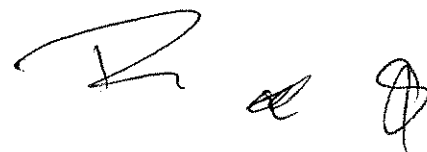


**SZCZEGÓLNE WARUNKI KONKURSU OFERT  
NA UDZIELANIE SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ ORAZ W ODDZIALE  
NEUROLOGICZNYM, W TYM ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ TERAPEUTYCZNYCH PROGRAMÓW  
LEKOWYCH SZPITALA WOLSKIEGO IM. DR ANNY GOSTYŃSKIEJ SP. Z O.O.**

**Rozdział I. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Niniejsze szczegółowe warunki konkursu ofert na zawieranie umów na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej oraz w Oddziale neurologicznym, w tym związanych z realizacją terapeutycznych programów lekowych: według następujących pakietów:
  - a) Pakiet 1) w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej (pacjenci nie objęci programem lekowym).
  - b) Pakiet 2) w Poradni neurologicznej w ramach Terapeutycznego Programu Lekowego SM w trybie ambulatoryjnym,
  - c) Pakiet 3)
    - dla pacjentów objętych programem– Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastyecznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej w ramach hospitalizacji jednodniowej pacjenta w Oddziale Neurologicznym,
  - d) Pakiet 4)
    - dla pacjentów objętych programem– Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastyecznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej w Poradni Neurologicznej w trybie ambulatoryjnym.zwane dalej "Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" określają m. in.:
  - a) przedmiot konkursu ofert,
  - b) kryteria oceny ofert,
  - c) warunki wymagane od oferentów w tym związane ze sposobem przygotowania oferty i trybem ich składania,
  - d) tryb zgłaszania i rozpatrywania protestów oraz odwołań związanych z tymi czynnościami.
2. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia swojej oferty, oferent winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w niniejszych SWKO.
3. Konkurs ofert prowadzony jest na podstawie art. 26 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności Konkurs ofert prowadzony jest na podstawie art. 26 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz.799 z późn. zm.), art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 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 (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.) oraz Uchwały Zarządu Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. Nr 323/2024 z dnia 06.08.2024 r. w sprawie udzielenia zamówienia na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej oraz w Oddziale neurologicznym w tym związanych z realizacją terapeutycznych programów lekowych Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. oraz przeprowadzenia konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym zakresie zwanego dalej Uchwałą.
4. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu przed terminem składania ofert, przesunięcia terminu składania ofert, unieważnienia postępowania konkursowego oraz przesunięcia terminu rozstrzygnięcia postępowania w przypadku konieczności uzupełnienia dokumentów przez oferenta.
5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWKO zastosowanie mają przepisy i postanowienia wskazane w pkt. 3.
6. Ilekroć w "Szczegółowych warunkach konkursu ofert" oraz w załącznikach do tego dokumentu jest mowa o:
  - 1) **oferencie** - to rozumie się przez to podmiot, o którym mowa art. 26 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zarejestrowany jako podmiot wykonujący działalność leczniczą w formie indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, o której mowa w ustawie o działalności leczniczej.
  - 2) **Udzielającym zamówienia** - rozumie się przez to Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o.;
  - 3) **formularzu oferty** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez Udzielającego zamówienia, stanowiący załącznik nr 3 do Uchwały wskazanej w pkt. 3 „Postanowień ogólnych”;
  - 4) **przedmiocie konkursu ofert**– rozumie się przez to świadczenia, o których mowa w art. 5 pkt. 40 ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obejmujące specjalistyczne świadczenia zdrowotne w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej, oraz w Oddziale neurologicznym w



tym związanych z realizacją terapeutycznych programów lekowych, w szczególności dla osób będących świadczeniobiorcami w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; (CPV 85121200-5)

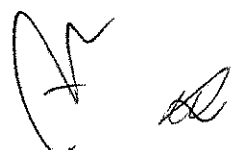
- 5) **umowie** – rozumie się przez to wzór umowy opracowany przez Udzielającego zamówienia, stanowiący załącznik nr 4 do uchwały wskazanej w pkt. 3 „Postanowień ogólnych”;
- 6) **ofercie cenowej** – rozumie się przez to cenę jednostkową świadczenia wyrażoną w złotych polskich.
- 7) **dni powszednie** – od poniedziałku do piątku z wyłączeniem świąt i innych dni wolnych ustalonych u Udzielającego zamówienia.

## Rozdział II. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej oraz w Oddziale neurologicznym w tym związanych z realizacją terapeutycznych programów lekowych: według następujących pakietów:
  - a) Pakiet 1) w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej (pacjenci nie objętych programem lekowym).
  - b) Pakiet 2) w Poradni Neurologicznej w ramach Terapeutycznego Programu Lekowego SM w trybie **ambulatoryjnym**,
  - c) Pakiet 3)  
- dla pacjentów objętych programem– **Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn** z użyciem toksyny botulinowej w ramach hospitalizacji jednodniowej pacjenta w Oddziale Neurologicznym,
  - d) Pakiet 4)  
- dla pacjentów objętych programem– **Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn** z użyciem toksyny botulinowej w Poradni Neurologicznej w trybie ambulatoryjnym.
2. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot zamówienia obejmuje okres **od dnia 01.09.2024 r. do dnia 31.10.2025 r.**
3. Maksymalna, szacunkowa liczba:
  - a) Pakiet 1) punktów udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni neurologicznej (pacjenci nie objętych programem lekowym) przeciętnie w miesiącu wynosi: **2000 pkt.**
  - b) Pakiet 2) liczba wizyt w ramach Terapeutycznego Programu Lekowego SM w trybie ambulatoryjnym w Poradni Neurologicznej w miesiącu wynosi średnio: **34**
  - c) Pakiet 3) liczba wizyt:  
- dla pacjentów objętych programem– **Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn** z użyciem toksyny botulinowej) w ramach hospitalizacji jednodniowej pacjenta w Oddziale Neurologicznym w miesiącu wynosi średnio: **5**
  - d) Pakiet 4) liczba wizyt:  
- dla pacjentów objętych programem– **Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn** z użyciem toksyny botulinowej w Poradni Neurologicznej w trybie ambulatoryjnym w miesiącu wynosi średnio: **1**
4. W wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego dla każdego Pakietu zostaną wybrane najkorzystniejsze oferty w ilości zapewniającej wyczerpanie ilości świadczeń/punktów przeznaczonych na wykonywanie świadczeń wskazanych w pkt. 3, odrębnie dla każdego z Pakietów zawierające propozycje cenowe znajdujące pokrycie w wielkości środków przeznaczonych na sfinansowanie przedmiotu zamówienia.
5. Szczegółowe warunki wykonywania świadczeń określają odpowiednie przepisy, a w szczególności przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz postanowienia umów zawartych przez Szpital Wolski z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ), z którymi oferent może się zapoznać w siedzibie Udzielającego zamówienia.
6. Udzielający zamówienia, uwzględniając warunki realizacji zamówienia zawarte w złożonych ofertach, zastrzega sobie prawo do jednostronnego wskazania w umowach zawieranych z oferentami wyłonionymi w wyniku niniejszego postępowania konkursowego, ilości godzin przeznaczonych do realizacji przedmiotu zamówienia, przypadających do wykonania przez danego oferenta.

