.
2. **Ilekróć w SWKO oraz jego załącznikach jest mowa o:**
  - a) **Oferencie**- to rozumie się przez to podmiot leczniczy lub praktykę zawodową, określone w art. 4. i 5 ust. 2 pkt 1) ustawy o działalności leczniczej, **lub osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie,**
  - b) **Udzielającym zamówienia**- rozumie się przez to Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie; nazwa skrócona: Szpital Nowowiejski.
  - c) **świadczeniach zdrowotnych**- rozumie się przez to świadczenia, o których mowa w art. 2 ust.1. pkt 10 i 11 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2025r. poz. 450), **wykonywane w zakresie świadczeń udzielanych przez pielęgniarki/rzy,**
  - d) **ofercie**- rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący załącznik nr 1 do SWKO wraz z koniecznymi dokumentami, podpisany przez osobę upoważnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie,
  - e) **umowie**- rozumie się przez to wzór umowy stanowiący załącznik nr 3 do SWKO.

## **DZIAŁ II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa przez pielęgniarki/rzy prowadzących praktyki zawodowe w ramach indywidualnej działalności gospodarczej **lub osoby nieprowadzące działalności gospodarczej, a legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie.** Pielęgniarka/rz musi posiadać odpowiednie kwalifikacje określone niżej w dziale III pkt A.
2. Świadczenia będą wykonywane w Szpitalu Nowowiejskim, w cyklach 12 lub 24 godzinnych (w razie takiej konieczności) w oddziałach stacjonarnych, całodobowych, w dni robocze, soboty, dni dodatkowo wolne od pracy, niedziele i święta.
3. **Ogólna proponowana liczba godzin wynosi: 42 552, w tym:**
  - 1) Oddział I Psychiatryczny– 5 400 godzin,
  - 2) Oddział III Psychiatryczny– 12 600 godzin,
  - 3) Oddział IV Psychiatryczny– 5 280 godzin,
  - 4) Oddział V Psychiatryczny– 13 800 godzin,
  - 5) Oddział VII Detoksykacyjny– Narkotyki i Inne Substancje Psychoaktywne- 3 456 godzin,
  - 6) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny w Rasztowie 2 016 godzin.

Obsada osobowa oraz faktyczne godziny wykonywania usług będą ustalane na bieżąco z Udzielającym Zamówienia, w zależności od potrzeb oraz sytuacji kadrowej albo finansowej Szpitala.

1. Szacunkowa liczba ogólna godzin udzielania świadczeń do wykonania w miesiącu wynosi przeciętnie: 3 546 godzin miesięcznie,
2. Oczekiwana liczba godzin świadczeń wynosi szacunkowo od 60 do 200 w miesiącu dla jednej pielęgniarki/rza.
3. Dopuszczalna minimalna liczba godzin w miesiącu wynosi 60 dla jednej pielęgniarki/rza.

4. W wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego zostaną wybrane najkorzystniejsze oferty, w ilości zapewniającej wyczerpanie szacunkowej liczby godzin, z propozycjami cenowymi, nieprzekraczającymi maksymalnej wartości zamówienia i stawki godzinowej, przewidzianej przez Udzielającego zamówienie.

### **DZIAŁ III. ZASADY PRZEPROWADZENIA KONKURSU OFERT**

#### **A. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW**

1. Ofertę składa oferent dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym postępowaniem konkursowym tj. oferentem jest pielęgniarka/rzem z aktualnym prawem wykonywania zawodu oraz **doświadczeniem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w podmiotach leczniczych.**
2. Oferent jest zobowiązany do posiadania wpisu we właściwym rejestrze o wykonywaniu działalności leczniczej, a w **przypadku osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych należy wypełnić załączone do oferty oświadczenia do celów zgłoszenia do ZUS i US.**
3. Oferta musi być kompletna, złożona zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym SWKO, musi zawierać wszystkie wymagane oświadczenia i dokumenty, określone na formularzu ofertowym, z włączeniami jak w punkcie C.1.
4. Oferty zawierające propozycje rozwiązań alternatywnych lub wariantowych nie będą brane pod uwagę.

#### **B. PRZYGOTOWANIE OFERTY**

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w SWKO, łącznie z dokumentami wymienionymi na formularzu ofertowym, udostępnionym przez Udzielającego zamówienia.
2. Ofertę stanowi formularz oferty przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, będący załącznikiem nr 1 do SWKO wraz z koniecznymi dokumentami.
3. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
4. Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
5. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim pod rygorem odrzucenia oferty.
6. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje oferent lub osoba upoważniona na podstawie oryginalnego pełnomocnictwa. Poprawki w ofercie mogą nastąpić poprzez przekreślenie błędnego zapisu, wprowadzeniu wyraźnego nowego zapisu i umieszczeniu obok podpisu oferenta.
7. Oferent może wycofać złożoną ofertę powiadamiając pisemnie Udzielającego zamówienia przed upływem terminu składania ofert.
8. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem:

**„Konkurs- oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Oddziałach Szpitalnych w Szpitalu Nowowiejskim/ZOL-P w Rasztowie”  
(wpisać odpowiednio)**

-ze wskazaniem **danych** oferenta oraz kontaktu e-mail lub telefonicznego.

### **C. INFORMACJA O DOKUMENTACH ZAŁĄCZANYCH PRZEZ OFERENTA**

1. W celu uznania, że oferta spełnia wymagane warunki, oferent zobowiązany jest dołączyć do oferty dokumenty wskazane w formularzu oferty.
  - 1) aktualny wydruk księgi rejestrowej z rejestru RPWDL dla indywidualnej praktyki zawodowej pielęgniarskiej\*,
  - 2) aktualny wydruk z CEIDG dla indywidualnej praktyki zawodowej pielęgniarskiej\*,
  - 3) oświadczenie o niezaleganiu z opłacaniem składek ZUS \*,
  - 4) oświadczenie o niezaleganiu z opłacaniem podatku\*
  - 5) dokumenty potwierdzające kwalifikacje;
  - 6) aktualna polisa ubezpieczeniowa OC dla każdego oferenta, zgodna z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29-04-2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t. j. Dz.U. z 2025 r. poz. 272) oraz polisa NW na kwotę 20 000 zł
  - 7) aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o dopuszczeniu do pracy w zawodzie pielęgniarki/rza dla każdego oferenta,
  - 8) aktualne orzeczenie lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych dla każdego oferenta,
  - 9) aktualne zaświadczenie o szkoleniu bhp dla każdego oferenta,
  - 10) zaświadczenie o zatrudnieniu w zawodzie pielęgniarki w placówkach psychiatrycznych min. 1 rok lub udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych w innych placówkach szpitalnych w wymiarze min. 2 lata (umowa o pracę lub umowa cywilnoprawna) w przypadku legitymowania się takim stażem- dla każdego oferenta,
  - 11) wypełniony druk oświadczenia do rejestracji w US i ZUS w przypadku osób nieprowadzących działalności gospodarczej.

