

WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO  
I TRANSPORTU SANITARNEGO „MEDITRANS“  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI  
ZDROWOTNEJ W WARSZAWIE

00-685 Warszawa, ul. Poznańska 22  
tel: (0-22) 525-14-05 fax: (0-22) 525-13-80

NIP: 526-17-36-429

REGON: 000294674

WSPRITS/ZP/24/12

Warszawa, dnia 10.04.2012 r.

## SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

**Dotyczy:**

Postępowania konkursowego ogłoszonego przez Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” SPZOZ w Warszawie na:

**Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w ramach podwykonawstwa w Rejonie Operacyjnym nr 14/01 w obszarach działania**

1. Obszar: Błonie, Ożarów Mazowiecki, Stare Babice, Łomianki
2. Obszar: Legionowo, Jabłonna, Zegrze, Zegrze przystań, Serock
3. Obszar: Wołomin, Radzymin, Tłuszcz
4. Obszar: Sulejówek

## I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Do konkursu mogą przystąpić podmioty wymienione w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654 ze zm.), których działalność obejmuje przedmiot zamówienia.

2. „Szczegółowe warunki konkursu ofert na zawieranie umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego zwane dalej „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” określają:

- zakres świadczeń opieki zdrowotnej
- wymagania stawiane oferentom
- tryb składania ofert
- sposób przeprowadzenia konkursu
- tryb zgłaszania i rozpatrywania środków odwoławczych.

3. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty, oferent winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.

4. Oferent przystępujący do konkursu ofert powinien spełniać warunki określone w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.

## II. DEFINICJE I POJĘCIA

Ilekoć w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert” jest mowa o:

1. **Ofercie** – rozumie się przez to ofertę w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego złożoną przez oferenta zgodnie z przedmiotem zamówienia w formie pisemnej.
2. **Oferencie** – rozumie się podmioty o których mowa w art. 26. ustawy o działalności leczniczej
3. **Zamawiającym** – rozumie się przez to Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie
4. **Przedmiocie konkursu ofert / Przedmiot zamówienia** – rozumie się przez to zakres świadczeń zdrowotnych określony w pkt. III
5. **Formularzu ofertowym** – rozumie się przez to druk oferty stanowiący - **załącznik nr 2**

## III. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiot konkursu ofert obejmuje realizację świadczeń zdrowotnych ratownictwa medycznego w okresie **od 01.07.2012 r. do 31.06.2015 r.** udzielanych w ramach podwykonawstwa:

w Rejonie Operacyjnym Nr 14/01 w następujących obszarach działania:

**Zadanie 1.** Obszar: Błonie, Ożarów Mazowiecki, Stare Babice, Łomianki,

**Zadanie 2.** Obszar: Legionowo, Jabłonna, Zegrze, Zegrze przystań, Serock

**Zadanie 3.** Obszar: Wołomin, Radzymin, Tłuszcz

**Zadanie 4.** Obszar: Sulejówek

przez:

- Podstawowe zespoły ratownictwa medycznego
- Specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego
- Wodny podstawowy zespół ratownictwa medycznego (dotyczy Oddziału Zegrze przystań)

- **przedmiotem umowy w obszarze Sulejówek** jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych (pełniących funkcję kierowcy) oraz przy wykorzystaniu środków transportu, spełniających wymagania określone w Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne.

Poszczególne obszary działania obejmują następujące miejsca wyczekiwania (oddziały):

- **Zadanie 1:**
  - Oddział Błonie,
  - Oddział Ożarów Mazowiecki,
  - Oddział Stare Babice,
  - Oddział Łomianki
- **Zadanie 2:**
  - Oddział Legionowo,
  - Oddział Jabłonna,
  - Oddział Zegrze,
  - Oddział Zegrze przystań,
  - Oddział Serock
- **Zadanie 3**
  - Oddział Wołomin,
  - Oddział Radzymin,
  - Oddział Tłuszcz
- **Zadanie 4**
  - Oddział Sulejówek

Szczegółowy wykaz miejsc wyczekiwania i gmin w obszarach działania, kody terytorialne miejsc wyczekiwania, kody zespołów ZRM, ilości zespołów ratownictwa medycznego, ilość dni w roku, liczbę dni tygodnia i godzin na dobę, został przedstawiony w formie wykazu przedstawionego w **załączniku nr 1** do „Szczegółowych warunkach konkursu ofert” – formularz ofertowy.

#### **IV. OGÓLNE ZASADY KONKURSU OFERT**

Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych na poszczególne zadania.

Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Zamawiający stosuje zasady określone w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”

Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, unieważnienia konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny.

#### **V. WARUNKI STAWIANE OFERENTOM**

1. Wpis do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę lub Ministra Zdrowia. Posiadanie lub oświadczenie o dokonaniu wpisu, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej do dnia 30.06.2012 r.

2. Spełnienie wymagań dotyczących środków transportu wraz z wyposażeniem zgodnie z Polską Normą i Zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011r. nr 71/2011/DSM.
3. Spełnienie wymagań dotyczących kwalifikacji personelu do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011r. nr 71/2011/DSM oraz zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym ( Dz. U Nr 191 , poz. 1410 ze zm.).

lekarze systemu:

- ✓ *lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, z zastrzeżeniem art. 57;*
- ✓ *art.57 do dnia 31.12.2020 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii;*

- pielęgniarki systemu:

- ✓ *pielęgniarka która posiada tytuł specjalisty lub specjalizujący się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii;*
- ✓ *posiada co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach ww. specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym.*

- ratownicy medyczni:

- ✓ *ratownik, który posiada ukończone studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub ukończył policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej i posiada dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego „ratownik medyczny”,*

- kierowcy karetki

- ✓ *kierowca posiadający prawo jazdy kat. B lub C,*
- ✓ *spełnia warunki, o których mowa w art. 95a ust. 1 Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym,*
- ✓ *posiada aktualne orzeczenie psychologiczne przeprowadzone na podstawie art. 39d i art.39f ustawy z dnia 6 września 2001r. o transporcie drogowym,*

- osoby kierujące ambulansem wodnym (dot. Oddziału Zegrze przystań)

- ✓ *patent żeglarski stermotorzysty żeglugi śródlądowej – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dn.23.01.2003r. w sprawie kwalifikacji zawodowej i składu załóg statków śródlądowych ( Dz. U. Nr 50 poz. 427 ze zm.)*

4. Posiadanie przez cały okres obowiązywania umowy polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22.12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczej ( Dz. U Nr 293, poz. 1729).

5. Posiadanie tytułu prawnego do korzystania z:

a) lokali lub budynków będących miejscem stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego zlokalizowanych w obszarze działania (dotyczy Zadania 1-3),

- b) środków transportu medycznego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego,
- c) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie środków transportu sanitarnego.
6. Wskazane posiadanie certyfikatu ISO w zakresie usług ratownictwa medycznego – system ISO 9001:2008.
7. Wskazane posiadanie w ambulansach systemu transmisji zapisu EKG w ramach współpracy odpowiednio do oddziałów wykonujących PCI i leczenie trombolityczne i/lub SOR. Powyższa współpraca powinna zostać potwierdzona stosowną umową.
8. Posiadanie umowy/promesy (ważnej w dniu złożenia oferty) w sprawie warunków wykorzystywania radiowych kanałów częstotliwości z operatorem sieci radiokomunikacji ruchomej lądowej typu dyspozytorskiego o jednolitej strukturze w skali kraju, w zakresie częstotliwości zarezerwowanych przez prezesa Urzędu Komunikacji Elektronicznej dla systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
9. W przypadku miejsca wyczekiwania Oddział Zegrze przystań - zapewnienie usytuowania miejsca stacjonowania statków ratunkowych (ambulansów wodnych) w odległości do 100 m od miejsca siedziby stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego oraz do 50 m od lądowiska lub miejsca przystosowanego do lądowania dla śmigłowców oraz że miejsce to posiada akceptację Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.
10. Posiadanie (lub oświadczenie, że Oferent będzie posiadał do 31.05.2012 r.) systemu wspomagania dowodzenia obejmującego wszystkie zespoły ratownictwa medycznego, kompatybilnego z systemem nawigacyjnym Zamawiającego, który zapewnia następujące funkcje:
- rejestracja i zarządzanie zgłoszeniami oraz wyjazdami, z możliwością przekazywania zlecenia wyjazdu drogą elektroniczną do ambulansu oraz do miejsca stacjonowania,
  - ciągły monitoring pozycji geograficznych na podkładzie mapowym, na każdym stanowisku dyspozytorskim,
  - przekazywanie statusów drogą elektroniczną z ambulansu do stanowiska dyspozytorskiego, obrazujących etap realizacji zlecenia.