## Rozdział III. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW

1. Ofertę składa oferent posiadający prawo wykonywania zawodu lekarza i dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami: posiada specjalizację II<sup>o</sup>/ tytuł specjalisty w dziedzinie neurologii oraz dokument potwierdzający doświadczenie w prowadzeniu Terapeutycznych Programów Lekowych „Leczenie stwardnienia rozsianego” z zakresu neurologii.



2. Warunkiem uwzględnienia oferty, jako spełniającej wymogi formalne, jest przedłożenie przez oferenta dokumentów potwierdzających spełnienie wymogów, o których mowa w ust. 1.
3. Warunkiem dopuszczenia do udziału w postępowaniu jest przedstawienie przez oferenta wpisu w rejestrze prowadzonym przez właściwą okręgową radę lekarską o wykonywaniu działalności leczniczej w formie indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, o której mowa w przepisach ustawy o działalności leczniczej.
4. Oferta złożona przez oferenta powinna być kompletna, złożona zgodnie z wymogami opisanymi w niniejszych SWKO na formularzu udostępnionym przez Udzielającego zamówienia oraz zawierać wszystkie wymagane oświadczenia i dokumenty opisane w SWKO oraz w treści formularza ofertowego.
5. W niniejszym postępowaniu konkursowym niedopuszczalne jest złożenie ofert alternatywnych.

#### Rozdział IV. PRZYGOTOWANIE OFERTY

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w "Szczegółowych warunkach konkursu ofert" na formularzu udostępnionym przez Udzielającego zamówienia.
2. Udzielający zamówienia dopuszcza możliwości składania ofert częściowych tj. odrębnie w zakresie świadczeń udzielanych w ramach Pakietu 1), 2), 3), 4). **Przy czym, w przypadku składania oferty na więcej niż jeden pakiet, realizowanie świadczeń w ramach pakietów 2), 3) i 4) nie może odbywać się w godzinach zadeklarowanych dla pakietu 1).**
3. Liczba deklarowanych przez jednego oferenta w miesiącu w ramach następujących pakietów nie powinna być mniejsza:
  - a) Pakiet 1) punktów udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni neurologicznej (pacjenci nie objętych programem lekowym): **1000 pkt.**
  - b) Pakiet 2) liczba wizyt w ramach Terapeutycznego Programu Lekowego SM w trybie ambulatoryjnym w Poradni Neurologicznej: **28.**
  - c) Pakiet 3) liczba wizyt:
    - dla pacjentów objętych programem– **Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej) w ramach hospitalizacji jednodniowej pacjenta w Oddziale Neurologicznym: 1.**
  - d) Pakiet 4) liczba wizyt:
    - dla pacjentów objętych programem– **Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej) w Poradni Neurologicznej w trybie ambulatoryjnym: 1.**
4. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
5. Ofertę stanowi wypełniony formularz oferty wg załączonego wzoru wraz załącznikami wymienionymi w formularzu oferty.
6. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
7. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim pod rygorem odrzucenia oferty, z wyłączeniem pojęć medycznych.
8. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje oferent osobiście.
9. Strony oferty oraz miejsca, w których naniesione zostały poprawki, podpisuje oferent. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego czytelnego zapisu poprawnego.
10. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę. Zmiana oferty następuje poprzez złożenie nowej oferty zawierającej zmiany i uzupełnionej o adnotację o wycofaniu oferty złożonej wcześniej. Wycofanie oferty następuje poprzez pisemne powiadomienie Udzielającego zamówienia o tym fakcie. Zmiana oferty poprzez złożenie nowej lub wycofanie oferty może nastąpić nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert. Wymogi oznaczenia koperty opisane w pkt. 10 stosuje się odpowiednio.
11. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem: **„Konkurs na specjalistyczne świadczenia zdrowotne w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej oraz w Oddziale neurologicznym w tym związanych z realizacją terapeutycznych programów lekowych”** i przesłać na adres: Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. ul. Marcina Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa.
12. Udzielający zamówienia zastrzega, iż nie jest możliwe łączenie świadczenia usług w ramach umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne zawartej w wyniku niniejszego konkursu z zatrudnieniem na podstawie stosunku pracy zawartym z Udzielającym zamówienia.
13. Oferta złożona przez oferenta, z którym Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. w ciągu 5 lat poprzedzających dzień ogłoszenia niniejszego konkursu rozwiązał umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta - podlega odrzuceniu.

#### Rozdział V. 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.

2. Dokumenty, o których mowa w pkt. 1 niniejszego rozdziału, oferent przedkłada w formie oryginału lub kserokopii poświadczonych przez siebie za zgodność z oryginałem.
3. 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.
4. Oferent jest zobowiązany do przedstawienia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej - zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

## **Rozdział VI. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT**

1. Ofertę składa się w siedzibie Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o., Paw. II, pok. 10a do dnia **09.08.2024 r. do godz. 13.00.**
2. Do bezpośredniego kontaktowania się z Oferentami ze strony Udzielającego zamówienia uprawniony jest Dział Kadr i Szkoleń, tel. 022-38-94-888.