\*dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą.

1. Dokumenty oferent przedkłada w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej przez siebie lub pełnomocnika za zgodność z oryginałem.
2. W celu sprawdzenia autentyczności przedłożonych dokumentów Udzielający zamówienia może zażądać od oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu, gdy kserokopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.
3. Oferent jest obowiązany załączyć kserokopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a w przypadku osób nieprowadzących działalności gospodarczej dołączyć zaświadczenie o zatrudnieniu i wynagrodzeniu od którego odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne z aktualnego miejsca pracy.

### **D. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT**

1. Ofertę składa się w siedzibie Szpitala w Kancelarii Ogólnej Szpitala Nowowiejskiego w terminie do 14.10.2025 r. **do godziny 10.00.**
2. **Oferty przesłane do Udzielającego Zamówienia drogą pocztową będą traktowane jako złożone w terminie, jeżeli wpłyną do Udzielającego Zamówienia przed upływem terminu składania ofert, określonym w pkt 1.**
3. Osobami uprawnionymi do bezpośredniego kontaktowania się z oferentami ze strony Udzielającego Zamówienia są:
  - Kierownik Działu Kadr i Płac- Joanna Woźniak tel. 22 11 65 316
  - Pielęgniarka Naczelna- Katarzyna Piasecka tel. 22 11 65 249

## **E. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Oferent związany jest ofertą do 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

## **F. KOMISJA KONKURSOWA**

1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Udzielający Zamówienia powołuje komisję konkursową.
2. Szczegółowe zasady pracy komisji konkursowej określa Regulaminem Pracy Komisji Konkursowej, ustalony Zarządzeniem Nr 41/2014 Dyrektora Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie z dnia 22 października 2014 r.
3. Członkiem komisji nie może być osoba podlegająca wyłączeniu z udziału w komisji w przypadkach wskazanych w Regulaminie.
4. Udzielający Zamówienia wskazuje nowego przewodniczącego, jeśli wyłączenie członka komisji konkursowej, dotyczy osoby pełniącej tę funkcję.

## **G. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT ORAZ PRZEBIEG KONKURSU**

1. Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu 14.10.2025 r., o godzinie **14.00** w siedzibie Udzielającego Zamówienia w Dziale Kadr i Płac.
2. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej:
  - a) w części jawnej komisja stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu, liczbę otrzymanych ofert, otwiera koperty z ofertami,
  - b) w części niejawnej komisja ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu, odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom konkursu, wzywa oferentów do usunięcia braków formalnych, porównuje oferty, wybiera najkorzystniejszą ofertę/y lub przeprowadza indywidualne negocjacje celem wyboru najkorzystniejszej oferty albo ofert zapewniających ciągłość udzielania świadczeń.

## **H. KRYTERIA OCENY OFERT**

1. Komisja Konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty spośród kompletnych, złożonych w wyznaczonym terminie ofert. Oceniane będą wyłącznie oferty spełniające w całości wymagania opisane w SWKO, ze szczególnym uwzględnieniem kompletności ofert.
2. Rozstrzygającym kryterium wyboru ofert będzie suma punktów uzyskanych na podstawie poniższych kryteriów:
  - 1) jakość (udokumentowane specjalistyczne kwalifikacje zawodowe);
  - 2) kompleksowość (posiadane doświadczenie zawodowe, które gwarantuje możliwość udzielania świadczeń z uwzględnieniem wszystkich procesów);
  - 3) dostępność (oferowana liczba godzin w miesiącu);
  - 4) cena za udzielanie świadczeń.

### **A. Kryterium jakościowe: (20 % oceny, maksymalnie 20 pkt)**

#### Kwalifikacje

1. mgr pielęgniarstwa ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii- **20 pkt**,
2. mgr pielęgniarstwa- **15 pkt**
3. licencjat lub wykształcenie średnie medyczne i specjalizacja w dziedzinie psychiatrii- **10 pkt**
4. pielęgniarka bez kwalifikacji (określonych w pkt 1-2)- **5 pkt**.

**A. Kryterium kompleksowości:** (5% oceny, 5 pkt)

Oferent otrzyma 5 punktów za posiadanie co najmniej dwuletniego doświadczenia w zakresie udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych lub co najmniej rocznego doświadczenia w zakresie udzielania pielęgniarskich świadczeń psychiatrycznych.

*Oświadczenie o posiadaniu doświadczenia powinno zostać potwierdzone przez Kierownika/Ordynatora/Pielęgniarkę Oddziałową Oddziału na którym doświadczenie zostało zdobyte lub fakt ten powinien w sposób oczywisty i bezsporny wynikać z innych dołączonych przez Oferenta dokumentów.*

**B. Kryterium dostępności:** (maksymalnie 5 % oceny, maksymalnie 5 pkt)

1. powyżej 160 godzin- 5 pkt
2. 160- 121 godzi- 3 pkt
3. 120- 72 godzin- 2 pkt
4. 60 godzin- 1 pkt

**Komisja konkursowa odrzuca oferty z deklarowaną liczbą godzin niższą niż wymagana w warunkach konkursu (60 godzin).**

**A. Kryterium finansowe (cena):** (70 % oceny, maksymalnie 70 pkt)

1. Kryterium finansowe to wartość pkt uzyskana na podstawie poniższego wyliczenia:

$$S = (SN/SX) \times 70$$

gdzie:

S - liczba punktów za kryterium finansowe

SN - najniższa proponowana stawka za godzinę udzielania świadczeń brutto spośród ważnych ofert

SX – proponowana przez Oferenta stawka za godzinę udzielania świadczeń brutto.