Funkcje zestawów nawigacyjnych używanych w ambulansach WSPRiTS MEDITRANS w Warszawie:

- Przekazywanie do systemu nawigacyjnego „Dispatcher” pozycji geograficznej ambulansu w czasie rzeczywistym. Pozycja ta jest stale wyświetlana na mapie nawigacyjnej na wszystkich stanowiskach dyspozytorskich:
  - przekazywanie pozycji ambulansu odbywa się ciągle niezależnie od tego czy ambulans znajduje się w ruchu czy jest na postoju,
  - w czasie jazdy pozycja przekazywana jest co 30 sekund lub po przejechanych 200m,
  - w czasie postoju pozycja przekazywana jest co 10 minut.
- Odbieranie wydruków zleceń wyjazdów przekazywanych z systemu dyspozytorskiego do ambulansów:
  - wyświetlanie treści zlecenia na ekranie terminala,
  - wydruk treści zlecenia przy pomocy drukarki termicznej.
- Przekazywanie z ambulansów do systemu dyspozytorskiego statusów informujących o zadaniach wykonywanych przez zespół:
  - status „wyjazd” - potwierdzający przyjęcie wezwania i wyjazd zespołu,
  - status „na miejscu” - informujący o przybyciu na miejsce wezwania,

- status „z pacjentem” - informujący o przyjęciu pacjenta na pokład ambulansu i jego transport do szpitala,
- status „w szpitalu” - informujący o przybyciu z pacjentem do szpitala,
- status „gotowy w mieście” – informujący o wolnym zespole na terenie miasta zamykający automatycznie zlecenie wyjazdu,
- status „gotowy w bazie” – informujący o wolnym zespole znajdującym się w stacji – zamykający automatycznie zlecenie wyjazdu,
- status „pomocy” - używany przez zespół znajdujący się w stanie zagrożenia,
- status „tankowanie” - informujący o tankowaniu pojazdu,
- status „awaria” - informujący o uszkodzeniu pojazdu,
- status „przerwa porządkowa” – informujący o czynnościach związanych z porządkowaniem ambulansu / mycie, odkażanie itp./,
- status „kontakt” - prośba o kontakt dyspozytora z zespołem

**11.** Posiadanie (lub oświadczenie, że Oferent będzie posiadał do 31.05.2012 r.) łączności z Centrum Dyspozytorskim Zamawiającego na warunkach:

- Telefon stacjonarny zainstalowany w każdym miejscu wyczekiwania.  
/ alternatywnie telefon bezprzewodowy w przypadku braku warunków technicznych wykonania łącza przez TPSA/.
- Telefon cyfrowy / łącze bezpośrednie z Centrum Dyspozytorskim/ realizowany przy pomocy łącza transmisji danych /  
/ po zrealizowaniu łącza transmisji danych przez TPSA/.
- Łącze transmisji danych połączone z drukarką sieciową do wykonywania wydruków zleceń wyjazdów z systemu dyspozytorskiego.  
/alternatywnie łącze bezprzewodowe w przypadku braku warunków technicznych wykonania łącza przez TPSA/.
- Radiotelefon stacjonarny z zasilaniem awaryjnym do utrzymywania łączności radiowej z Centrum Dyspozytorskim, Kanałem Ratunkowym i ambulansami.
- Telefony komórkowe w ambulansach.

**12.** Posiadanie doświadczenia w zakresie świadczenia usług medycznych ratownictwa medycznego w obszarze działania przez okres minimum 3 lat.

## **VI. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

**1.** Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu.

- Każdy oferent może złożyć jedną ofertę (dopuszcza się składanie ofert częściowych, z określeniem, na które Zadanie złożona jest oferta; w takiej sytuacji oferent wypełnia formularz ofertowy wskazując poszczególne zadania).
- Oferent, który złoży więcej niż jedną ofertę w danym zakresie zostanie odrzucony z postępowania.
- Nie dopuszcza się składania ofert wariantowych. Oferta zawierająca wariantowe propozycje cenowe zostanie odrzucona.

**2.** Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

**3.** Ofertę należy opracować na druku "OFERTA". Oferentowi nie wolno dokonywać żadnych zmian merytorycznych we wzorze druku „OFERTA”,

**4.** Oferta - pod rygorem jej odrzucenia - powinna być napisana w języku polskim (z wyłączeniem pojęć medycznych), na maszynie, komputerze lub ręcznie nieścieralnym atramentem oraz podpisana przez osobę / osoby upoważnione do reprezentowania oferenta.

5. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub nadane jako przesyłka pocztowa lub droga faksu, niezależnie od daty nadania, nie będą rozpatrywane.
6. Każda zapisana strona oferty powinna być parafowana przez osobę podpisującą ofertę.
7. Wszystkie dokumenty i oświadczenia sporządzone w językach obcych należy złożyć wraz z tłumaczeniem na język polski sporządzonym przez tłumacza przysięgłego.
8. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami na ponumerowanych stronach należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem:

*Nazwa Oferenta*

***Konkurs ofert  
na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa  
medycznego w ramach podwykonawstwa  
w rejonie operacyjnym nr 14/01***

***Nie otwierać przed 16.04.2012 r. godz. 10:00***

9. Oferta pod rygorem odrzucenia musi zawierać wszystkie wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu dokumenty wymienione w rozdziale VII.
10. Jeśli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii - poświadczenie, winien być opatrzony adnotacją: „za zgodność z oryginałem” i podpisany przez osobę składającą ofertę.
11. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
12. Ofertę przed upływem terminu składania ofert można zmienić lub wycofać.
13. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty winno zostać złożone w sposób i w formie przewidzianej dla oferty, z tym, że koperta winna być dodatkowo oznaczona określeniem „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.
14. Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości, a zamawiający nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.

## **VII. WYMAGANE DOKUMENTY**

1. Formularz ofertowy, stanowiący **załącznik nr 1**
2. Oświadczenie Oferenta o wpisie do rejestrów, stanowiące **załącznik nr 2**
3. W przypadku oferentów wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej – kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;
4. NIP,
5. REGON,

6. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz o akceptacji treści umowy – **załącznik nr 3**
7. Oświadczenie oferenta o spełnianiu warunków – **załącznik nr 4**
8. Zgłoszenie dot. środków transportu – **załącznik nr 5**
9. Wykaz personelu zespołu ratownictwa medycznego (suma średnich tygodniowych czasów pracy przypisanych poszczególnym grupom zawodowym musi wynosić 100% czasu funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego) – **załącznik nr 6 (dla Zadania 1-3) lub 7 (dla Zadania nr 4)**
10. Dokumenty dot. kwalifikacji osób, które będą udzielały świadczeń:

- lekarze:
  - dyplomy
  - prawa wykonywania zawodu
  - dokumenty specjalizacji lub karta szkolenia specjalizacyjnego
- pielęgniarki:
  - prawo wykonywania zawodu
  - zaświadczenia o ukończonych kursach
  - dyplom ukończenia szkoły
- ratownicy medyczni:
  - dyplom ukończenia szkoły oraz dokumenty określone w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, wymagane do wykonywania zawodu ratownika,
- kierowcy karetki
  - prawo jazdy kat. B lub C,
  - oświadczenie o posiadaniu aktualnego orzeczenie psychologiczne przeprowadzone na podstawie art. 39d i art.39f ustawy z dnia 6 września 2001r. o transporcie drogowym

*W rejonie Sulejówek tylko zgłoszenie i dokumenty dot. kierowcy - ratownika medycznego).*

- osoby kierującej ambulansem wodnym (dot. Oddziału Zegrze przystań)
  - patent żeglarski stermotorzysty żeglugi śródlądowej – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dn.23.01.2003 r. w sprawie kwalifikacji zawodowej i składu załóg statków śródlądowych (Dz. U. nr 50 poz. 427 ze zm.)

**11. Dokumenty rejestracyjne ambulansów.**

**12.**Umowa/promesa (ważna w dniu złożenia oferty) w sprawie warunków wykorzystywania radiowych kanałów częstotliwości z operatorem sieci radiokomunikacji ruchomej lądowej typu dyspozytorskiego o jednolitej strukturze w skali kraju, w zakresie częstotliwości zarezerwowanych przez prezesa Urzędu Komunikacji Elektronicznej dla systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

**13.** Umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22.12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczej ( Dz. U Nr 293, poz. 1729).



14. Umowa/porozumienie o współpracy z oddziałami wykonującymi PCI i leczenie trombolityczne i/lub SOR w zakresie systemu transmisji zapisu EKG z ambulansów – jeżeli dotyczy.

15. W celu potwierdzenia posiadania niezbędnej wiedzy i doświadczenia, Zamawiający żąda złożenia wraz z ofertą: oświadczenia o posiadanym doświadczeniu w zakresie świadczenia usług medycznych ratownictwa medycznego w obszarze działania przez okres minimum 3 lat.

16. Kopia certyfikatu ISO.

17. Akceptacja Pogotowia Lotniczego, o której mowa w Rozdział V pkt 9.

18. Dokumenty wymienione w ust.3-5,10-15 mogą być przedłożone w formie kopii, poświadczonych za zgodność z oryginałem przez oferenta.

### **VIII. ZASADY OCENY OFERT**

1. Zasady wyboru oferty.

Zamawiający wyłoni Oferenta, którego oferta:

- odpowiada wszystkim wymaganiom przedstawionym w SWK;
- przedstawia najkorzystniejszą ofertę, wg podanych kryteriów.

2. Kryteria oceny ofert

Oferty będą oceniane na podstawie następujących kryteriów:

**Cena: - 100%**

3. Cenę stanowić będzie wynagrodzenie Oferenta za jedną dobę :

a) zespołu ratownictwa medycznego (dla Zadania 1-3):

- podstawowego
- specjalistycznego
- ambulansu wodnego(P-0,25) – dotyczy Obszaru Zegrze przystań

b) świadczenia usług przez kierowcę-ratownika medycznego wraz z ambulansem ze sprzętem (dla Zadania 4).

4. W przypadku gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

5. W przypadku stwierdzenia w ofercie oczywistych omyłek pisarskich, oczywistych omyłek rachunkowych lub innych omyłek polegających na niezgodności oferty z SWK, niepowodujących istotnych zmian w treści oferty, Zamawiający poprawi je w tekście oferty niezwłocznie zawiadamiając o tym oferenta, którego oferta została poprawiona.

6. Oferta Wykonawcy, który w terminie 3 dni od dnia otrzymania zawiadomienia nie zgodził się na poprawienie omyłek, będzie podlegała odrzuceniu. Brak odpowiedzi ze strony oferenta będzie traktowany jako zgoda na poprawienie omyłek.

7. Należność Zamawiającego wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy stanowić będzie wynagrodzenie stanowiące iloczyn dni w danym miesiącu kalendarzowym i stawki za każdą dobę udzielania świadczeń zdrowotnych w karetce typu „S” i typu ”P”

## **IX. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

1. Ofertę w zamkniętej / zaklejonej kopercie opatrzonej napisami jak w Szczegółowych Warunkach Konkursu należy złożyć **do dnia 16.04.2012 r. do godz. 09:30** w Dziale Zamówień Publicznych, I piętro – Budynek Główny, pok. 102B.
2. Na swoje życzenie Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty wraz z numerem, jakim została oznakowana oferta.
3. Celem dokonania zmian bądź poprawek - Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją po modyfikacji ponownie, pod warunkiem zachowania wyznaczonego w SWK terminu składania ofert.
4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania po upływie terminu składania ofert.