## **Rozdział VII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

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

## **Rozdział VIII. KOMISJA KONKURSOWA**

1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Udzielający zamówienia powołuje komisję konkursową.
2. Szczegółowe zasady pracy komisji konkursowej i tryb postępowania określa „Regulamin pracy Komisji konkursowej” obowiązujący na podstawie Uchwały wskazane w pkt. 3 „Postanowień ogólnych”.
3. Członkiem komisji nie może być osoba podlegająca wyłączeniu z udziału w komisji w przypadkach wskazanych w „Regulaminie pracy komisji konkursowej”.
4. W razie konieczności wyłączenia członka komisji konkursowej z przyczyn, o których mowa w pkt. 3, nowego członka komisji powołuje Udzielający zamówienia.
5. Udzielający zamówienia nie powołuje nowego członka komisji konkursowej w przypadku określonym w pkt. 3 o ile komisja konkursowa liczyć będzie, pomimo wyłączenia jej członka, co najmniej trzy osoby.
6. Udzielający zamówienia wskazuje nowego przewodniczącego, jeśli wyłączenie członka komisji konkursowej dotyczy osoby pełniącej tę funkcję.
7. W przypadku stwierdzenia przez Komisję konkursową braków formalnych w złożonej ofercie, Komisja konkursowa wzywa oferenta do ich uzupełnienia poprzez zamieszczenie informacji o brakach na zewnętrznej stronie internetowej Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. pod adresem [www.wolski.med.pl](http://www.wolski.med.pl) podając nazwę (imię i nazwisko) oferenta, stwierdzone w ofercie braki oraz ostateczny termin ich usunięcia.
8. W przypadku odrzucenia oferty z przyczyn formalnych Komisja konkursowa zamieszcza informację o odrzuceniu oferty na zewnętrznej stronie internetowej Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. pod adresem [www.wolski.med.pl](http://www.wolski.med.pl) wskazując nazwę (imię i nazwisko) składającego odrzuconą ofertę oraz przyczynę odrzucenia oferty.

## **Rozdział IX. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT**

Otwarcie złożonych ofert nastąpi w siedzibie Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. w Pawilonie II – Sala Konferencyjna w dniu **09.08.2024 r. o godzinie 13.30.**

## **Rozdział X. KRYTERIA OCENY OFERT**

Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert odrębnie dla każdego z pakietów.

### **Kryteria oceny dla – PAKIETU 1**

Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert kierując się następującymi kryteriami.

#### **Kryteria oceny**

1. Doświadczenie – 40 pkt
2. Cena - 60 pkt

Łącznie 100 punktów

#### **Ad. 1. Doświadczenie D**

Komisja konkursowa dokonując oceny w ramach kryterium doświadczenia bierze pod uwagę doświadczenie oferenta wynikające ze stażu zawodowego związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii.

Staż pracy w Poradni neurologicznej	Liczba punktów
1 - 5 lat	30 pkt.
6 - 10 lat	35 pkt.
powyżej 10 lat	40 pkt.

W przypadku niepełnych lat kalendarzowych niepełne lata stażu pracy zaokrągla się w dół. Oferty osób posiadających doświadczenie w pracy wynikające ze stażu zawodowego związanego z udzielaniem świadczeń w zakresie neurologii poniżej 1 roku otrzymują 0 punktów.

#### Ad. 2. Cena

Dokonując wyboru najkorzystniejszych ofert komisja konkursowa kieruje się kryteriami:

- ceną za punkt (C) wzór: maks. Ilość punktów dla kryterium wynosi: 60 punktów

$$LpC = \frac{\text{cena minimalna wg ofert}}{\text{cena oferty ocenianej}} \times \text{maks. ilość pkt.}$$

Wynik będzie wyliczony z dokładnością do jednego miejsca po przecinku.

Ocena końcowa oferty zostanie wyliczona wg następującego wzoru:

$$O = LpD + LpC$$

gdzie:

*O* - ocena oferty poszczególnego pakietu

*Lp D* - liczba punktów wynikająca z oceny doświadczenia oferenta

*LpC* - liczba punktów wynikająca z oceny ceny proponowanej przez oferenta

#### Kryteria oceny dla – PAKIETU 2,3,4

##### Kryteria oceny

1. Doświadczenie – 40 pkt
2. Cena - 60 pkt

Łącznie 100 punktów

#### Ad. 1. Doświadczenie D

Komisja konkursowa dokonując oceny w ramach kryterium doświadczenia bierze pod uwagę doświadczenie oferenta wynikające ze stażu zawodowego związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii.

Staż pracy w Poradni neurologicznej	Liczba punktów
1 - 5 lat	30 pkt.
6 - 10 lat	35 pkt.
powyżej 10 lat	40 pkt.

W przypadku niepełnych lat kalendarzowych niepełne lata stażu pracy zaokrągla się w dół. Oferty osób posiadających doświadczenie w pracy wynikające ze stażu zawodowego związanego z udzielaniem świadczeń w zakresie neurologii poniżej 1 roku otrzymują 0 punktów.

#### Ad. 2. Cena

Dokonując wyboru najkorzystniejszych ofert komisja konkursowa kieruje się kryteriami:

- ceną (CPL) za 1 pacjenta konsultowanego w ramach terapeutycznych programów lekowego wzór: maks. Ilość punktów dla kryterium wynosi: 60 punktów

$$LpC = \frac{\text{cena minimalna wg ofert CPL}}{\text{cena oferty ocenianej CPL}} \times \text{maks. ilość pkt. (60 pkt.)}$$

gdzie:

LpC – liczba punktów wynikająca z oceny cen zaproponowanych przez oferenta

CPL – cena za wizytę jednego pacjenta w ramach terapeutycznych programów lekowych

Wynik będzie wyliczony z dokładnością do jednego miejsca po przecinku.

Ocena końcowa oferty zostanie wyliczona wg następującego wzoru:

**O = LpD+ LpC**

gdzie:

O - ocena oferty poszczególnego pakietu

Lp D - liczba punktów wynikająca z oceny doświadczenia oferenta

LpC - liczba punktów wynikająca z oceny ceny proponowanej przez oferenta

## **Rozdział XI. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU, WARUNKI ZAWARCIA UMOWY**

1. Rozstrzygnięcie konkursu oznacza wskazanie oferenta wybranego w wyniku postępowania konkursowego zapewniającego realizację zapotrzebowania Udzielającego zamówienia odnośnie ilości godzin wykonywania świadczeń stanowiących przedmiot zamówienia, który uzyskał łącznie ze wszystkich kryteriów największą ilość punktów.
2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert na zewnętrznej stronie internetowej Udzielającego zamówienia, podając nazwę (imię i nazwisko) oraz siedzibę (miejsce zamieszkania i adres) Oferenta/Oferentów, którzy zostali wybrani.
3. Termin rozstrzygnięcia ofert wyznacza się na dzień **22.08.2024 r. o godzinie 13.00.**
4. Oferentom wybranym w wyniku postępowania konkursowego Udzielający zamówienia wskazuje termin i miejsce zawarcia i podpisania umowy.
5. Komisja konkursowa ma prawo wnioskować do Zarządu Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. o unieważnienie postępowania konkursowego w przypadkach określonych w Regulaminie pracy Komisji konkursowej.
6. W przypadku przekroczenia ilości świadczeń/punktów objętych zapotrzebowaniem, wskazanych w Rozdz. II pkt. 3, w wyniku wyboru większej ilości oferentów ze względu na konieczność uwzględnienia ofert spełniających kryteria oceny ofert na tym samym poziomie punktowym, Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo określenia w umowie zawartej w tym oferentami takiej ilości godzin wykonywania świadczeń, która umożliwi dostosowanie warunków umowy do zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.
7. Udzielający zamówienia oświadcza, że jest dużym przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.