2. **Cena nie może przewyższać ceny skalkulowanej w maksymalnej wartości zamówienia.**
3. Szczegółowe regulacje dotyczące wynagradzania Przyjmującego Zamówienie zostały określone w projekcie umowy.
4. W przypadku gdy w postępowaniu konkursowym zostanie złożonych więcej ofert niż maksymalna liczba umów cywilnoprawnych, które Udzielający Zamówienia zamierza zawrzeć, a przy zastosowaniu powyższych kryteriów nie będzie możliwe rozstrzygnięcie postępowania (w szczególności w przypadku równej liczby punktów Oferentów, którzy spowodują przekroczenie limitu umów)- Komisja Konkursowa przeprowadzi rozmowę kwalifikacyjną z tymi Oferentami.
5. **Nieprzystąpienie do rozmowy kwalifikacyjnej będzie skutkować odrzuceniem złożonej oferty.**
6. Komisja konkursowa wybiera więcej niż jedną ofertę mając na uwadze zapotrzebowanie Udzielającego Zamówienia na określoną liczbę godzin wykonywania świadczeń w miesiącu, maksymalną wartość zamówienia oraz kwalifikacje oferentów.

7. W przypadku braku możliwości zrealizowania zamówienia przez oferenta najkorzystniejszymi ofertami Komisja konkursowa, w kolejnym etapie postępowania będzie prowadziła negocjacje.
8. Do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymagania konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania lub zbliżenia do planowanej do zakupienia liczby świadczeń lub wartość zamówienia

## **I. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU, WARUNKI ZAWARCIA UMOWY**

1. Komisja konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszych ofert biorąc pod uwagę zapotrzebowanie na określoną w SWKO liczbę i wartość świadczeń.
2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert.
3. Udzielający Zamówienia unieważni konkurs, jeżeli nie zostaną złożone żadne oferty lub jeżeli ich ceny będą przekraczały środki przeznaczone na sfinansowanie świadczeń, a przeprowadzone negocjacje nie odniosą skutku.
4. Oferentowi/om wybranym w wyniku postępowania konkursowego Udzielający Zamówienia lub osoba upoważniona, w tym przypadku kierownik Działu Kadr i Płac wskazuje termin i miejsce podpisania umowy.

## **DZIAŁ IV. ŚRODKI ODWOŁAWCZE**

1. Przed rozstrzygnięciem konkursu oferent może złożyć do komisji konkursowej protest, w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżanej czynności. Komisja rozpatruje protest w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania.
2. Informacje o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu umieszcza się na tablicy i stronie internetowej.
3. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe zostaje zawieszona.
4. Oferent, może złożyć do Udzielającego Zamówienia odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu, w ciągu 7 dni od daty ogłoszenia. Odwołanie wniesione po tym terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Odwołanie jest rozpatrywane w terminie 7 dni od daty otrzymania.
6. W przypadku uwzględnienia odwołania postępowanie konkursowe zostaje unieważnione.

## **DZIAŁ V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. administratorem danych osobowych **Oferenta** jest Szpital Nowowiejski w Warszawie, ul. Nowowiejska 27, 00 – 665 Warszawa;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD), z którym należy się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, **tel. 509592457, e-mail: iod@szpitalnowowiejski.pl**
3. administrator będzie przetwarzał dane osobowe oferenta na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO w zw. z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą,

przed zawarciem umowy oraz przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;

4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem);
5. administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. **Oferent** ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora,
7. Dane osobowe oferentów będą przechowywane przez okres **3 lat od zakończenia roku kalendarzowego**, w którym rozstrzygnięto konkurs, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przechowywania np. z uwagi na dochodzenie roszczeń;
8. Oferentowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
9. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udziału w konkursie ofert. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odrzucenie oferty.

Załącznik nr 1 do SWKO

## **OFERTA NA UDZIELANIE PIELEŃNIARSKICH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

– Oddziałach Szpitalnych Szpitala Nowowiejskiego przy ul. Nowowiejskiej 27, 00-665 Warszawa

– Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym

\* - proszę zaznaczyć właściwą ofertę

**w okresie od dnia 01 listopada 2025 r. do dnia 31 października 2028 r.**

## 1. Dane oferenta

Nazwisko i imię .....  
PESEL:.....  
Adres zamieszkania.....  
Siedziba i nazwa firmy/adres:.....  
e-mail ..... tel. ....  
REGON ..... NIP .....

Nr prawa wykonywania zawodu.....  
Nr wpisu do rejestru podmiotów działalności leczniczej/indywidualnej praktyki  
pielęgniarskiej.....

Tytuł zawodowy .....  
specjalizacja psychiatryczna (data uzyskania) .....

Staż pracy jako pielęgniarka/pielęgniarz w placówkach psychiatrycznych ( umowa o pracę/  
umowa cywilnoprawna), .....lat. lub innych.....lat

## 2. Oferta

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa, zgodnie  
z przedmiotem zamówienia wskazanym w SWKO, w ramach umowy kontraktowej/ umowy  
zlecenia\* .

Deklaruję wykonywanie usług :

**(dostępność)** w wymiarze ..... godzin miesięcznie,

**(cena)** wg stawki :..... zł za każdą godzinę wykonywania usług

## 2. Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia o konkursie,  
„Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” (wraz ze wszystkimi załącznikami)  
i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści oraz, że dokumentacja konkursowa jest  
wystarczająca do złożenia oferty.
2. Oświadczam, że w cenie/stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty  
realizacji zamówienia w tym: koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu,  
koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru  
zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego  
zamówienia.
3. Oświadczam, że dopuszczam na wniosek Udzielającego zamówienia, za zgodą  
obu stron, możliwość zmiany bądź rozszerzenia miejsca udzielania świadczeń.
4. Oświadczam, że nie jestem:
  - a) zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu  
czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie pielęgniarki lub  
przepisów o samorządzie pielęgniarskim,
  - b) ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
  - c) pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu  
karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu

zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

1. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonane na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego orzeczenia, na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy
2. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
3. Oświadczam, że nie zalegam z opłacaniem składek ZUS i podatków z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej\*
4. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej.
5. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.
6. Posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
7. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta.
8. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
9. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.