## **X. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ W SPRAWACH DOTYCZĄCYCH SWK ORAZ CAŁEGO POSTĘPOWANIA**

1. Przed wyznaczonym terminem do składania ofert, Oferent może zwracać się do Zamawiającego o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych z SWK, sposobem przygotowania i złożenia oferty - kierując swoje zapytania na piśmie.

Pisemna odpowiedź zostanie zamieszczona na stronie internetowej Zamawiającego i przesłana wszystkim uczestnikom bez wskazania źródła zapytania.

Zamawiający nie ma obowiązku udzielania odpowiedzi na zapytania do SWK w wypadku ich złożenia w terminie późniejszym niż 3 dni przed wyznaczoną datą otwarcia ofert.

Do kontaktu z oferentami w sprawach jw. upoważniony jest:

**Agnieszka Sztorc**  
**Tel. (22) 52 – 51 – 293**  
**Budynek Główny – I piętro, pok. 102 B**

2. Wszystkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Oferenci przekazują pisemnie.

## **XI. TRYB WPROWADZANIA EWENTUALNYCH ZMIAN W SWK**

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert Zamawiający może zmodyfikować treść dokumentów składających się na Szczegółowe Warunkach Konkursu Ofert.
2. O każdej zmianie Zamawiający zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
3. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, Zamawiający może przedłużyć termin składania ofert. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania - Oferenta i Zamawiającego będą podlegały nowemu terminowi.

## **XII. TERMIN ZWIĄZANIA WARUNKAMI OFERTY**

Oferent związany jest ofertą przez okres **30 dni**, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert. Wniesienie protestu przerywa bieg terminu związania ofertą.

### **XIII. MIEJSCE I TRYB OTWARCIA OFERT**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu KOMISJI KONKURSOWEJ, które odbędzie się w siedzibie Zamawiającego w Sali konferencyjnej **dnia 16.04.2012 r. o godz. 10:00.**
2. Po otwarciu ofert komisja w trybie niejawnym dokona sprawdzenia ofert pod względem formalnym. Po ewentualnym uzupełnieniu przez oferentów braków w ofercie komisja:
  - a) dokona wyboru najkorzystniejszej oferty,
  - b) odrzuci oferty nie spełniające wymogów określonych w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
3. Odrzuca się ofertę:
  - złożoną przez Oferenta po terminie
  - zawierającą nieprawdziwe informacje
  - jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty, lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń.
  - jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia.
  - jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów
  - jeżeli Oferent złożył Ofertę alternatywną
  - jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, oraz w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
4. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez ZAMAWIAJĄCEGO.

### **XIV. OBOWIĄZKI ZAMAWIAJĄCEGO**

1. Zamawiający po otwarciu ofert, w obecności wszystkich Oferentów przekaze uczestnikom postępowania konkursowego informacje dotyczące:
  - nazwy (imię i nazwisko) Oferenta;
  - ceny oferty;
2. Zamawiający po zatwierdzeniu wyników konkursu przekaze wszystkim Oferentom:
  - nazwę (imię i nazwisko) Oferenta, którego ofertę uznano za najkorzystniejszą;
  - uzasadnienie wyboru oferty;
3. Oferent, którego ofertę uznano za najkorzystniejszą zostanie powiadomiony o wyborze i terminie zawarcia umowy po zakończeniu postępowania konkursowego i akceptacji wyników konkursu przez DYREKTORA ZAMAWIAJĄCEGO .

### **XV. ISTOTNE POSTANOWIENIA ZAWIERANEJ UMOWY**

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 1 lipca 2012 r. od godz. 00.00 do dnia 30 czerwca 2015 r. godz. 24.00.
2. Okres finansowania umowy na warunkach określonych w ofercie obowiązuje od 1 lipca 2012 r. do 31 grudnia 2012 r.
3. Warunki finansowania na rok 2013, 2014 i na okres od 01.01.2015 r. do 30.06.2015 r. zostaną określone po uzgodnieniach Zamawiającego z NFZ, w aneksie zawartym pomiędzy stronami niniejszej umowy.

4. W przypadku zmiany warunków finansowania przez NFZ „w górę” lub „w dół”, Zamawiający proporcjonalnie zmieni warunki finansowania dla podwykonawców.
5. Umowa wejdzie w życie od 1 lipca 2012 r. pod warunkiem zawarcia przez Zamawiającego umowy z NFZ na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwo medyczne od dnia 1 lipca 2012 r. do dnia 30 czerwca 2015 r., obejmującej swym zakresem przedmiot umowy z podwykonawcą.
6. Projekt umowy stanowi **załącznik nr 8** (dla Zadania 1-3) oraz **załącznik nr 9** (dla Zadania 4).

#### **XVI. FORMALNOŚCI, JAKIE POWINNY ZOSTAĆ DOPEŁNIONE W CELU ZAWARCIA UMOWY**

1. W przypadku braku protestów i odwołań oferent, który złożył najkorzystniejszą ofertę obowiązany jest podpisać umowę, zgodnie ze stawkami przedstawionymi w ofercie.
2. Umowa zostanie zawarta w terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia przekazania zawiadomienia o wyborze oferty albo w krótszym terminie, jeżeli w postępowaniu konkursowym na dane zadanie została złożona tylko jedna oferta.

#### **XVII. ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTOM**

Oferentowi przysługują środki odwoławcze zgodnie z art. 26 ustawy o działalności leczniczej w związku z art. 153 i 154 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 Nr 164 poz.1027 z późn. zm.):

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń w lokalu Zamawiającego.
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
7. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Zamawiającego, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

9. Po rozpatrzeniu odwołania Zamawiający podejmuje decyzję uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia wydania na tablicy ogłoszeń Zamawiającego.

Wykaz załączników do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert:

Załącznik nr 1 – druk oferty wraz z formularzem ofertowym (w tym szczegółowy wykaz miejsc wyczekiwania i ilość zespołów ratownictwa medycznego)

Załącznik nr 2 – oświadczenie oferenta o wpisie do rejestrów

Załącznik nr 3 – oświadczenie oferenta o akceptacji SWK i umowy

Załącznik nr 4 – oświadczenie oferenta o spełnianiu warunków

Załącznik nr 5 – zgłoszenie dotyczące środka transportu

Załącznik nr 6 – zgłoszenie dotyczące personelu zatrudnionego w zespołach ratownictwa medycznego (dla Zadania 1-3)

Załącznik nr 7 - zgłoszenie dotyczące personelu zatrudnionego w zespołach ratownictwa medycznego (dla Zadania 4)

Załącznik nr 8 – wzór umowy dla Zadania 1-3

Załącznik nr 9 – wzór umowy dla Zadania 4

Załącznik nr 10 – warunki łączności Świadczeniodawcy z Centrum Dyspozytorskim

Warszawa, dn. 11.04.2012 r.

DYREKTOR

Załącznik nr 1

....., dnia.....

.....  
pieczętka

# O F E R T A

## **I. Dane Oferenta:**

1. Nazwa podmiotu . . . . .

2. Adres . . . . .

3. Numer telefonu. . . . .

4. Adres e-mail. . . . .

## **II. Przedmiot oferty:**

Oferta dotyczy postępowania konkursowego ogłoszonego przez:

**WOJEWÓDZKĄ STACJĘ POGOTOWIA RATUNKOWEGO  
I TRANSPORTU SANITARNEGO „MEDITRANS” SPZOZ W WARSZAWIE  
UL. POZNAŃSKA 22  
00-685 WARSZAWA**

na:

**Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie  
ratownictwa medycznego w ramach podwykonawstwa  
w Rejonie Operacyjnym nr 14/01 w obszarach działania**

1. Obszar: Błonie, Ożarów Mazowiecki, Stare Babice, Łomianki
2. Obszar: Legionowo, Jabłonna , Zegrze, Zegrze przystań, Serock
3. Obszar: Wołomin, Radzymin, Tuszcz
4. Obszar: Sulejówek

*Nr postępowania: WSPRiTS/ZP/24/12*

### **III. Potwierdzenie spełnienia wymagań formalno - prawnych**

- wypełniony formularz ofertowy .....strony od ..... do.....
- oświadczenie o wpisie do rejestrów .....strony od ..... do.....
- kopia decyzji o nadaniu NIP .....strony od ..... do.....
- kopia decyzji o nadaniu REGON .....strony od ..... do.....
- kopia umowy spółki – *jeśli dotyczy* .....strony od ..... do.....
- zgłoszenie środków transportu .....strony od ..... do.....
- oświadczenie oferenta o akceptacji SWK i umowy .....strony od ..... do.....
- oświadczenie oferenta o spełnianiu warunków .....strony od ..... do.....
- zgłoszenie personelu zatrudnionego w zespołach rat. medycznego... strony od ..... do.....
- dokumenty personelu: .....strony od ..... do.....
  - dyplomy
  - prawa wykonywania zawodu
  - dokumenty specjalizacji lub karty szkolenia specjalizacyjnego
  - zaświadczenia
  - prawa jazdy
  - patent żeglarski stermotorzysty żeglugi śródlądowej (dot. Oddziału Zegrze przystań)
- dokumenty rejestracyjne ambulansów .....strony od ..... do.....
- kopia aktualnej polisy obowiązkowego ubezpieczenia .....strony od ..... do.....
- kopia umowy wykorzystania kanałów radiowych .....strony od ..... do.....
- oświadczenie o posiadanym doświadczeniu .....strony od ..... do.....
- umowa/porozumienie o współpracy w zakresie transmisji EKG – *jeżeli dotyczy*.....  
.....strony od ..... do.....
- kopia certyfikatu ISO – *jeżeli dotyczy*.....strony od ..... do.....
- akceptacja Pogotowia Lotniczego .....strony od ..... do.....
- inne dokumenty .....strony od ..... do.....

.....  
( pieczęć, podpis Oferenta)

Warszawa, dnia ..... r.

## FORMULARZ OFERTOWY

### Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w ramach podwykonawstwa w Rejonie Operacyjnym nr 14/01 w obszarach działania

NAZWA OFERENTA.....

ADRES.....