## **Rozdział XII. ŚRODKI ODWOŁAWCZE**

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do komisji konkursowej w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności, w formie pisemnej umotywowany protest.
2. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe zostaje zawieszona, chyba że z treści protestu wynika, że jest on bezzasadny.
5. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
6. Oferent, może złożyć do Udzielającego zamówienia odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu.
7. Odwołanie złożone po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia.
9. Środki odwoławcze nie przysługują na:
  - a) wybór trybu postępowania;
  - b) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
  - c) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

## **Rozdział XIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

Dokumenty dotyczące postępowania konkursowego przechowywane są w siedzibie Udzielającego zamówienia.

Warszawa, dnia.....

**Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej  
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
ul. Marcina Kasprzaka 17  
01 – 211 Warszawa**

**O F E R T A**

**na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych zakresie neurologii w Poradni neurologicznej oraz  
w Oddziale neurologicznym w tym związanych z realizacją terapeutycznych programów lekowych  
Szpitala Wolskiego im dr Anny Gostyńskiej Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością**

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji) .....

Nr dokumentu specjalizacji.....

Nr wpisu do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich wykonywanych w zakładzie  
podmiotu leczniczego prowadzonego przez właściwą ORL .....

Nr wpisu do ewidencji gospodarczej/ data rozpoczęcia działalności wg CEIDG.....

NIP.....REGON.....

Nr telefonu ..... e-mail .....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych zakresie neurologii w Poradni neurologicznej oraz w Oddziale neurologicznym w tym związanych z realizacją terapeutycznych programów lekowych zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.**

**OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz postanowieniami określonymi we wzorze umowy i je akceptuje.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Prowadzi specjalistyczną indywidualną Praktykę Lekarską w zakładzie leczniczym w dziedzinie ....., wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez ORL zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości .....

6. Oświadcza, iż Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. **nie rozwiązał** z w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie niniejszego postępowania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

7. **W ramach PAKIETU 1\*:**

- a) Deklaruje realizację ..... punktów przeciętnie w miesiącu w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej (pacjenci nie objętych programem lekowym).
- b) Proponuje wysokość stawki w kwocie ..... **zł netto** (równoważne z brutto) - za 1 punkt w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej (za pacjenta nie objętego programem lekowym).

8. **W ramach PAKIETU 2\*:**

- a) Deklaruje realizację ..... wizyt przeciętnie w miesiącu w Poradni Neurologicznej w ramach Terapeutycznego Programu Lekowego SM w trybie ambulatoryjnym
- b) Proponuje wysokość stawki w kwocie ..... **zł netto** (równoważne z brutto) - za wizytę 1 pacjenta zrealizowaną w ramach w ramach Terapeutycznych Programów Lekowych SM w trybie ambulatoryjnym.

9. **W ramach PAKIETU 3\*:**

- a) Deklaruje realizację..... wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem– **Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn** (z podaniem toksyny botulinowej) w ramach hospitalizacji jednodniowej pacjenta. w Oddziale Neurologicznym.
- b) Proponuje wysokość stawki w kwocie ..... **zł netto** (równoważne z brutto) - za wizytę 1 pacjenta zrealizowaną w ramach Programu – **Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn** (z podaniem toksyny botulinowej) w ramach hospitalizacji jednodniowej pacjenta na Oddziale Neurologicznym.

10. **W ramach PAKIETU 4\*:**

- a) Deklaruje realizację..... wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem– **Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn** (z podaniem toksyny botulinowej) w Poradni Neurologicznej w trybie ambulatoryjnym
- b) Poza godzinami, o których mowa w pkt. 10 proponuje wysokość stawki w kwocie ..... **zł netto** (równoważne z brutto) - za wizytę 1 pacjenta zrealizowaną w ramach Programu– **Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn** (z podaniem toksyny botulinowej) w Poradni Neurologicznej w trybie ambulatoryjnym.

Przy czym, w przypadku składania oferty na więcej niż jeden pakiet, realizowanie świadczeń w ramach pakietów 2), 3) i 4) nie może odbywać się w godzinach zadeklarowanych dla pakietu 1).

11. W Poradni neurologicznej w godzinach 7.00 a 7.30; 15.00 a 17.00 deklaruje udzielanie świadczeń w następującym dniu i następujących godzinach udzielania świadczeń:

- Poniedziałek: od godz. .... do godz. ....(pacjenci w ramach programu lekowego)  
od godz. .... do godz. ....(pacjenci nie objęci programami lekowymi)
- Wtorek: od godz. .... do godz. ....(pacjenci w ramach programu lekowego)  
od godz. .... do godz. .... (pacjenci nie objęci programami lekowymi)
- Środa: od godz. .... do godz. ....(pacjenci w ramach programu lekowego)  
od godz. .... do godz. .... (pacjenci nie objęci programami lekowymi)
- Czwartek: od godz. .... do godz. ....(pacjenci w ramach programu lekowego)  
od godz. .... do godz. .... (pacjenci nie objęci programami lekowymi)
- Piątek: od godz. .... do godz. ....(pacjenci w ramach programu lekowego)  
od godz. .... do godz. .... (pacjenci nie objęci programami lekowymi)



9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych zakresie neurologii w **Poradni neurologicznej** udzielał przez okres .....lat i zobowiązuje się do okazania - na żądanie Udzielającego zamówienia - dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

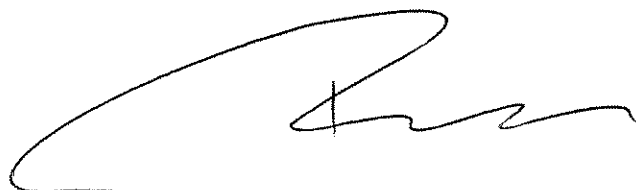
1. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG – *zał. nr 1.*
2. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - zgodnie z ustawą o działalności leczniczej – prowadzonego przez ORL – *zał. nr 2.*
3. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanych kwalifikacji, w tym specjalizacji:
  - a) dyplom ukończenia studiów;
  - b) prawo wykonywania zawodu lekarza;
  - c) dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty/ specjalizację II° w dziedzinie neurologii;
  - d) dokument potwierdzający doświadczenie w prowadzeniu Terapeutycznych Programów Lekowych „Leczenie stwardnienia rozsianego” z zakresu neurologii;
  - e) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – *zał. nr 3a, 3b, itd.,*
4. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii z podaniem okresów, w których usługi te były udzielane – *zał. nr 4.*
5. Kserokopia polisy oc – *zał. nr 5.*
6. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – *zał. nr 6.*

*\*oferent może złożyć ofertę na różne pakiety*

#### **Oświadczenie oferenta w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**


Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu\*\*.