.....  
(miejsowość)

.....  
(data i podpis oferenta)

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

1. **Wydruk wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (aktualny, nie starszy niż 1 miesiąc)\*;**
2. **Wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) aktualny, nie starszy niż jeden miesiąc\* ;**
3. **Poświadczone kopie dokumentów dotyczących dyplomu ukończenia studiów na kierunku pielęgniarskim /wykształcenia średniego;**
4. **Poświadczone kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza;**
5. **Poświadczona kopia specjalizacji psychiatrycznej (w przypadku jej posiadania);**

6. Przebieg pracy zawodowej;
  7. Aktualna polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia; art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 poz. 450) oraz rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz.U. z 2025 poz. 272) lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy;
  8. Aktualna polisa NNW na kwotę 20 000 zł. lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy;
  9. Kserokopia orzeczenia o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonana na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego zaświadczenia na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy;
  10. Kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych, wykonana na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego zaświadczenia na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy
  11. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszego postępowania konkursowego- nieobowiązkowe
  12. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.
- \*dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą*

Załącznik nr 2 do SWKO

**OŚWIADCZENIE OFERENTA (nieprowadzącego działalności gospodarczej)  
DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I PODATKU**

**A. DANE PERSONALNE**

Nazwisko i imię ..... Drugie imię .....

Nazwisko rodowe .....data i miejsce urodzenia .....

PESEL .....

telefon ..... e-mail .....

Adres zamieszkania\*:

województwo .....kod .....

miejsowość ..... gmina/  
dzielnica .....

Ulica .....nr domu..... nr  
lokalu.....  
Obywatelstwo .....  
Adres urzędu skarbowego.....

### A. DANE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNEGO

a) Oświadczam , że jestem zatrudniona/y w ramach umowy o pracę w \*\*

1. .... w wymiarze .....  
nazwa i adres zakładu pracy

2. .... w wymiarze .....  
nazwa i adres zakładu prac

i osiągam przychód w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia

b) Oświadczam , że jestem/ nie jestem\*\* objęty/a obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi z tytułu innej umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy o zleceniu, z której uzyskałem/am/ nie uzyskałem/am w miesiącu ..... 202...r. przychód w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia.

c) Oświadczam, że mam/ nie mam\*\* ustalone prawo do emerytury lub renty. Jeśli tak podać nr emerytury/renty.....

d) Oświadczam , że prowadzę/ nie prowadzę\*\* pozarolniczą działalność (gospodarczą, wolny zawód, twórczą albo artystyczną, publiczną lub niepubliczną szkołę, inną formę wychowania przedszkolnego, placówkę lub inny zespół w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, jako wspólnik jednoosobowej spółki z o.o.) i z tego tytułu odprowadzam co miesiąc składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne od podstawy wymiaru wynoszącej miesięcznie ..... zł, jestem/ nie jestem \*\* osobą współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność,

e) jestem/ nie jestem \*\* uczniem lub studentem szkoły ..... i nie ukończyłem/am 26 roku życia.

f) mam/ nie mam \*\*orzeczoną grupę inwalidzką, niezdolność do pracy, niepełnosprawność: .....  
wpisać jaką

g) oświadczam, że jestem / nie jestem\*\* zarejestrowany w Urzędzie Pracy jako bezrobotny z prawem/ bez prawa do zasiłku\*\* .....  
*Nazwa i adres urzędu pracy*

### C. DANE DO DOBROWOLNYCH UBEZPIECZEŃ

1. Wnoszę/ nie wnoszę \*\* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno/rentowym z tytułu wykonywanej umowy cywilnoprawnej.

2. Wnoszę/ nie wnoszę \*\* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu wykonywanej umowy cywilnoprawnej.

### D. RACHUNEK BANKOWY

Nazwa i numer konta bankowego .....

Niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Szpital Nowowiejski w Warszawie, adres ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa, w zakresie

danych, które są niezbędne w celu zawarcia i realizacji umowy cywilnoprawnej.

Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniłem/am zgodnie prawdą i że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 247§ 1 Kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Przyjmuję także do wiadomości, że o wszelkich zaistniałych zmianach powiadomię Udzielającego zamówienia na piśmie -w ciągu 7 dni.

.....  
\* wpisać jeśli jest inny niż adres siedziba firmy

**Data i czytelny podpis oferenta**

\*\* niepotrzebne skreślić

.....

*Załącznik nr 3r do SWKO*

**(projekt) UMOWA – KONTRAKT/ZLECENIE nr /2025 O UDZIELENIE  
ZAMÓWIENIA  
NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

W dniu ..... 2025 r. w Warszawie pomiędzy:  
**Samodzielnym Wojewódzkim Zespołem Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki  
Zdrowotnej w Warszawie**, z siedzibą w Warszawie, ul. Nowowiejska 27, wpisanym do KRS  
pod numerem 0000083895, posiadającym NIP: 526-17-44-274 oraz REGON: 000298070,  
reprezentowanym przez **Dyrektora – Cezarego Kostrzewę**,  
zwanym dalej „Udzielającym Zamówienia”

a

.....  
zwaną/y m dalej „**Przyjmującym Zamówienie**”  
łącznie zwanych „Stronami”,

na podstawie art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450 z późn.zm.), w wyniku konkursu ofert rozstrzygniętym w dniu ....., została zawarta umowa o następującej treści:

### § 1.

1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **pielęgniarstwa**, wykonywanych osobiście w siedzibie Udzielającego Zamówienia w Warszawie ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa w **oddziałach stacjonarnych całodobowych/Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym- Psychiatrycznym w Rasztowie, wg miesięcznych harmonogramów pracy ustalonych przez Przyjmującego Zamówienie z Pielęgniarką Oddziałową w porozumieniu z Pielęgniarką Naczelną.**
2. Przedmiotem umowy jest wykonywanie świadczeń/usług w rozumieniu art. 2 ust.1 pkt 10 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.), w zakresie **pielęgniarstwa**. Przyjmujący Zamówienie wykonuje czynności polegające na rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych, rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych, sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej, samodzielnym udzielaniu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, oraz realizacji zleceń lekarskich, zgodnie z ustawą z dnia 15-07-2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, (Dz.U. z 2024 poz.814 z późn. zm.), związanych z opieką nad pacjentami Udzielającego Zamówienia.
3. Świadczenia będą planowane w 2 zmianach/cyklach: **I. 7.00-19.00, II. 19.00- 7.00** z uwzględnieniem potrzeb Udzielającego zamówienia, według harmonogramu ustalanego na każdy miesiąc odrębnie- do dnia 15 miesiąca poprzedzającego.
4. Czas wykonywania usług będzie potwierdzany przez Przyjmującego Zamówienie w załączniku nr 1 do niniejszej umowy. Obsada osobowa oraz faktyczne godziny wykonywania usług będą ustalane na bieżąco z Udzielającym Zamówienia w zależności od potrzeb oraz sytuacji kadrowej albo finansowej Szpitala i mogą być inne niż wyżej.
5. Minimalna miesięczna liczba godzin pracy 1 pielęgniarki/rza wynosi 60 godzin. Ze względu na szczególne okoliczności tj. w przypadku braku obsady zmiany dopuszcza się wykonywanie usług w wymiarze do 24 godzin w jednym cyklu. Niedopuszczalne jest wykonywanie usług powyżej 24 godzin w jednym cyklu.
6. Minimalna miesięczna liczba godzin pracy ustalona w ust. 4 może ulec zmniejszeniu w przypadkach uzasadnionych potrzebami i organizacją pracy Udzielającego zamówienia. Zmiana ilości godzin jest wówczas uwzględniana w harmonogramie pracy. Nieuwzględnienie w harmonogramie miesięcznym, ze względu na potrzeby Udzielającego zamówienia ilości szacunkowej ustalonej w ust. 3 albo minimalnej ustalonej w ust. 4. nie pociąga za sobą roszczeń finansowych.
7. Nadzór nad realizacją niniejszej umowy sprawuje Naczelna Pielęgniarka, bezpośrednią kontrolę nad ilością oraz jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.
8. Udzielający Zamówienia uprawniony jest do odsunięcia Przyjmującego Zamówienie

od wykonywania świadczeń, na czas prowadzenia postępowania wyjaśniającego, w przypadku gdy do Udzielającego Zamówienia wpłynie skarga lub zastrzeżenie, dotyczące sposobu wykonywania, przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń objętych niniejszą umową.

## § 2.

Udzielający Zamówienia przyjmuje na siebie obowiązki:

1. Nieodpłatnego udostępnienia Przyjmującemu Zamówienie pomieszczeń, sprzętu i aparatury należących do Udzielającego Zamówienia.
2. Zapewnienia bieżących napraw i konserwacji sprzętu i urządzeń służących do wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.
3. Zapewnienia bieżącego zaopatrzenia w leki, materiały medyczne i inne środki medyczne niezbędne do bieżącej realizacji zadań wynikających z niniejszej umowy, na zasadach obowiązujących u Udzielającego Zamówienia.
4. Nieodpłatnego udostępnienia pomieszczeń socjalnych na terenie Udzielającego Zamówienia.
5. Zapewnienia bieżących dostaw energii elektrycznej i ciepłej, dostaw wody, gazów med., zabezpieczenia w środki czystości, bieżącego sprzątania pomieszczeń na zasadach obowiązujących u Udzielającego Zamówienia.

## § 3.

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń, z zachowaniem najwyższej staranności uwzględniającej zawodowy charakter prowadzonej przez niego działalności tj.: z wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny. Wynagrodzenie określone w §7 niniejszej umowy będzie wypłacane tylko za faktycznie wykonane świadczenia. Wykonanie mniejszej ilości godzin niż przewidziana w § 1 ust. 3 i 4 niniejszej umowy, jako wielkość szacunkowa czy minimalna, nie rodzi roszczeń po stronie Przyjmującego Zamówienie.
2. **Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania:**
  - 1) przepisów określających prawa pacjenta,
  - 2) przepisów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia, w tym przepisów dotyczących ochrony danych osobowych uregulowanych w Polityce Ochrony Danych Osobowych,
  - 3) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Udzielającego Zamówienia.
1. **Przyjmujący Zamówienie jest obowiązany do:**
  - 1) korzystania w razie potrzeby z konsultacji lekarskich oraz z badań diagnostycznych,
  - 2) współpracy z lekarzami oraz pielęgniarkami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia,
  - 3) dokonywania stosownych wpisów i adnotacji w dokumentacji medycznej pacjentów oraz prowadzenia dokumentacji w systemie informatycznym Udzielającego Zamówienia,
  - 4) prowadzenia dokumentacji medycznej wynikającej z obowiązujących przepisów wg standardów obowiązujących u Udzielającego Zamówienia,
  - 5) wykonywania czynności związanych z utrzymaniem miejsca świadczenia usług w stałej gotowości, w tym szczególnie kontrolowania dat ważności produktów leczniczych, materiałów i narzędzi,
  - 6) pisemnego ustosunkowania się do skargi pacjenta na wykonywaną przez siebie

usługę i przekazania wyjaśnień do Naczelnej Pielęgniarki.