#### Zadanie 1. Obszar: Błonie, Ożarów Mazowiecki, Stare Babice, Łomianki

Wynagrodzenie za jedną dobę zespołu ratownictwa medycznego:

- podstawowego.....zł (słownie:.....zł)
- specjalistycznego.....zł (słownie.....zł)

Rodzaj zespołu	Ilość zespołów	Ilość dni	Stawka za 1 dobę	Wartość
S	2	184		
P	2	184		
<b>Razem:</b>				

#### Zadanie 2. Obszar: Legionowo, Jabłonna , Zegrze, Zegrze przystań, Serock

Wynagrodzenie za jedną dobę zespołu ratownictwa medycznego:

- podstawowego.....zł (słownie:.....zł)
- specjalistycznego.....zł (słownie.....zł)
- ambulansu wodnego(P-0,25).....zł (słownie .....zł)

Rodzaj zespołu	Ilość zespołów	Ilość dni	Stawka za 1 dobę	Wartość
S	2	184		
P	2	184		
P wodny	1	123		
<b>Razem:</b>				

#### Zadanie 3. Obszar: Wołomin, Radzymin, Tłuszcz

Wynagrodzenie za jedną dobę zespołu ratownictwa medycznego:

- podstawowego.....zł (słownie:.....zł)
- specjalistycznego.....zł (słownie.....zł)

Rodzaj zespołu	Ilość zespołów	Ilość dni	Stawka za 1 dobę	Wartość
S	1	184		
P	3	184		
<b>Razem:</b>				



#### Zadanie 4. Obszar: Sulejówek

Wynagrodzenie za jedną dobę ambulansu wraz z kierowcą -ratownikiem medycznym

- podstawowego.....zł (słownie:.....zł)
- specjalistycznego.....zł (słownie.....zł)

Rodzaj zespołu	Ilość zespołów	Ilość dni	Stawka za 1 dobę	Wartość
S	1	184		
P	1	184		
<b>Razem:</b>				

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy.

\*właściwe podkreślić

( pieczętka, podpis oferenta)

ZADANIA	MIEJSCE WYCZEKIWANIA	GMINY W OBSZARZE	KOD TERYTORIALNY miejsca wyczekiwania	Kod zespołu ZRM	ILOŚĆ ZRM	Ilość dni w roku pozostawania w gotowości zespołu ratownictwa medycznego	Liczba godzin na dobę pozostawania w gotowości zespołu ratownictwa medycznego	Liczba dni tygodnia pozostawania w gotowości zespołu ratownictwa
1	Oddział Błonie	Błonie, Leszno, Kampinos	1432014	1432014401	S - 1	365	24	7
	Oddział Ożarów Mazowiecki	Ożarów Mazowiecki	1432064	1432064201	P - 1	365	24	7
	Oddział Stare Babice	Stare Babice, Izabelin	1432072	1432072201	P - 1	365	24	7
	Oddział Łomianki	Łomianki, Czosnów (część)	1432054	1432054401	S - 1	365	24	7
2	Oddział Legionowo	Legionowo	1408011	1408011401	S - 1	365	24	7
	Oddział Jabłonna	Jabłonna	1408022	1408022201	P - 1	365	24	7
	Oddział Zegrze	Nieporęt, Wieliszew (część)	1408032	1408032201	P - 1	365	24	7
	Oddział Zegrze przystań	Jezioro Zegrzyńskie	1408032	1408032301	P (wodny)- 0,25*	184	12	7
3	Oddział Serock	Serock	1408044	1408044401	S - 1	365	24	7
	Oddział Wołomin	Kobyłka, Poświętne, Wołomin, Zielonka	1434124	1434124401	S - 1	365	24	7
				1434124201	P - 1	365	24	7
	Oddział Radzymin	Dąbrówka, Radzymin	1434094	1434094201	P - 1	365	24	7
Oddział Tłuszcz	Klembów, Tłuszcz	1434114	1434114201	P - 1	365	24	7	
4	Oddział Sulejówek	Sulejówek, Halinów, Wesoła, Wiązowna	1412151	1412151401	S - 1	365	24	7
				1412151201	P - 1	365	24	7

\*funkcjonuje od 01 maja do 31 października w godzinach 9:00-21:00

( pieczętka, podpis oferenta)

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

### OŚWIADCZENIE OFERENTA O WPISACH DO REJESTRÓW

1. Niniejszym oświadczam, że jako Oferent jestem:

- podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez ....., pod numerem .....
- praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez ....., pod numerem .....
- osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

- Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem .....
- nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

- Ewidencji Działalności Gospodarczej, prowadzonej przez ....., pod numerem .....
- Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- nie dotyczy

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm).

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć, podpis)

\*właściwie zaznaczyć

**Załącznik nr 3**

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

**OŚWIADCZENIE  
OFERENTA O AKCEPTACJI SWK I UMOWY**

Oświadczam, że jako Oferent występujący w postępowaniu konkursowym na realizację zamówienia na:

**Wykonywanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie ratownictwa medycznego w ramach podwykonawstwa  
w Rejonie Operacyjnym nr 14/01 w obszarach działania**

oświadczam, iż zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, SWK oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć, podpis oferenta)

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

## **OŚWIADCZENIE OFERENTA**

### **o spełnianiu warunków**

Oświadczam, że jako Oferent występujący w postępowaniu konkursowym na realizację zamówienia na:

### **Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w ramach podwykonawstwa w Rejonie Operacyjnym nr 14/01 w obszarach działania**

oświadczam, iż :

- 1) posiadam tytuł prawny do korzystania z: lokali lub budynków będących miejscem stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego (dla Zadania 1-3), środków transportu medycznego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie środków transportu sanitarnego,
- 2) spełniam wymogi sanitarno – epidemiologiczne dla pomieszczeń składających się na miejsce stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego (dla Zadania 1-3),
- 3) wyposażenie ambulansów typu „P” i „S” jest zgodne z Polską Normą i Zarządzeniem Nr 71/2011/DSM Prezesa NFZ,
- 4) posiadam/nie posiadam\* w ambulansach system teletransmisji zapisu EKG w ramach współpracy odpowiednio do oddziałów wykonujących PCI i leczenie trombolityczne i/lub SOR,
- 5) personel upoważniony do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zespole spełnia wymogi określone w Zarządzeniu nr 71/2011/DSM Prezesa NFZ,
- 6) posiadam/będę posiadał\* do dnia 31.05.2012 r. system wspomaganie dowodzenia obejmującego zespoły ratownictwa medycznego, kompatybilny z systemem nawigacyjnym Zamawiającego.
- 7) posiadam/będę posiadał\* do dnia 31.05.2012 r. łączność z Centrum Dyspozytorskim Zamawiającego na warunkach określonych w zał. nr 10 do SWK
- 8) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na cały okres obowiązywania umowy.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis oferenta)

\* - właściwe podkreślić

**Załącznik nr 5****ZGŁOSZENIE DOTYCZĄCE ŚRODKA TRANSPORTU**  
do Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego  
„Meditrans” SPZOZ.....  
Pieczęć podwykonawcy**Rodzaj zespołu: specjalistyczny/podstawowy/wodny podstawowy\*****Miejsce wyczekiwania: .....**

1	Marka	
2	Model	
3	Nr VIN	
4	Rok produkcji	
5	Nr rejestracyjny	
6	Pojemność silnika w cm3	
7	typ ambulansu	B / C*
8	Nr homologacji	
9	Data homologacji	
10	Czy środek transportu posiada umowę serwisową gwarantującą sprawność	TAK / NIE*
11	Czy środek transportu posiada atest	TAK / NIE*
12	Czy środek transportu spełnia wymagania dotyczące wyposażenia medycznego środka transportu zgodnego z aktualnie obowiązującą polską normą przenoszącą europejskie normy zharmonizowane oraz wytyczne Ministerstwa Zdrowia	TAK / NIE*
13	Czy środek transportu spełnia wymagania techniczne środka transportu drogowego określone w aktualnie obowiązującej polskiej normie przenoszącą europejskie normy zharmonizowane oraz wytyczne Ministerstwa Zdrowia	TAK / NIE*
14	Kod zespołu ZRM ( zgodnie z planem ratownictwa medycznego / kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych	...../.....

\*niewłaściwe skreślić

.....  
data i podpis osoby uprawnionejOświadczam, iż informacje zawarte w zgłoszeniu  
zgodne są ze stanem faktycznym.

**ZGŁOSZENIE DOTYCZĄCE PERSONELU ZATRUDNIONEGO  
W ZESPOŁACH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO**  
do Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego  
i Transportu Sanitarnego „Meditrans”  
*dla Zadania 1 do 3*

.....  
Pieczęć podwykonawcy

1	Imię i Nazwisko		
2	Nr PESEL		
3	Data zatrudnienia/zwolnienia/zmiana danych*		
4	Zatrudniony na stanowisku		
5	Średni miesięczny czas pracy godziny: minuty		
6	Średni tygodniowy czas pracy godziny: minuty		
7	Wykształcenie		
8	Uprawnienia zawodowe	nr prawa wykonywania zawodu	
		kod organu rejestrującego	
		data uzyskania	
9	Zawody i specjalności	Nazwa	
		Stopień specjalizacji	
		Data otwarcia/uzyskania*	
10	Kompetencje i umiejętności		
11	Doświadczenie zawodowe		
12	Czy kierowca posiada prawo jazdy kat. B lub C oraz spełnia warunki, o których mowa w art. 95a ust. 1 Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym		TAK / NIE* data uzyskania.....
13	Czy osoba kierująca ambulansem wodnym (dot. Oddziału Zegrze przystań) posiada patent żeglarski stermotorzysty żeglugi śródlądowej – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dn.23.01.2003r. w sprawie kwalifikacji zawodowej i składu załóg statków śródlądowych (Dz. U. nr 50 poz. 427 ze zm.)		TAK / NIE* data uzyskania.....

\* niewłaściwe skreślić

Oświadczam, iż informacje zawarte w zgłoszeniu  
zgodne są ze stanem faktycznym.