.....  
(podpis i pieczęć oferenta)



<sup>1</sup> rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).





**WZÓR UMOWY  
NA UDZIELANIE SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ\*/ ODDZIALE  
NEUROLOGICZNYM\* SZPITALA WOLSKIEGO IM. DR ANNY GOSTYŃSKIEJ SP. Z O.O.**

zawarta w dniu ..... 2024 r. w Warszawie

pomiędzy:

Szpitalem Wolskim im. dr Anny Gostyńskiej Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością w Warszawie, adres: ul. M Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa, wpisanym do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0001009228, REGON 011035381, NIP 5273034710 kapitał zakładowy 22 801 000,00 zł, reprezentowanym przez:

.....  
zwanym dalej Udzielającym zamówienia

a

Panem/ą....., prowadzącym/ą działalność gospodarczą pod firmą „.....”, na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej z siedzibą pod adresem: ....., Wpisanym/ą do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą nr ....., Posiadającym/ą NIP ..... i REGON ....., PWZ.....  
Zwanym/ą dalej Przyjmującym zamówienie

łącznie zwanych Stronami

*Przyjmujący zamówienie został wybrany w wyniku konkursu ofert na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez podmioty określone w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 799 z późn. zm.).*

**§ 1\***

- Przedmiotem niniejszej umowy jest wykonywanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii, w tym związanych z realizacją terapeutycznych programów lekowych:
  - w Poradni neurologicznej w trybie ambulatoryjnym\*,
    - dla pacjentów nie objętych programem lekowym\*
    - dla pacjentów objętych programem lekowym .....
  - w Oddziale Neurologicznym w ramach hospitalizacji jednodniowej pacjenta, \*  
zwanym dalej świadczeniami zdrowotnymi, dla pacjentów Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. w szczególności dla osób będących świadczeniobiorcami w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w Poradni Neurologicznej\*/ w Oddziale neurologicznym\*, lub innym miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia, zwanych dalej świadczeniami zdrowotnymi, w tym udzielania świadczeń zdrowotnych, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, do realizacji których jest uprawniony zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu, o którym mowa powyżej oraz w Zarządzeniu Prezesa Nr 57/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń ..... opieki ..... zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

**§ 2\***

- Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - o których mowa w § 1 ust. 1 lit a), Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującym dniu i godzinach: .....(pacjenci w ramach programu lekowego /pacjenci nie objęci programami lekowymi\*) z wyłączeniem świąt i dni wolnych od pracy ustalonych u Udzielającego Zamówienia, przypadających w tych dniach.\*
  - o których mowa w § 1 ust. 1 lit b), w dniach i godzinach, zgodnie z zapotrzebowaniem zgłoszonym przez Udzielającego zamówienia, ustalonych z Ordynatorem Oddziału Neurologicznego, Udarowego z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej lub inną osobą wyznaczoną przez Udzielającego Zamówienia. \*
- Każda zmiana dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 lit a), wymaga uzyskania pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie\*.

**§ 3**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania usług, o których mowa w § 1 niniejszej umowy i oświadcza, iż wykonywać je będzie z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z posiadaną wiedzą i standardami postępowania

obowiązującymi w zakresie w zakresie neurologii, na zasadach wynikających z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz. U. z 2023 r., poz. 1516 z późn. zm) ustawy o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 799 z późn. zm.), ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024r., poz. 581 z późn. zm.), ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781) i innych przepisów regulujących zasady wykonywania czynności w zakresie pielęgniarstwa oraz udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych.

#### § 4

1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową udzielane będą przez Przyjmującego zamówienie w siedzibie Szpitala Wolskiego, a w szczególności w Poradni neurologicznej\*/Oddziale neurologicznym\*, przy użyciu sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej, których obsługa jest mu znana / z którymi został zapoznany przez Udzielającego zamówienia najpóźniej w dniu rozpoczęcia udzielania świadczeń\*, stanowiących własność Udzielającego zamówienia. Sprzęt i aparatura spełniają wymagania niezbędne do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz sprzętu i aparatury medycznej, należących do Udzielającego zamówienia, zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w niniejszej umowie.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do ponoszenia kosztów napraw sprzętu medycznego należącego do Udzielającego zamówienia, uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez Przyjmującego zamówienie.

#### § 5

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia ..... r. do dnia ..... r.

#### § 6

Zlecenia na badanie diagnostyczne i transport będą wystawiane przez Przyjmującego zamówienie, według zasad obowiązujących u Udzielającego zamówienia, z którymi Przyjmujący zamówienie został zapoznany.

#### § 7

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych w umowach zawartych przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi podmiotami oraz przepisach i zasadach obowiązujących u Udzielającego zamówienia, z którymi to zasadami został zapoznany.
2. Na żądanie Udzielającego zamówienia Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przedstawienia dokumentów wymaganych przez NFZ lub innego płatnika świadczeń pod rygorem wypowiedzenia umowy przez Udzielającego zamówienia.

#### § 8

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej oraz dokumentacji wymaganej przez NFZ, zgodnie z wymogami obowiązującymi w podmiotach leczniczych oraz przepisami i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia, w tym z użyciem systemu informatycznego Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o., w tym dotyczącymi procedur związanych z ochroną danych osobowych.