1. **Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest do:**

- 1) ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w §1 umowy, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29-04-2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (tj. Dz.U. 2025 r. poz. 272) oraz NNW, obejmującej koszty badań i leczenia poekspozycyjnego, do którego doszło w trakcie wykonywania czynności zawodowych, na sumę ubezpieczenia co najmniej 20 000,00 zł.
  - 2) okazania umów ubezpieczeniowych, o których mowa w pkt. 1) przy podpisywaniu umowy oraz dostarczenia kopii polisy jako załącznika do niniejszej umowy,
  - 3) utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia,
  - 4) wznawiania umowy ubezpieczeniowej w dniu jej wygaśnięcia.
1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przestrzegać zasad uczciwej konkurencji, za naruszenie której Strony uważają:
- 1) wskazywanie pacjentom Udzielającego Zamówienia innych niż Udzielający Zamówienia wykonawców usług medycznych, w zakresie świadczeń prowadzonych przez Udzielającego Zamówienia,
  - 2) udzielanie osobom trzecim informacji, których ujawnienie mogłoby być szkodliwe dla interesów Udzielającego Zamówienia.
1. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddawania się kontroli Udzielającego Zamówienia oraz uprawnionych organów i osób, szczególnie w zakresie dostępności i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ponosząc ryzyko ewentualnych kar.

#### § 4.

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za udzielanie bądź zaniechanie udzielania świadczeń i odpowiada za szkody wyrządzone pacjentom w ich wyniku.
2. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełne koszty utraconych przez Udzielającego Zamówienia przychodów w przypadku; zaniechania, nierzetelnego prowadzenia rozliczeń i raportów z wykonanych świadczeń na rzecz NFZ i innych płatników zewnętrznych.
3. Przyjmujący Zamówienie ponosi koszty napraw sprzętu należącego do Udzielającego Zamówienia, uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez Przyjmującego Zamówienie.

#### § 5.

1. W przypadku niezdolności do świadczenia usług Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o przewidywanym okresie trwania nieobecności. Uzasadnieniem nieobecności może być choroba, wypadek losowy, wypoczynek w wymiarze nie większym niż 4 tygodnie w roku kalendarzowym (tydzień oznacza 7 kolejnych dni kalendarzowych począwszy od poniedziałku). **Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek dostarczyć Pielęgniarce Oddziałowej pisemne/e-mail zawiadomienie o nieobecności ze wskazaniem terminu oraz przyczyny. Zawiadomienie o którym mowa wyżej Pielęgniarka Oddziałowa dołącza do sprawozdania z wykonania usług przez Przyjmującego zamówienie.**
2. Nieuzasadniona odmowa wykonywania świadczeń, niezgodne z harmonogramem realizowanie przedmiotu umowy tj.: rozpoczynanie pracy z opóźnieniem, zawinione przez Przyjmującego Zamówienie przerwy w udzielaniu świadczeń, wcześniejsze

opuszczanie miejsca wykonywania usług, nieuzasadniona nieobecność będą skutkować nałożeniem na Przyjmującego Zamówienie kary umownej w wysokości określonej w § 8 pkt. 6c. Z wnioskiem o nałożenie kary występuje Pielęgniarka Oddziałowa do Naczelnej Pielęgniarki.

3. Wykonywanie usług powyżej ustalonego w § 1 ust. 3 niniejszej umowy szacunku, może nastąpić tylko za zgodą Naczelnej Pielęgniarki. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do dostosowania czasu wykonywania usług do zasady bezpiecznego udzielania świadczeń zdrowotnych i zapobiegania nadmiernemu obciążeniu pracą, co oznacza równoważenie czasu udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego Zamówienia z odpoczynkiem.
4. Postanowienia ust.1-4 nie wykluczają możliwości udzielania świadczeń w terminach dodatkowych w stosunku do uzgodnionego harmonogramu świadczeń w przypadkach nagłych lub wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych pozostających poza kontrolą stron niniejszej umowy. Pielęgniarka Oddziałowa jest zobowiązana każdorazowo do poinformowania naczelnej Pielęgniarki o takim przypadku.

#### § 6.

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że będzie działał zgodnie z zasadą ograniczającą nieuzasadniony wzrost kosztów świadczeń.

#### § 7.

1. Za świadczone usługi Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał należności w wysokości uzależnionej od łącznej liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu to jest: ..... zł brutto\* za każdą godzinę wykonywania usług. \*W przypadku osób nieprowadzących indywidualnej działalności gospodarczej stawka brutto zostaje pomniejszona o wartość składek, które Udzielający Zamówienia jest obowiązany odprowadzać do ZUS. Z należności Przyjmującego Zamówienie potrąca się również składki ubezpieczeniowe w części przypisanej zleceniobiorcy oraz podatek dochodowy osób fizycznych i składkę na ubezpieczenie zdrowotne.
2. Okresy rozliczeniowe- obrachunkowe umowy wynoszą 1 miesiąc kalendarzowy.
3. W przypadku zaistnienia okoliczności wpływających na stan realizacji umowy, to jest zmiany poziomu finansowania Udzielającego Zamówienie przez instytucje powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, czego nie można było przewidzieć w trakcie konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, Strony po co najmniej 12 miesiącach realizacji umowy, dopuszczają możliwość zmiany wysokości ceny tj. kwoty za 1 godzinę świadczonych usług.

#### § 8.

1. Należność za wykonanie świadczeń, wynikająca z §7 umowy, będzie dokonywana po dostarczeniu przez Przyjmującego Zamówienie prawidłowo wypełnionej faktury/rachunku, łącznie z dokumentami rozliczeniowymi (załącznik nr 1 do umowy).
2. Faktury/rachunki winny być przedkładane Udzielającemu Zamówienia do kancelarii ogólnej Udzielającego zamówienia do 7 dnia następnego miesiąca po zamknięciu miesiąca obrachunkowego, nie wcześniej niż ostatniego dnia miesiąca, za który faktura/rachunek jest wystawiany.
3. Zapłata należności nastąpi nie później niż 30 dni od daty otrzymania prawidłowej faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia, na konto wskazane na fakturze/rachunku.
4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniu/rachunku/fakturze wypłata należności zostanie wstrzymana do czasu wyjaśnienia rozbieżności. W takim przypadku realizacja należności następować będzie w terminie 30 dni od daty złożenia