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)

## **NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPEŁNIANIA ZGŁOSZENIA**

1. Do WSPRiTS "Meditrans" zgłaszane są wszystkie zmiany dotyczące zatrudnienia, zwolnienia personelu oraz inne zmiany i informacji ujęte w zgłoszeniu.
2. Wiersz 1-7 – wypełniany jest dla wszystkich zatrudnionych.
3. Wiersz 8 – uzupełniany jedynie dla lekarza lub pielęgniarki.
4. Wiersz 9 – wypełniany dla wszystkich z określeniem głównego zawodu/specjalizacji.  
W przypadku kierowcy- ratownika medycznego pełniącego 2 funkcje proszę o wpisanie obu. Stopień specjalizacji i data otwarcia/uzyskania wypełniania jedynie dla lekarzy.
5. Wiersz 10 i 11– wypełniany w przypadku obowiązku posiadania zgodnie z wymogami.
6. Wiersz 12 – wypełniane tylko dla kierowców bądź kierowców-ratowników medycznych.

**ZGŁOSZENIE DOTYCZĄCE PERSONELU ZATRUDNIONEGO  
NA ZESPOŁACH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO**  
do Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego  
„Meditrans” SPZOZ

*(Sulejówek)*

.....  
Pieczęć podwykonawcy

1	Imię i Nazwisko		
2	Nr PESEL		
3	Data zatrudnienia/zwolnienia/zmiana danych*		
4	Zatrudniony na stanowisku		
5	Średni miesięczny czas pracy godziny:minuty		
6	Średni tygodniowy czas pracy godziny:minuty		
7	Wykształcenie		
8	Zawody i specjalności	Nazwa	
		Nazwa	
9	Kompetencje i umiejętności		
10	Doświadczenie zawodowe		
11	Czy kierowca posiada prawo jazdy kat. B lub C oraz spełnia warunki, o których mowa w art. 95a ust. 1 Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym		TAK / NIE* data uzyskania.....

\* niewłaściwe skreślić

.....  
( data i podpis osoby uprawnionej)

Oświadczam, iż informacje zawarte w zgłoszeniu  
zgodne są ze stanem faktycznym.

**NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPEŁNIANIA ZGŁOSZENIA**

1. Do WSPRiTS "Meditrans" zgłaszane są wszystkie zmiany dotyczące zatrudnienia, zwolnienia personelu oraz inne zmiany i informacji ujęte w zgłoszeniu.
2. Wiersz 1-7 – wypełniany jest dla wszystkich zatrudnionych.
3. Wiersz 8– wypełniany dla wszystkich z określeniem głównego zawodu/specjalizacji. W przypadku kierowcy- ratownika medycznego pełniącego 2 funkcje proszę o wpisanie obu.
4. Wiersz 9 i 10– wypełniany w przypadku obowiązku posiadania zgodnie z wymogami.



# **WZÓR UMOWY**

**dla Zadania 1-3**

**UMOWA**  
**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
**w zakresie ratownictwo medycznego**

zawarta w Warszawie dnia ..... roku, pomiędzy:

**Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Warszawie, ul. Poznańska 22, działającą na podstawie wpisu do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000061291 reprezentowaną przez:**

Artura Kameckiego – Dyrektora

zwanym w dalszej treści umowy **“Zamawiającym”**

a

.....,

reprezentowanym przez .....,

zwanym dalej **„Świadczeniodawcą”**.

Umowa zostaje zawarta na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( Dz. U. Nr 112 poz.654 ze zm.).

**§ 1. Przedmiot umowy**

1. Przedmiotem umowy jest wykonywanie przez Świadczeniodawcę świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne udzielanych osobom w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w miejscu wypadku lub zachorowania przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego w zakresach określonych w Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne.
2. Świadczenia, o których mowa w ust.1 będą udzielane przed Świadczeniodawcę w rejonie operacyjnym nr 14/01 w obszarze działania ..... jako podwykonawcę Zamawiającego w zawartej w tym zakresie umowy z NFZ. Lokalizacja miejsc wyczekiwania będzie zgodna z wytycznymi określonymi w Planie działania Państwowego Ratownictwa Medycznego dla Województwa Mazowieckiego. Miejsca wyczekiwania zlokalizowane będą pod adresem: .....  
.....
3. Świadczeniodawca oświadcza, że posiada tytuł prawny do korzystania z: lokali lub budynków będących miejscem stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, środków transportu medycznego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie środków transportu medycznego.

4. Świadczeniodawca zobowiązuje się wykonywać umowę zgodnie z zasadami i warunkami określonymi w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 139, poz. 1137).
5. Świadczeniodawca oświadcza, że spełnia wymagania dotyczące miejsca wyczekiwania, środka transportu oraz składu zespołów ratownictwa medycznego oraz kwalifikacji personelu do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne oraz złożoną ofertą.

## **§ 2. Organizacja udzielania świadczeń**

1. Świadczeniodawca oświadcza, że świadczenia zdrowotne w poszczególnych zakresach udzielane będą przez specjalistyczne i podstawowe zespoły ratownictwa medycznego wymienione w **załączniku nr 1** przy wykorzystaniu środków transportu i osób wskazanych w ofercie na formularzach wg wzorów stanowiących załączniki do SWK.
2. W dniu podpisania umowy, Świadczeniodawca zobowiązuje się zarejestrować umowę w Portalu NFZ – Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) jako podwykonawca, wraz ze wskazaniem wszystkich miejsc udzielania świadczeń (oddziałów), środków transportu oraz personelu - zgłoszonych w ofercie.
3. Świadczeniodawca zobowiązuje się do prowadzenia w Portalu NFZ – Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) konta podwykonawcy, w którym będą odnotowywane informacje dotyczące faktów związanych z działaniem Świadczeniodawcy jako podwykonawcy WSPRiTS „Meditrans” SPZOZ w Warszawie w świadczeniu usług zdrowotnych.
4. Osoby, o których mowa w ust.1 posiadają wymagane kwalifikacje określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996r o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 16 poz. 857 ze zm.) oraz ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191 poz.1410 ze zm.).
5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy , w szczególności osoby udzielające tych świadczeń, środki transportu oraz sprzęt (np. system dowodzenia lub system teletransmisji EKG), w postaci zgłoszenia stanowiącego załącznik nr 4 do umowy (w przypadku zmiany środka transportu powyżej 1 dnia) i zgłoszenia stanowiącego załącznik nr 5 do umowy (suma średnich tygodniowych czasów pracy przypisanych poszczególnym grupom zawodowym musi wynosić 100% czasu funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego) wraz z kserokopiami dokumentów świadczących o uprawnieniach i kwalifikacjach osób udzielających świadczeń, zgodnie z przepisami.
6. W przypadku dokonywania zmiany danych personelu medycznego Świadczeniodawca zobowiązuje się w ciągu 7 dni przed dokonaniem planowanej zmiany do zgłoszenia jej Zamawiającemu.

7. Świadczeniodawca zobowiązuje się na żądanie Zamawiającego do sporządzenia i przedstawienia innych wymaganych przez właściwe organy zestawień dotyczących udzielonych świadczeń zdrowotnych.
8. Świadczeniodawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w systemie całodobowym, z wyjątkiem wodnego podstawowego zespołu ratownictwa medycznego, funkcjonującego w godzinach 9:00 – 21:00.

### **§ 3. Warunki udzielania świadczeń**

1. Świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w przepisach w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Świadczeniodawca zapewnia gotowość do udzielania świadczeń, utrzymując w stałej dyspozycji i ciągłości dyżurowania obsadę kadrową, środki transportu wraz z niezbędnymi elementami wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zestaw leków i wyrobów medycznych, zgodnie z wymogami określonymi przez NFZ, przepisami odrębnymi oraz procedurami obowiązującymi u Zamawiającego w zakresie objętym niniejszą umową (np. receptariusz leków ratownictwa medycznego).
3. Świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów prawa.
5. Świadczeniodawca jest zobowiązany do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.
6. Świadczeniodawca jest zobowiązany zaopatrywać się we własnym zakresie w produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń na podstawie umowy.
7. Odbiór i utylizacja odpadów medycznych, wytwarzanych przez Świadczeniodawcę podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przepisami prawa, leży po stronie Świadczeniodawcy.
8. Świadczeniodawca zobowiązuje się do zapewnienia łączności z Centrum Dyspozytorskim Zamawiającego na warunkach określonych w załączniku nr 10 i stanowiącym załącznik nr 13 do umowy.
9. Świadczeniodawca oświadcza, że posiada system teletransmisji zapisu EKG dokonanego w ambulansie, odpowiednio do oddziałów wykonujących przezskórne interwencje wieńcowe (PCI) i leczenie trombolityczne i/lub SOR, współpraca potwierdzona umową/porozumieniem – jeżeli dotyczy.
10. Świadczeniodawca oświadcza, że najpóźniej do dnia 31.05.2012 r. będzie posiadał system wspomagania dowodzenia obejmujący wszystkie zespoły ratownictwa medycznego, kompatybilny z systemem nawigacyjnym Zamawiającego, który zapewnia

następujące funkcje:

- a) rejestracja i zarządzanie zgłoszeniami oraz wyjazdami, z możliwością przekazywania zlecenia wyjazdu drogą elektroniczną do ambulansu oraz do miejsca stacjonowania,
  - b) ciągły monitoring pozycji geograficznych na podkładzie mapowym, na każdym stanowisku dyspozytorskim,
  - c) przekazywanie statusów drogą elektroniczną z ambulansu do stanowiska dyspozytorskiego, obrazujących etap realizacji zlecenia.
- zgodnie z funkcjami zestawów nawigacyjnych używanych w ambulansach Zamawiającego.

#### **§ 4.**

1. W trakcie obowiązywania niniejszej umowy Świadczeniodawcy nie wolno świadczyć usług zdrowotnych na rzecz innych podmiotów w zakresie objętym niniejszą umową i nie może realizować w tym czasie zleceń od innych podmiotów oraz udzielać świadczeń, wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń, w szczególności leczenia szpitalnego, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej.
2. W trakcie trwania niniejszej umowy Świadczeniodawca zobowiązuje się nie polecać usług zakładów pogrzebowych ani prowadzić ich reklamy. a w szczególności nie będzie informować zakładów pogrzebowych o przypadkach stwierdzenia zgonu i adresach takich interwencji.
3. W przypadku powzięcia wiadomości przez Zamawiającego o naruszeniu postanowień ust. 1 i/lub ust. 2, Zamawiającemu przysługuje prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym.
4. Zamawiający nie dopuszcza możliwości zlecenia dalszego podwykonawstwa świadczeń zdrowotnych objętych umową.