#### § 9\*

1. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne na rzecz osób uprawnionych do świadczeń na podstawie umowy zawartej pomiędzy Szpitalem Wolskim a NFZ Przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie miesięcznie w kwocie stanowiącej iloczyn liczby wykonanych, prawidłowo sprawozdanych i wskazanych do zapłaty przez NFZ punktów rozliczeniowych w **Poradni neurologicznej dla pacjentów** (poza programem lekowym), zgodnie ze sprawozdaniem, o którym mowa w § 10 - przez stawkę za 1 punkt w wysokości ..... zł brutto (słownie: .....)\*
2. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne na rzecz osób uprawnionych do świadczeń na podstawie umowy zawartej pomiędzy Szpitalem Wolskim a NFZ Przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie miesięcznie w kwocie stanowiącej iloczyn liczby wykonanych, prawidłowo sprawozdanych i wskazanych do zapłaty wizyt – zgodnie z zatwierdzonym sprawozdaniem, o którym mowa w § 11 - przez stawkę za świadczenia udzielone 1 pacjentowi w wysokości ..... zł brutto (słownie: .....) tj. za wizytę 1 pacjenta zrealizowaną w **Poradni Neurologicznej w ramach Terapeutycznego Programu Lekowego SM w trybie ambulatoryjnym**.\*
3. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne na rzecz osób uprawnionych do świadczeń na podstawie umowy zawartej pomiędzy Szpitalem Wolskim a NFZ, Przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie miesięcznie w kwocie stanowiącej iloczyn liczby wykonanych, prawidłowo sprawozdanych i wskazanych do zapłaty wizyt – zgodnie z zatwierdzonym sprawozdaniem, o którym mowa w § 11 - przez stawkę za świadczenia udzielone 1 pacjentowi w wysokości ..... zł brutto (słownie: .....) tj. za wizytę 1 pacjenta zrealizowaną w ramach Programu **Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn** (z użyciem toksyny botulinowej) w ramach hospitalizacji jednodniowej pacjenta w Oddziale Neurologicznym.\*
4. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne na rzecz osób uprawnionych do świadczeń na podstawie umowy zawartej pomiędzy Szpitalem Wolskim a NFZ, Przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie miesięcznie w kwocie stanowiącej iloczyn liczby wykonanych, prawidłowo sprawozdanych i wskazanych do zapłaty wizyt – zgodnie z zatwierdzonym sprawozdaniem, o którym mowa w § 11 - przez stawkę za świadczenia udzielone 1 pacjentowi w wysokości ..... zł brutto (słownie: .....) tj. za wizytę 1 pacjenta zrealizowaną w ramach Programu **Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn** (z użyciem toksyny botulinowej) w trybie ambulatoryjnym.\*
5. Łączna szacunkowa wartość umowy w okresie jej obowiązywania wynosi .....zł, przy czym:
  - a) w zakresie świadczeń o których mowa w § 9 ust. 1 wynosi ..... zł brutto (słownie: .....)\*
  - b) w zakresie świadczeń o których mowa w § 9 ust. 2 wynosi ..... zł brutto (słownie: .....)\*

- c) w zakresie świadczeń o których mowa w § 9 ust. 3 wynosi ..... zł brutto (słownie: .....)\*
- d) w zakresie świadczeń o których mowa w § 9 ust. 4 wynosi ..... zł brutto (słownie: .....)\*
6. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy Udzielający zamówienia wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie do 30 dni po dniu dostarczenia przez Przyjmującego zamówienie prawidłowo wystawionej faktury wraz z zatwierdzonymi sprawozdaniami, o których mowa w § 11. Potwierdzeniem dostarczenia faktury (na fakturze przyjmujący zamówienie uwzględnia w odrębnych pozycjach udzielanie świadczeń w Oddziale i Poradni z uwzględnieniem rodzaju udzielonych świadczeń) wraz ze sprawozdaniami jest data wpływu oznaczona prezentatą Kancelarii Głównej Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o.
7. Należność za wykonane świadczenia zdrowotne zostanie przekazana Przyjmującemu zamówienie na jego rachunek bankowy wskazany na fakturze. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.

#### § 10\*

- Średnia ilość punktów w Poradni neurologicznej dla pacjentów (poza programem lekowym) w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonanie przedmiotu umowy wynosi ..... \*
- Średnia ilość wizyt Poradni Neurologicznej w ramach Terapeutycznego Programu Lekowego SM w trybie ambulatoryjnym w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonanie przedmiotu umowy wynosi .....\*
- Średnia ilość wizyt w ramach Programu -Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastyecznością kończyn (z użyciem toksyny botulinowej) w ramach hospitalizacji jednodniowej pacjenta na Oddziale Neurologicznym, Neurologicznej w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonanie przedmiotu umowy wynosi .....\*
- Średnia ilość wizyt w ramach Programu Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub leczenie pacjentów ze spastyecznością kończyn (z użyciem toksyny botulinowej) w trybie ambulatoryjnym w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonanie przedmiotu umowy wynosi .....\*
- Wynikające z ust. 1 - 4 \* zapotrzebowanie na ilość zakontraktowanych wizyt/punktów udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1, może ulec zmniejszeniu w przypadkach uzasadnionych organizacją funkcjonowania komórki organizacyjnej, w której realizowane są świadczenia bądź zmniejszeniem środków finansowych uzyskanych od NFZ lub innych płatników.
- Udzielający zamówienie może powierzyć Przyjmującemu zamówienie większą ilość świadczeń objętych niniejszą umową, skutkujących przekroczeniem wartości umowy podanej w § 9 ust. 5, a przeznaczonej na wykonanie świadczeń w ramach środków pieniężnych przeznaczonych na ich sfinansowanie, pochodzących z NFZ lub od innych płatników, jednak nie więcej niż o 20% w okresie umowy.

#### § 11

- Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do składania miesięcznych sprawozdań z liczby wykonanych punktów/wizyt wg właściwego wzoru stanowiącego załącznik nr 1\*, 1<sup>1</sup>\*, 1<sup>2</sup>\* do niniejszej umowy.
- Sprawozdania, o których mowa w ust. 1 składane są po zakończeniu miesiąca kalendarzowego oraz po zatwierdzeniu ich przez Kierownika Poradni Neurologicznej lub inną osobę wskazaną przez Udzielającego zamówienia

#### § 12

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

- poddania kontroli wykonywanej przez Udzielającego zamówienia, Narodowy Funduszu Zdrowia, inne uprawnione organy oraz udostępnienia wszelkich danych i informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli,
- noszenia imiennych identyfikatorów przekazanych przez Udzielającego zamówienie w związku z niniejszą umową i realizacji pozostałych obowiązków dotyczących identyfikatorów określonych w aktach wewnętrznych Szpitala Wolskiego im dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o.,
- przestrzegania procedur obowiązujących u Udzielającego zamówienia związanych z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych i prowadzeniem dokumentacji medycznej.