- poprawnie wystawionej faktury/ rachunku Udzielającemu Zamówienia. Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują odsetki za opóźnienie w płatnościach.
5. Wypłata należności dla Przyjmującego Zamówienie w terminach innych niż w ust.3, wynikająca ze zwłoki lub opóźnienia w przekazywaniu należności dla Udzielającego Zamówienia przez NFZ czy innego płatnika, nie później niż 60 dni od upływu terminu z ust. 3, nie skutkuje powstaniem po stronie Przyjmującego Zamówienia roszczeń.
  6. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do potrącania z faktur/rachunków wystawionych przez Przyjmującego Zamówienie kosztów oraz kar w tym w szczególności:
    - 1) nałożonych na Szpital kar w pełnej wysokości szkody powstałej na skutek:
      - a) przedstawiania przez Przyjmującego zamówienie do rozliczeń danych niezgodnych ze stanem faktycznym, w tym realizowanie niezleconych świadczeń,
      - b) prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób niekompletny lub jej braku,
      - c) stwierdzenia braku realizacji zaleceń pokontrolnych,
      - d) stwierdzenia szkody na zdrowiu i życiu pacjenta z winy Przyjmującego Zamówienie,
      - e) innych szkód powstałych z winy Przyjmującego Zamówienie,
    - 1) wartości świadczeń wynikających z negatywnej weryfikacji lub konieczności zwrotu przez Udzielającego Zamówienia środków finansowych do NFZ,
    - 2) kary umownej:
      - a) **w wysokości 100% stawki godzinowej za każdą godzinę nieuzasadnionego zaprzestania wykonywania zamówienia, z wyłączeniem: choroby, wypadku losowego, wypoczynku w wymiarze do 4 tygodni w roku kalendarzowym (tydzień oznacza 7 kolejnych dni kalendarzowych począwszy od poniedziałku),**
      - b) **w wysokości 50% stawki godzinowej za każdą rozpoczętą godzinę niewykonywania świadczeń, za niezgodne z harmonogramem realizowanie przedmiotu umowy tj. rozpoczynanie pracy z opóźnieniem, zawinione przez Przyjmującego Zamówienie, przerwy w udzielaniu świadczeń, wcześniejsze opuszczanie miejsca wykonywania usług, nieuzasadnioną nieobecność.**
- Kara umowna przysługuje Udzielającemu Zamówienia niezależnie od braku zapłaty za każdą rozpoczętą godzinę spóźnienia lub niewykonywania świadczeń.
- 1) innych kosztów wymienionych w § 4 niniejszej umowy.
  1. W przypadku braku możliwości potrącenia kwot, o których mowa w ust. 6, z bieżących faktur/rachunków Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do uregulowania należności na pisemne wezwanie Udzielającego Zamówienia.

## § 9.

Przyjmujący Zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt zabezpieczy:

1. odzież roboczą i jej czystość;
2. posiadanie aktualnego badania profilaktycznego;
3. posiadanie aktualnego okresowego szkolenia bhp dla pielęgniarki w bloku operacyjnym.

## § 10.

1. Przyjmującego Zamówienie obowiązuje zakaz pobierania jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich opiekunów z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy w obiektach Udzielającego Zamówienia, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.
2. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Przyjmującego Zamówienie w stanie wskazującym na spożycie alkoholu/środków odurzających na terenie obiektów Udzielającego Zamówienia lub spożywanie alkoholu/środków odurzających przez

Przyjmującego Zamówienie w czasie przeznaczonym na wykonywanie świadczeń powodować będzie rozwiązanie umowy ze skutkiem natychmiastowym.

## § 11.

### Ochrona danych osobowych

1. Strony zobowiązują się przetwarzać dane osobowe 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, dalej: RODO) i innymi powszechnie obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, stosując przy tym środki techniczne i organizacyjne wskazane w art. 32 RODO, zapewniające właściwą ochronę danych osobowych oraz zapewniając dostęp do danych osobowych wyłącznie osobom upoważnionym.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że przed zawarciem niniejszej umowy wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych osobowych (RODO), wobec każdej osoby fizycznej, od której dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio Przyjmujący Zamówienie pozyskał w celu wpisania jej do treści umowy jako dane osoby reprezentującej Przyjmującego Zamówienie lub działającej w jego imieniu przy realizowaniu umowy. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się, w przypadku wyznaczenia lub wskazania do działania przy wykonywaniu niniejszej umowy osób innych niż wymienione w jej treści, najpóźniej wraz z przekazaniem Udzielającemu Zamówienia danych osobowych tych osób, zrealizować obowiązki informacyjne o których mowa w ust. 3.
3. W odniesieniu do danych osobowych **pracowników/współpracowników Przyjmującego Zamówienie, odpowiedzialnych za realizację niniejszej umowy**, Udzielający Zamówienia informuje iż zgodnie z RODO:
  - 1) Administratorem danych osobowych pracowników/współpracowników Przyjmującego Zamówienie jest Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej, ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa;
  - 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować;
  - 3) w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@szpitalnowowiejski.pl](mailto:iod@szpitalnowowiejski.pl);
  - 4) Administrator przetwarza Państwa dane osobowe w zakresie: imienia i nazwiska, REGON, NIP, PESEL, PWZ, stanowiska służbowego, danych w zakresie kwalifikacji zawodowych, danych kontaktowych (numeru telefonu, adresu e-mail). Państwa dane zostały pozyskane w sposób inny niż od osoby, której dane dotyczą (tj. od Przyjmującego Zamówienie) oraz są przetwarzane w wyniku współpracy między Administratorem, a Przyjmującym Zamówienie;
  - 5) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) c) w zw. ustawą z dnia 23 kwietnia 2004 r. Kodeks cywilny oraz f) RODO, tj. w celu realizacji umowy pomiędzy Administratorem a Przyjmującym zamówienie, w celach kontaktowych, ustalenia, zabezpieczenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń;
  - 6) Państwa dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także innym podmiotom z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcom świadczącym

- usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 7) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
  - 8) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych;
  - 9) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres współpracy między Administratorem;
  - 10) Przyjmującym zamówienie, a po jego zakończeniu przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów prawa;
  - 11) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu i usunięcia danych a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
  - 12) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania;
  - 13) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe;
  - 14) Dostęp Przyjmującego Zamówienie- do danych osobowych Pacjentów Udzielającego Zamówienia, odbywa się na zasadach określonych w wewnętrznych regulacjach Udzielającego Zamówienia, z którymi Przyjmujący Zamówienie zapozna się przed rozpoczęciem realizacji przedmiotu umowy.