#### **§ 5. Obowiązki Świadczeniodawcy**

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do wykonania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przepisami prawa, z należytą starannością zawodową, wykorzystując wiedzę i umiejętności medyczne, z poszanowaniem praw pacjenta i zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
2. Świadczeniodawca zobowiązuje się do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do znajomości i przestrzegania:
  - a) aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
  - b) zasad etyki oraz ogólnie przyjętych norm społecznych z poszanowaniem praw pacjenta,
  - c) standardów i procedur udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Zamawiającego, a w szczególności procedur zgodnych z zintegrowanym systemem zarządzania,
  - d) zasad wynikających z ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych
  - e) przepisów wewnętrznych WSPRiTŚ „Meditrans” – SP ZOZ w Warszawie w zakresie objętym umową.

4. Wykonawca zobowiązuje się do utrzymywania pojazdów w pełnej sprawności technicznej.
5. W przypadku awarii pojazdu Świadczeniodawca zobowiązuje się do natychmiastowego udostępnienia pojazdu zastępczego o odpowiednich standardach technicznych.
6. Koszty wszelkich przeglądów i napraw pojazdów i sprzętu oraz koszty eksploatacji obciążają Świadczeniodawcę.
7. Świadczeniodawca oświadcza, że pojazdy posiadają obowiązkowe ubezpieczenie OC.
8. Świadczeniodawca zobowiązuje się do utrzymania ważności polisy przez cały okres trwania umowy.

#### **§ 6.**

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 przez cały okres obowiązywania umowy. W przypadku przedłużenia ubezpieczenia, Świadczeniodawca zobowiązuje się przedstawić Zamawiającemu kopię nowej polisy co najmniej na 10 dni przed datą wygaśnięcia poprzedniej polisy.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest:
  - a) posiadać aktualne orzeczenia lekarskie dla personelu wchodzącego w skład zespołu ratownictwa medycznego, wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy, o braku przeciwwskazań do pracy tych osób na ich stanowiskach,
  - b) w przypadku osób kierujących pojazdem (karetkami) posiadać aktualne zaświadczenia wydane na podstawie art. 95a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108 poz. 908 ze zm.)
  - c) do przestrzegania przepisów bhp i p/poż. w tym zapewnienia wymaganych szkoleń.

#### **§ 7.**

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest w szczególności do:
  - a) realizowania zgłoszeń bez zbędnej zwłoki zgodnie z obowiązującymi procedurami i utrzymywania kontaktu radiowego z Centrum Dyspozytorskim,
  - b) utrzymywania w stałej sprawności technicznej dodatkowego środka łączności tj. telefonu komórkowego będącego na wyposażeniu ambulansu (w tym systematycznego doładowywania baterii).
  - c) zgłaszania się drogą radiową do Centrum Dyspozytorskiego w trakcie i po realizacji zlecenia wyjazdu
  - d) prowadzenia dokumentacji medycznej czytelnie, w sposób zgodny z wymogami i przepisami oraz prowadzenia innej dokumentacji wymaganej zgodnie z procedurami.
2. Obowiązujące druki i formularze oraz recepty zapewnia Zamawiający.

## **§ 8.**

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do noszenia przez osoby udzielające świadczeń ubrania ochronnego wraz z identyfikatorem wg wzorów określonych przez Zamawiającego lub przez niego zatwierdzonych.
2. Ubrania ochronne, o których mowa w ust.1 Świadczeniodawca zapewnia we własnym zakresie.

## **§ 9.**

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do zapoznania i przestrzegania przepisów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia, przepisów ustawy o ochronie danych osobowych oraz wewnętrznych przepisów i procedur obowiązujących u Zamawiającego w zakresie objętym umową.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do stałej współpracy z Zamawiającym w zakresie, w jakim będzie wymagała realizacja przedmiotu umowy.

## **§ 10. Odpowiedzialność świadczeniodawcy**

1. Świadczeniodawca ponosi solidarnie wraz z Zamawiającym odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby udzielające świadczeń oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń.
2. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

## **§ 11. Kontrola realizacji umowy**

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do poddania się kontroli Zamawiającego, Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, Wojewody Mazowieckiego oraz innych uprawnionych podmiotów na zasadach obowiązujących u Zamawiającego lub określonych w odrębnych przepisach oraz realizacji zaleceń pokontrolnych.
2. Kontrola obejmuje wykonywanie umowy, a w szczególności:
  - a) ocenę udzielanych świadczeń zdrowotnych,
  - b) sposób udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - c) prawidłowość prowadzenia wymaganej dokumentacji,
  - d) przestrzegania warunków udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymaganiami sanitarno - epidemiologicznymi określonymi w odrębnych przepisach oraz w procedurach zintegrowanego systemu zarządzania obowiązującego u Zamawiającego.
3. Zamawiający określa, iż osobą odpowiedzialną za prawidłową realizację przedmiotu zamówienia jest Z-ca Dyrektora ds. Medycznych, natomiast pracownikiem odpowiedzialnym za monitoring umowy jest: p. Ewa Ślęzak, zaś ze strony Świadczeniodawcy: p.....
4. Pełną kontrolę nad organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych sprawuje Dyrektor WSPRiTŚ „Meditrans” – SP ZOZ w Warszawie.

## § 12. Ryzyko gospodarcze

1. Świadczeniodawca rozlicza się z Urzędem Skarbowym, oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych we własnym zakresie.
2. Ryzyko gospodarcze, związane z wykonaniem niniejszej umowy ponosi Świadczeniodawca.
3. Odpowiedzialność wobec osób trzecich za rezultat czynności objętych umową oraz ich wykonywanie ponosi Świadczeniodawca.
4. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za wyrządzone szkody przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stosownie do przepisów kodeksu cywilnego.

## § 13. Warunki finansowania świadczeń

1. Strony uzgodniły łączną wartość umowy w okresie finansowania 01.07.2012 r. – 31.12.2012 r. na kwotę:  
..... zł (słownie ..... złotych)
  - a) .....zł (słownie .....złotych) za zespół ratownictwa medycznego „S”,
  - b) .....zł (słownie .....złotych) za zespół ratownictwa medycznego „P”,
  - c) .....zł (słownie .....złotych) za wodny podstawowy zespół ratownictwa medycznego (P-0,25) - ( \* dotyczy Oddziału Zegrze przystań)
2. Kwoty wymienione w ust.1 zawierając wszystkie koszty związane z wykonywaniem przedmiotu umowy.
3. Wysokość wynagrodzenia miesięcznego Świadczeniodawcy stanowi iloczyn dni w danym miesiącu kalendarzowym i stawki za dobę udzielania świadczeń zdrowotnych w danym rodzaju zespołu ratownictwa medycznego.
4. Zamawiający wypłaca należność na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr.....

## § 14.

1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym złożone przez Świadczeniodawcę.
2. Świadczeniodawca sporządza raport statystyczny w formie stanowiącej załączniki do niniejszej umowy:
  - a) zestawienie wykonanych świadczeń zespołów ratownictwa medycznego – **załącznik nr 6,**
  - b) zestawienie danych jednostkowych zespołów ratownictwa medycznego – **załącznik nr 7,**
  - c) zestawienie interwencji w przypadku udaru mózgu – **załącznik nr 8,**
  - d) zestawienie transportów międzyszpitalnych zespołami systemu – **załącznik nr 9,**
  - e) zestawienie wyjazdów do ostrych zespołów wieńcowych – **załącznik nr 10,**
  - f) roczne sprawozdanie statystyczne ZD z pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego- **załącznik nr 11.**



- g) Zestawienie zmian środków transportu zespołów ratownictwa medycznego trwających nie dłużej niż 1 dzień – **załącznik nr 12**
- Świadczeniodawca przekazuje Zamawiającemu raport statystyczny w formie papierowej (z wyjątkiem załącznika nr 6 i 7) i elektronicznej w terminie do 5 dnia każdego miesiąca kalendarzowego (z wyjątkiem załącznika nr 11 przekazywanego do 10 stycznia następnego roku).
  - Świadczeniodawca przekazuje raport w formie elektronicznej za pośrednictwem poczty firmowej udostępnionej przez Zamawiającego, na okres trwania umowy, w postaci dokumentu MS Excel zapisanego w formacie Excel 97-2003 z zabezpieczeniem wskazanym przez Zamawiającego hasłem.

#### **§ 15.**

- Świadczeniodawca sprawozdając wykonane przez zespoły ratownictwa medycznego procedury medyczne, posługuje się klasyfikacją procedur wg ICD 9, w tym pomocniczo listą procedur ICD 9 dedykowaną dla ratownictwa medycznego.
- W przypadku stwierdzenia przez NFZ lub Zamawiającego, w wyniku weryfikacji nieprawidłowości lub błędnych danych w przekazanych raportach statystycznych, Świadczeniodawca zobowiązany jest do ich skorygowania w terminie 2 dni roboczych od powiadomienia przez Zamawiającego o nieprawidłowościach.
- W wypadku, gdy korekta wymaga przedstawienia NFZ lub Zamawiającemu dokumentacji medycznej pacjenta, Świadczeniodawca przekazuje dokumentację w sposób określony w § 14 ust.3.

#### **§ 16.**

- Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wystawiony przez Świadczeniodawcę wraz z raportem statystycznym, o którym mowa w § 14, przekazany Zamawiającemu do 5 dnia danego miesiąca kalendarzowego za usługi wykonane w miesiącu poprzednim.
- Należność z tytułu wykonania umowy będzie przekazywana na konto bankowe Świadczeniodawcy w terminie 2 dni roboczych od daty otrzymania przez Zamawiającego płatności z NFZ, z zastrzeżeniem ust.3.
- W przypadku określonym w § 15 ust. 2 Zamawiający ma prawo wstrzymania wypłaty wynagrodzenia do czasu usunięcia nieprawidłowości. Zapłata należności przez Zamawiającego nastąpi w ciągu 2 dni roboczych od otrzymania zapłaty za świadczenia od NFZ.
- Za termin płatności przyjmuje się datę obciążenia rachunku Zamawiającego.