#### § 13

Przyjmujący zamówienie nie może prowadzić w Szpitalu Wolskim im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. działalności wykraczającej poza zakres wynikający z zawartej umowy i konkurencyjnej wobec działalności statutowej prowadzonej przez Udzielającego zamówienia.

#### § 14

Udzielający zamówienia zobowiązuje się zabezpieczyć obsługę pielęgniarską oraz administracyjną i gospodarczą w zakresie niezbędnym dla realizacji przedmiotu niniejszej umowy.

#### § 15

Przy realizacji zadań objętych niniejszą umową Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do współpracy z personelem medycznym zatrudnianym przez Udzielającego zamówienia.

#### § 16

- Z tytułu niniejszej umowy strony ponoszą odpowiedzialność solidarną.
- Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie, a w szczególności wynikających z:
  - nieprawidłowego i niezgodnego z obowiązującymi standardami postępowania medycznego oraz wymogami określonymi w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty udzielenia świadczenia zdrowotnego,

- b) niewykonania lub niewłaściwego wykonania obowiązków wynikających z niniejszej umowy,
  - c) nieprawidłowego wystawiania recept podlegających refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
  - d) przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,
  - e) nie prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy i niekompletny,
  - f) braku realizacji zaleceń pokontrolnych,
  - g) nieprawidłowego wprowadzania danych związanych z realizacją procedur, a wymaganych przez NFZ.
3. Udzielający zamówienia uprawniony jest do żądania od Przyjmującego zamówienie pokrycia szkody wyrządzonej niewykonaniem lub nienależytym wykonywaniem przez Przyjmującego zamówienie niniejszej umowy, w tym m.in. kosztów świadczeń nieopłaconych przez NFZ lub innych płatników z tego tytułu oraz kar umownych i obowiązków odszkodowawczych nałożonych na Udzielającego zamówienia przez NFZ lub innych płatników w umowach zawartych z Udzielającym zamówienia.

#### § 17

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:

- 1) posiadania polisy (umowy) ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U. 2019 r., poz. 866 z późn. zm.),
- 2) utrzymywania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia określonych w przepisach, o których mowa w pkt. 1,
- 3) zgłoszenia w księdze rejestrowej prowadzonej przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie, Szpitala Wolskiego im dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o., jako miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych oraz przedłożenia Udzielającemu zamówienia dokumentu potwierdzającego złożenie wniosku o w/w wpis w terminie 7 dni od daty podpisania niniejszej umowy pod rygorem rozwiązania umowy, o ile powyższy dokument nie został dołączony do umowy.
- 4) posiadania i przedłożenia zaświadczenia lekarza medycyny pracy dotyczącego uprawnień związanych ze świadczeniem usług i w tym zakresie wymogów sanitarno-epidemiologicznych.

#### § 18

1. W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do wydawania pacjentom zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania recept zgodnie z wymogami określonymi w przepisach prawa.
2. Realizując przedmiot umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do wystawiania recept na produkty lecznicze zlecone pacjentom w związku z udzielonymi im świadczeniami zdrowotnymi z zachowaniem wszelkich wymogów określonych przepisami prawa i wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia. Recepty wystawiane pacjentom w związku z wykonywaniem świadczeń objętych niniejszą umową.

#### § 19

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powziął wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jedn. Dz. U. z 2022 r., poz. 1233 z późn. zm.) oraz podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych, zgodnie z wymogami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że znany jest mu fakt, iż treść niniejszej umowy, a w szczególności przedmiot umowy i wysokość wynagrodzenia stanowią informację publiczną w rozumieniu art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jedn. Dz. U. z 2022 r., poz. 902 z późn. zm.), która podlega udostępnieniu w trybie przedmiotowej ustawy, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na udostępnienie w trybie ustawy, o której mowa w ust. 2, zawartych w niniejszej umowie dotyczących go danych osobowych w zakresie obejmującym imię i nazwisko, a także inne dane wymagane przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz dane w zakresie firmy.
4. Dla celów związanych z realizacją umowy Udzielający zamówienia upoważnia Przyjmującego zamówienie do przetwarzania danych osobowych pacjentów, którym Przyjmujący zamówienie udzielać będzie świadczeń zdrowotnych, w zakresie i dla celów związanych z realizacją zleconych niniejszą umową świadczeń zdrowotnych oraz wymaganych stosownymi przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przetwarzanie danych osobowych przez Przyjmującego zamówienie dokonywane jest w formie papierowej oraz w formie elektronicznej na sprzęcie informatycznym należącym do Udzielającego zamówienia i podlega przepisom regulującym zasady ochrony danych osobowych i procedurom obowiązującym u Udzielającego zamówienia i z tego tytułu Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność wynikającą z ww. przepisów oraz przepisów dotyczących ochrony danych osobowych. Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych oraz Oświadczenie podpisane przez Przyjmującego zamówienie stanowią integralną część umowy.

#### § 20

1. Przyjmujący zamówienie uprawniony jest do przerw w wykonywaniu świadczeń:
  - a. przerwy nie przekraczającej łącznie 26 dni kalendarzowych przypadającej w okresie obowiązywania niniejszej umowy z zastrzeżeniem ust. 2,
  - b. przerwy związanej z potwierdzonym udziałem Przyjmującego zamówienie w szkoleniach, sympozjach, zjazdach z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Skorzystanie z przerwy, o której mowa w ust. 1 wymaga zgody Udzielającego zamówienia.
3. Nie stanowi naruszenia warunków umowy nie udzielanie świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach, o których mowa w § 2, przez Przyjmującego zamówienie, w przypadku niezdolności do wykonywania świadczeń

spowodowanych chorobą, udokumentowanych zaświadczeniem lekarskim, o ile Przyjmujący zamówienie niezwłocznie powiadomi o tym fakcie Udzielającego zamówienia.

#### § 21

Udzielający zamówienia uprawniony jest do odsunięcia Przyjmującego zamówienie od wykonywania świadczeń zdrowotnych, na czas przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, w przypadku gdy do Udzielającego zamówienia wpłynie skarga lub zastrzeżenie dotyczące sposobu wykonywania, przez Przyjmującego zamówienie, świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, w tym związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej bądź przekazywaniem danych wymaganych przez NFZ.