## **§ 12.**

### **Bezpieczeństwo informacji i ciągłość działania**

1. W związku z realizacją niniejszej Umowy, Przyjmujący Zamówienie będący stroną zawartej Umowy zobowiązany jest do zapewnienia bezpieczeństwa informacji przetwarzanych w związku jej realizacją, ochrony pozostałych udostępnionych mu aktywów Udzielającego Zamówienia, wspierających przetwarzanie tych informacji, w szczególności do zapewnienia ich poufności, integralności oraz dostępności oraz do zapewnienia ciągłości realizacji usług świadczonych na rzecz Udzielającego Zamówienia.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonania przedmiotu Umowy zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego oraz procedur, instrukcji, zarządzeń Dyrektora i innych przepisów wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego zamówienia.
3. Podmiot, o którym mowa w ust. 1 i 2, w ramach niniejszej Umowy zobowiązuje się w szczególności:
  - 1) stale troszczyć się o powierzone mu informacje i sprzęt wspierający ich przetwarzanie oraz zachować szczególną ostrożność przy bieżącym korzystaniu z tego sprzętu, w tym zadbać o zabezpieczenie ich przed utratą, kradzieżą, nieuprawnionym udostępnieniem, nieuprawnioną modyfikacją, uszkodzeniami mechanicznymi,
  - 2) korzystać z powierzonych mu informacji i udostępnionego sprzętu wspierającego ich przetwarzanie, wyłącznie do celów wynikających z zapisów zawartej umowy,
  - 3) przysyłać informacje chronione z wykorzystaniem sieci Internet w formie zaszyfrowanej,
  - 4) nie powielać, w tym nie kopiować informacji chronionych, udostępnionych i opracowanych w trakcie umowy w zakresie szerszym, niż jest to potrzebne do jej realizacji,
  - 5) informować Udzielającego Zamówienia o każdym podejrzeniu naruszeniu bezpieczeństwa informacji lub utraty ciągłości działania Udzielającego Zamówienia.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się niezwłocznie po zakończeniu realizacji

niniejszej umowy, trwale usunąć lub zniszczyć informacje chronione przetwarzane w ramach jej realizacji, chyba że obowiązek ich dalszego przetwarzania wynika wprost z przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

### § 13.

Umowa może być rozwiązana przed upływem terminu:

- 1) za zgodą obu Stron w każdym czasie;
- 2) za uprzednim **1 miesięcznym wypowiedzeniem** przez każdą ze Stron, bez podawania przyczyn, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego;
- 3) za uprzednim 1 tygodniowym wypowiedzeniem, ze skutkiem na koniec tygodnia w przypadku:
  - a) wypowiedzenia umowy przez NFZ,
  - b) ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości,
  - c) nie przekazywania wymaganych sprawozdań, informacji, rozliczeń,
  - d) uzasadnionych skarg pacjentów gdy wynikają one z rażącego naruszenia przepisów;
- 1) wskutek oświadczenia Udzielającego Zamówienia, bez zachowania wypowiedzenia w razie:
  - a) utraty uprawnień do wykonywania zawodu przez Przyjmującego zamówienie,
  - b) uzasadnionej okolicznościami utraty zaufania do Przyjmującego Zamówienie,
  - c) działania Przyjmującego Zamówienie wbrew wskazówkom lub interesowi Udzielającego Zamówienia,
  - d) popełnienia przestępstwa przez Przyjmującego zamówienie, które uniemożliwia dalsze udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jeśli zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym lub jest oczywiste,
  - e) nieudokumentowania zawarcia umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy lub wygaśnięcia polisy ubezpieczeniowej w trakcie trwania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

### § 14.

Umowa zostaje zawarta na okres **od dnia 01 listopada 2025 r. do dnia 31 października 2028 r.**

### § 15.

1. Zmiana postanowień umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Strony zobowiązują się rozwiązywać spory wynikające z realizacji postanowień niniejszej umowy w drodze negocjacji, a w przypadku niemożności osiągnięcia kompromisu powstałe spory poddają pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego, właściwego dla siedziby Udzielającego Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie nie może przenosić wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiegokolwiek prawem przewidzianej formie. W szczególności wierzytelność nie może być przedmiotem zabezpieczenia zobowiązań Przyjmującego Zamówienie (np. z tytułu umowy kredytu, pożyczki). Przyjmujący Zamówienie nie może również zawrzeć umowy z osobą trzecią o podstawienie w prawa wierzyciela (art. 518 Kodeksu cywilnego). W przypadku zawarcia z podmiotem trzecim umowy o zarządzanie wierzytelnościami lub innej

podobnej umowy wszelkie płatności dokonywane będą wyłącznie na rachunek Przyjmującego Zamówienie. Art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej stosuje się bezpośrednio do należności wynikających z niniejszej umowy.

4. Strony zastrzegają poufność postanowień umowy dla osób trzecich z wyłączeniem zapisów stanowiących informację publiczną w rozumieniu ustawy o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 902).
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie:
  - 1) aktualne postanowienia umowy zawartej pomiędzy Udzielającym zamówienia, a NFZ;
  - 2) odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego;
  - 3) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.);
  - 4) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.).

### **§ 16.**

Umowę sporządzono w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, w tym dwa dla Udzielającego Zamówienia, jeden dla Przyjmującego Zamówienie.

**Przyjmujący Zamówienie**

.....

**Udzielający Zamówienia**

.....

**Załącznik nr 1**  
*do umowy zlecenia/kontraktu na wykonywanie świadczeń pielęgnarskich*

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
PRZEZ PIELEŃNIARKE/PIELEŃNIARZA**

Miesiąc.....rok 202...

Imię i Nazwisko

.....

DATA	GODZINY OD - DO	LICZBA GODZIN UDZIELANIA	NAZWA ODDZIAŁU UDZIELANIA
------	--------------------	-----------------------------	------------------------------