#### **§ 17. Kary umowne**

- Zamawiający zastrzega sobie prawo do potrącenia z rachunków lub faktur wystawianych przez Świadczeniodawcę za wykonane usługi zdrowotne (po wystawieniu noty obciążeniowej) nałożonej na niego przez NFZ kary w pełnej wysokości, w razie stwierdzenia niewykonania lub wykonania umowy przez Świadczeniodawcę niezgodnie z jej postanowieniami lub wymogami Funduszu.

2. Zamawiającemu przysługuje prawo zastosowania wobec Świadczeniodawcy kary umownej w wysokości 1% miesięcznego wynagrodzenia w przypadku:
  - a) niekompletnego umundurowania przez osoby udzielające świadczeń, jego braku lub stwierdzonego nadmiernego zużycia umundurowania
  - b) braku identyfikatora,
  - c) uzasadnionej skargi pacjenta lub kontrahenta Zamawiającego,
  - d) opóźnienia wyjazdu /np. spóźnienia do wyjazdu/,
  - e) braku kontaktu radiotelefonicznego z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy,
  - f) nie zgłaszania się do Centrum Dyspozytorskiego po realizacji zlecenia wyjazdu,
  - g) prowadzenia dokumentacji medycznej nieczytelnie lub w sposób niezgodny z wymogami i przepisami,
  - h) nie przestrzegania przepisów obowiązujących u Zamawiającego,
  - i) zachowania osób udzielających świadczeń niezgodnie z zasadami etyki oraz z ogólnie przyjętymi normami społecznymi.
3. O zastosowaniu kary każdorazowo Świadczeniodawca będzie powiadamiany w formie pisemnej.
4. Świadczeniodawca wyraża zgodę na potrącanie kwot, o których mowa w ust.1 i 2 z bieżących jego należności.
5. W przypadku braku możliwości potrącenia kwot w sposób, o którym mowa w ust. 4, Świadczeniodawca zobowiązuje się do uregulowania należności w terminie określonym w nocie obciążeniowej wystawionej przez Zamawiającego.

#### **§ 18. Okres obowiązywania umowy i jej rozwiązanie**

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 1 lipca 2012 r. od godz. 00.00 do dnia 30 czerwca 2015 r. godz.24.00.
2. Okres finansowania umowy na warunkach określonych w § 13 obowiązuje od 1 lipca 2012 r. do 31 grudnia 2012 r.
3. Warunki finansowania na rok 2013, 2014 i na okres od 1.01.2015 r. do 30.06.2015 r. zostaną określone po uzgodnieniach Zamawiającego z NFZ, w aneksie zawartym pomiędzy stronami niniejszej umowy.
4. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 - miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
5. Umowa może być rozwiązana przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach:
  - a) dopuszczenia się przez Świadczeniodawcę rażącego naruszenia postanowień umowy,
  - b) nieprzestrzegania warunków udzielania świadczeń zdrowotnych określonych przez NFZ,
  - c) nie przedłużenia polisy lub nie dostarczenia jej przedłużenia do Zamawiającego w terminie 2 dni od dnia wygaśnięcia poprzedniej polisy,
  - d) prowadzenia dokumentacji medycznej niezgodnie z wymaganiami i przepisami prawa,
  - e) zmiany Planu Działania Ratownictwa Medycznego dla Województwa Mazowieckiego.

6. Umowa ulega rozwiązaniu ze skutkiem natychmiastowym w razie zaistnienia okoliczności uniemożliwiających dalszą realizację umowy, a w szczególności:
  - a) likwidacji lub postawienia Świadczeniodawcy w stan upadłości,
  - b) wygaśnięcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Świadczeniodawcy i nie zawarcia nowej.
7. Świadczeniodawca zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Zamawiającego o zaistnieniu okoliczności o których mowa w ust. 6.

### **§ 19.**

1. Strony zgodnie ustalają, że niniejsza umowa wchodzi w życie pod warunkiem zawarcia przez Zamawiającego umowy z NFZ na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwo medyczne od dnia 1 lipca 2012 r. do dnia 30 czerwca 2015 r., objętych zakresem niniejszej umowy podwykonawstwa.
2. Strony zgodnie oświadczają, że w przypadku nie ziszczenia się warunku opisanego w ust.1 niniejsza umowa nie wejdzie w życie i Świadczeniodawca nie będzie dochodził żadnych roszczeń wobec Zamawiającego z tytułu nie wejścia w życie niniejszej umowy.

### **§ 20. Postanowienia końcowe**

1. Prawa i obowiązki stron niniejszej umowy nie mogą być przenoszone na osoby trzecie.
2. Sądem właściwym dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy jest sąd powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.
3. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

### **§ 21.**

1. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego, Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 139, poz. 1137).
2. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część:

- Zał. 1 – formularz ofertowy wraz ze szczegółowym wykazem miejsc wyczekiwania i ilości zespołów ratownictwa medycznego
- Zał. 2 – oświadczenie o wpisie do rejestrów
- Zał. 3 – oświadczenie oferenta o spełnianiu warunków
- Zał. 4 – zgłoszenie dotyczące środka transportu
- Zał. 5 – zgłoszenie dot. personelu zatrudnionego w zespołach ratownictwa medycznego
- Zał. 6 – 12 – raport statystyczny
- Zał. 13 – warunki łączności Świadczeniodawcy z Centrum Dyspozytorskim

**ZAMAWIAJĄCY**

**ŚWIADCZENIODAWCA**

# **WZÓR UMOWY**

**dla Zadania 4**

**UMOWA**  
**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
**w zakresie ratownictwo medycznego**

zawarta w Warszawie dnia ..... roku, pomiędzy:

**Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Warszawie**, ul. Poznańska 22, działającą na podstawie wpisu do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000061291 reprezentowaną przez:

Artura Kameckiego – Dyrektora

zwanym w dalszej treści umowy **“Zamawiającym”**

a

.....,

reprezentowanym przez .....,

zwanym dalej **„Świadczeniodawcą”**.

Umowa zostaje zawarta na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( Dz. U Nr 112 poz.654 ze zm.).

**§ 1. Przedmiot umowy**

1. Przedmiotem umowy jest wykonywanie przez Świadczeniodawcę świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne udzielanych osobom w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w miejscu wypadku lub zachorowania przez ratowników medycznych (pełniących funkcję kierowcy) oraz środki transportu, spełniające wymagania określone w Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne.
2. Świadczenia, o których mowa w ust.1 będą udzielane przed Świadczeniodawcę w rejonie operacyjnym nr 1 w obszarze działania Sulejówek jako podwykonawcę Zamawiającego w zawartej w tym zakresie umowy z NFZ.
3. Lokalizacja miejsca wyczekiwania (kod terytorialny–1412151) będzie zgodna z wytycznymi określonymi w Planie działania Państwowego Ratownictwa Medycznego dla Województwa Mazowieckiego i obejmować będzie gminy Sulejówek, Halinów, Wesoła, Wiązowna.
4. Świadczenia będą wykonywane w zespołach ratownictwa medycznego:
  - S – 1 – kod 1412151401
  - P – 1 – kod 1412151201

5. Świadczeniodawca oświadcza, że posiada tytuł prawny do korzystania ze: środków transportu medycznego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie środków transportu medycznego.
6. Świadczeniodawca zobowiązuje się wykonywać umowę zgodnie z zasadami i warunkami określonymi w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 139, poz. 1137).
7. Świadczeniodawca oświadcza, że spełnia wymagania dotyczące miejsca wyczekiwania, środka transportu oraz kwalifikacji kierowcy – ratownika medycznego do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, zgodnie z przepisami, z Zarządzeniem Prezesa NFZ oraz złożoną ofertą.

## **§ 2. Organizacja udzielania świadczeń**

1. Świadczeniodawca oświadcza, że świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu środków transportu i przez osoby wskazane w ofercie na formularzach wg wzorów stanowiących załączniki do SWK.
2. W dniu podpisania umowy, Świadczeniodawca zobowiązuje się zarejestrować umowę w Portalu NFZ – Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) jako podwykonawca, wraz ze środkami transportu oraz personelem - zgłoszonych w ofercie.
3. Świadczeniodawca zobowiązuje się do prowadzenia w Portalu NFZ – Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) konta podwykonawcy, w którym będą odnotowywane informacje dotyczące faktów związanych z działaniem Świadczeniodawcy jako podwykonawcy WSPRiTŚ „Meditrans” SPZOZ w Warszawie w świadczeniu usług zdrowotnych.
4. Osoby, o których mowa w ust.1 posiadają wymagane kwalifikacje określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191 poz.1410 ze zm.).
5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń, środki transportu oraz sprzęt (np. system dowodzenia lub system teletransmisji EKG), w postaci zgłoszenia stanowiącego załącznik nr 4 do umowy (w przypadku zmiany środka transportu powyżej 1 dnia) oraz zgodnego ze wzorem (suma średnich tygodniowych czasów pracy przypisanych poszczególnym grupom zawodowym musi wynosić 100% czasu funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego) wraz z kserokopiami dokumentów świadczących o uprawnieniach i kwalifikacjach osób udzielających świadczeń, zgodnie z przepisami.  
W razie zmiany środka transportu poniżej 1 dnia Świadczeniodawca zobowiązuje się przekazać Zamawiającemu dane o zmianie do 5 dnia następnego miesiąca kalendarzowego wg wzoru stanowiącego **załącznik nr 3 a** do umowy.

6. W przypadku dokonywania zmiany danych osób, o których mowa w ust.1 Świadczeniodawca zobowiązuje się w ciągu 7 dni przed dokonaniem planowanej zmiany do zgłoszenia jej Zamawiającemu.
7. Świadczeniodawca zobowiązuje się na żądanie Zamawiającego do sporządzenia i przedstawienia innych wymaganych przez właściwe organy zestawień dotyczących udzielonych świadczeń zdrowotnych.
8. Świadczeniodawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w systemie całodobowym.