#### § 22

Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:

- 1) z upływem czasu, na który została zawarta,
- 2) na mocy porozumienia Stron,
- 3) w wyniku oświadczenia każdej ze Stron z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia,
- 4) w wyniku oświadczenia Udzielającego zamówienia z zachowaniem tygodniowego okresu wypowiedzenia z przyczyn stanowiących rażące naruszenie warunków umowy, leżących po stronie Przyjmującego zamówienie, a dotyczących:
  - a. ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich niewłaściwej ilości i jakości;
  - b. nie przedstawiania w ustalonym niniejszą umową terminie wymaganych sprawozdań i informacji;
  - c. uzasadnionych skarg pacjentów, uznanych przez Udzielającego zamówienia zgodnie z procedurami przyjętymi w Szpitalu Wojskim, jeśli związane są one z naruszeniem postanowień niniejszej umowy lub przepisów prawa regulujących zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych;
- 5) w wyniku oświadczenia Udzielającego zamówienia z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, jeżeli Przyjmujący zamówienie narusza inne niż wskazane w pkt. 4) postanowienia umowy, istotne dla zapewnienia prawidłowej realizacji przedmiotu zamówienia,
- 6) w wyniku oświadczenia Udzielającego zamówienia z zachowaniem 3 dniowego okresu wypowiedzenia w przypadku braku finansowania świadczeń objętych umową przez publicznego płatnika (NFZ) lub zmiany przez Płatnika zasad finansowania świadczeń zdrowotnych w sposób uniemożliwiający Udzielającemu Zamówienie dotrzymanie warunków umowy.
- 7) z dniem następującym po dniu, w którym nastąpiło przekroczenie łącznej szacunkowej wartości umowy.

#### § 23

1. Udzielający zamówienia uprawniony jest do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli Przyjmujący zamówienie rażąco narusza istotne postanowienia umowy, tj.:
  - 1) utracił prawo wykonywania zawodu lub prawo to zostało w stosunku do niego zawieszona,
  - 2) przeniósł prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy na osobę trzecią bez zgody Udzielającego zamówienia,
  - 3) nie dotrzymał warunków określonych w § 17 ust. 1, 2 i 4 umowy,
  - 4) rażąco naruszył pozostałe istotne postanowienia niniejszej umowy.
2. Za rażące naruszenie pozostałych istotnych postanowień umowy, o których mowa w ust. 1 pkt. 4 uznaje się naruszenie obowiązków wynikających z § 3 i § 19 ust. 1 niniejszej umowy, którego Przyjmujący zamówienie nie zaniechał pomimo otrzymania od Udzielającego zamówienia pisemnego wezwania do jego zaprzestania lub naruszenie obowiązków związanych z bezpieczeństwem pacjentów lub zmiany przez Płatnika zasad finansowania świadczeń zdrowotnych w sposób uniemożliwiający Udzielającemu Zamówienie dotrzymania warunków umowy.

#### § 24

Udzielający zamówienia uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia w przypadku, w którym ulegnie rozwiązaniu umowa zawarta przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy w tym trybie Udzielający zamówienia złoży Przyjmującemu zamówienie na piśmie, niezwłocznie po uzyskaniu stosownej informacji.

#### § 25

Przyjmujący zamówienie uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku rażącego naruszenia postanowień niniejszej umowy dotyczących zwłoki w wypłacie wynagrodzenia, o którym mowa w § 9 ust. 5, tj. przekraczającej 30 dni, po uprzednim wcześniejszym pisemnym powiadomieniu Udzielającego zamówienia o stwierdzeniu powstania zwłoki w wypłacie w/w wynagrodzenia.

#### § 26

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie m.in. Kodeks cywilny oraz przepisy powołane w niniejszej umowie.
2. Realizację obowiązków wynikających z art. 304<sup>1</sup> Kodeksu pracy zapewnia Przyjmujący zamówienie.

#### § 27

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

#### § 28

Zmiany do umowy dokonywane są w formie pisemnego aneksu, pod rygorem nieważności.

#### § 29

Spory powstałe na tle realizacji niniejszej umowy, których nie uda się załatwić polubownie, rozpatruje Sąd powszechny właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.

\* w zależności od złożonej oferty

.....  
Przyjmujący zamówienie

.....  
Udzielający zamówienia

SPECJALISTA  
Dział Kadry i Szkoleń

Strona 5 z 6

Monika Lejman

Joanna Oleszek  
Radca prawny  
WA-12129  
Szpital Wojski

## OŚWIADCZENIE O STATUSIE DUŻEGO PRZEDSIĘBIORCY

Zgodnie z art. 4 c ustawy o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych z dnia 8 marca 2013 roku Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Marcina Kasprzaka nr 17, 01-211 Warszawa wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0001009228, posiadająca REGON: 011035381, NIP: 5273034710 spełniając obowiązek nałożony przedmiotową ustawą niniejszym oświadcza, że posiada status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu art. 4 pkt 6 ww. ustawy.

Przyjmujący zamówienie:

Udzielający zamówienia:

.....

.....

### Klauzula informacyjna RODO

1. Administratorem danych osobowych biorących udział w konkursie jest Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o., ul. Marcina Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej [iod@wolski.med.pl](mailto:iod@wolski.med.pl)
3. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO w zw. z art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. 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. Przysługuje prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od końca roku kalendarzowego, w którym umowa została wykonana, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania np. z uwagi na dochodzenie roszczeń.
8. Osobie, której dane dotyczą 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 zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy.
10. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o podane dane osobowe.

.....  
*podpis Przyjmującego zamówienie*









MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ

.....\*  
**miesiąc..... rok.....**

<b>Data udzielania świadczeń</b>	<b>Godziny od – do</b>	<b>Liczba wizyt</b>	<b>PROGRAM W RAMACH KTÓREGO WYKONANO ŚWIADCZENIE</b>
		Suma:	

(imię i nazwisko lekarza )

.....  
Pieczeń i podpis lekarza

.....  
Pieczeń i podpis Kierownika Poradni lub  
osoby wskazanej przez Udzielającego  
zamówienia

**Czy uzupełniono dokumentację medyczną:  - tak /  - nie \*\*)**

\*\* - zaznaczyć odpowiednie  
\*) - w zależności od wykonanej porady



MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM

miesiąc..... rok.....

.....  
(imię i nazwisko lekarza )


DZIEŃ	OD GODZINY	DO GODZINY	SUMA ŚWIADCZEŃ – PODANIA TOKSYNY BOTULINOWEJ W DANYM DNIU	PROGRAM W RAMACH KTÓREGO WYKONANO ŚWIADCZENIE
		Razem		

Czy uzupełniono dokumentację medyczną:  - tak /  - nie \*)

\*) – zaznaczyć odpowiednie

.....  
pieczęć i podpis lekarza

.....  
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej



.....  
.....