### **§ 3. Warunki udzielania świadczeń**

1. Świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w przepisach w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odrębnych oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Świadczeniodawca zapewnia gotowość do udzielania świadczeń, utrzymując w stałej dyspozycji i ciągłości dyżurów obsadę kadrową, o której mowa w § 2 ust.1 oraz środki transportu wraz z niezbędnymi elementami wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, zgodnie z wymogami określonymi przez NFZ, przepisami odrębnymi oraz procedurami obowiązującymi u Zamawiającego.
3. Świadczeniodawca oświadcza, że osoby o których mowa w § 2 ust.1 będą udzielały świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności.
4. Świadczeniodawca zobowiązuje się do udzielania przez osoby, o których mowa w § 2 ust.1 świadczeń zdrowotnych we współpracy z pozostałymi członkami zespołu ratownictwa medycznego oraz wykonywania poleceń wyznaczonego przez Zamawiającego kierownika zespołu ratownictwa medycznego.
5. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów prawa.
6. Świadczeniodawca jest zobowiązany do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń przez osoby, o których mowa w § 2 ust.1.
7. Odbiór i utylizacja odpadów medycznych, wytwarzanych przez Świadczeniodawcę podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przepisami prawa leży po stronie Świadczeniodawcy.
11. Świadczeniodawca oświadcza, że posiada system teletransmisji zapisu EKG dokonanego w ambulansie, odpowiednio do oddziałów wykonujących przezskórne interwencje wieńcowe (PCI) i leczenie trombolityczne i/lub SOR, współpraca potwierdzona umową/porozumieniem – jeżeli dotyczy.

#### **§ 4.**

1. W trakcie obowiązywania niniejszej umowy Świadczeniodawcy nie wolno świadczyć usług zdrowotnych na rzecz innych podmiotów w zakresie objętym niniejszą umową.
2. Świadczeniodawca zapewniający gotowość do udzielania świadczeń nie może w czasie obowiązywania niniejszej umowy realizować zleceń od innych podmiotów oraz udzielać świadczeń, wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń, a w szczególności leczenia szpitalnego, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej.
3. W trakcie trwania niniejszej umowy Świadczeniodawca zobowiązuje się nie polecać usług zakładów pogrzebowych ani prowadzić ich reklamy, a w szczególności nie będzie informować zakładów pogrzebowych o przypadkach stwierdzenia zgonu i adresach takich interwencji.
4. W przypadku powzięcia wiadomości przez Zamawiającego o naruszeniu postanowień ust. 1 i/lub ust. 2 i 3, Zamawiającemu przysługuje prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym.
5. Zamawiający nie dopuszcza możliwości zlecenia dalszego podwykonawstwa świadczeń zdrowotnych objętych umową.

#### **§ 5. Obowiązki Świadczeniodawcy**

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby, o których mowa w § 2 ust.1 zgodnie z przepisami prawa, z należytą starannością zawodową oraz z wykorzystaniem wiedzy i umiejętności medycznych.
2. Świadczeniodawca zobowiązuje się do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do znajomości i przestrzegania:
  - a) aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
  - b) zasad etyki oraz ogólnie przyjętych norm społecznych z poszanowaniem praw pacjenta,
  - c) standardów i procedur udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Zamawiającego, a w szczególności procedur zgodnych z zintegrowanym systemem zarządzania,
  - d) zasad wynikających z ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych
  - e) przepisów wewnętrznych WSPRiTŚ „Meditrans” – SP ZOZ w Warszawie w zakresie objętym umową.
4. Świadczeniodawca zobowiązuje się do utrzymywania pojazdów w pełnej sprawności technicznej.
5. W przypadku awarii pojazdu Świadczeniodawca zobowiązuje się do natychmiastowego udostępnienia pojazdu zastępczego o odpowiednich standardach technicznych.
6. Koszty wszelkich przeglądów i napraw pojazdów i sprzętu oraz koszty eksploatacji obciążają Świadczeniodawcę.
7. Świadczeniodawca oświadcza, że pojazdy posiadają obowiązkowe ubezpieczenie OC.



8. Świadczeniodawca zobowiązuje się do utrzymania ważności polisy przez cały okres trwania umowy.

#### § 6.

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 przez cały okres obowiązywania umowy. W przypadku przedłużenia ubezpieczenia, Świadczeniodawca zobowiązuje się przedstawić kopię nowej polisy co najmniej na 10 dni przed datą wygaśnięcia poprzedniej polisy.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest posiadać aktualne orzeczenia lekarskie kierowców – ratowników medycznych, wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy, o braku przeciwwskazań do pracy tych osób na ich stanowiskach.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest posiadać dla osób kierujących pojazdem (karetkami) aktualne zaświadczenia wydane na podstawie art. 95a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108 poz. 908 ze zm.)

#### § 7.

Świadczeniodawca zobowiązany jest w szczególności do:

- a) realizowania zgłoszeń bez zbędnej zwłoki zgodnie z obowiązującymi procedurami i utrzymywania kontaktu radiowego z Centrum Dyspozytorskim,
- b) utrzymywania w stałej sprawności technicznej dodatkowego środka łączności tj. telefonu komórkowego będącego na wyposażeniu ambulansu (w tym systematycznego doładowywania baterii),
- c) zgłaszania się drogą radiową do Centrum Dyspozytorskiego w trakcie i po realizacji zlecenia wyjazdu.

#### § 8.

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do noszenia przez osoby udzielające świadczeń ubrania ochronnego wraz z identyfikatorem wg wzorów określonych przez Zamawiającego lub przez niego zatwierdzonych.
2. Ubrania ochronne, o których mowa w ust.1 Świadczeniodawca zapewnia we własnym zakresie.

#### § 9.

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do zapoznania i przestrzegania przepisów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia, przepisów ustawy o ochronie danych osobowych oraz wewnętrznych przepisów i procedur obowiązujących u Zamawiającego w zakresie objętym umową.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do stałej współpracy z Zamawiającym w zakresie, w jakim będzie wymagała realizacja przedmiotu umowy.

## **§ 10. Odpowiedzialność świadczeniodawcy**

Świadczeniodawca ponosi solidarnie z Zamawiającym odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby udzielające świadczeń oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń.

## **§ 11. Kontrola realizacji umowy**

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do poddania się kontroli Zamawiającego, Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, Wojewody Mazowieckiego oraz innych uprawnionych podmiotów na zasadach obowiązujących u Zamawiającego lub określonych w odrębnych przepisach oraz realizacji zaleceń pokontrolnych.
2. Kontrola obejmuje wykonywanie umowy, a w szczególności:
  - a) ocenę udzielanych świadczeń zdrowotnych,
  - b) sposób udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - c) przestrzegania warunków udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymaganiami sanitarno - epidemiologicznymi określonymi w odrębnych przepisach oraz w procedurach zintegrowanego systemu zarządzania obowiązującego u Zamawiającego.
3. Zamawiający określa, iż osobą odpowiedzialną za prawidłową realizację przedmiotu zamówienia jest Z-ca Dyrektora ds. Medycznych, natomiast pracownikiem odpowiedzialnym za monitoring umowy jest: p. Ewa Ślęzak, zaś ze strony Świadczeniodawcy: p.....
4. Pełną kontrolę nad organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych sprawuje Dyrektor WSPRiTŚ „Meditrans” – SP ZOZ w Warszawie.

## **§ 12. Ryzyko gospodarcze**

1. Świadczeniodawca rozlicza się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych we własnym zakresie.
2. Ryzyko gospodarcze, związane z wykonaniem niniejszej umowy ponosi Świadczeniodawca.
3. Odpowiedzialność wobec osób trzecich za rezultat czynności objętych umową oraz ich wykonywanie ponosi Świadczeniodawca.
4. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za wyrządzone szkody przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stosownie do przepisów kodeksu cywilnego.

## **§ 13. Warunki finansowania świadczeń**

1. Strony uzgodniły łączną wartość umowy w okresie finansowania 01.07.2012 r. – 31.12.2012 r. na kwotę:  
..... zł (słownie .....złotych)
  - a) .....zł (słownie .....złotych)  
za zespół ratownictwa medycznego „S”,
  - b) .....zł (słownie .....złotych)  
za zespół ratownictwa medycznego „P”.

2. Kwoty wymienione w ust.1 zawierają wszystkie koszty związane z wykonywaniem przedmiotu umowy.
3. Wysokość wynagrodzenia miesięcznego Świadczeniodawcy stanowi iloczyn dni w danym miesiącu kalendarzowym i stawki za dobę świadczenia usług przez kierowcę-ratownika medycznego wraz z ambulansem i ze sprzętem.
4. Podstawą rozliczeń i płatności za udzielone świadczenia jest rachunek złożony przez Świadczeniodawcę za dany miesiąc.
5. Należność z tytułu wykonania umowy będzie przekazywana na konto bankowe Świadczeniodawcy ..... w terminie 2 dni roboczych od daty otrzymania przez Zamawiającego płatności z NFZ.

#### **§ 14. Kary umowne**

1. W przypadku nałożenia na Zamawiającego przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub inny uprawniony podmiot kar umownych wynikających z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Zamawiającemu przysługuje prawo do obciążenia Świadczeniodawcy kwotą nałożonej na Zamawiającego kary.
2. Zamawiającemu przysługuje prawo zastosowania wobec Świadczeniodawcy kary umownej w wysokości 1% miesięcznego wynagrodzenia w przypadku:
  - a) niekompletnego umundurowania przez osoby udzielające świadczeń, jego braku lub stwierdzonego nadmiernego zużycia umundurowania,
  - b) braku identyfikatora,
  - c) uzasadnionej skargi pacjenta lub kontrahenta Zamawiającego,
  - d) opóźnienia wyjazdu /np. spóźnienia do wyjazdu/,
  - e) braku kontaktu radiotelefonicznego z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy,
  - f) nie zgłaszania się do Centrum Dyspozytorskiego po realizacji zlecenia wyjazdu,
  - g) nie przestrzegania przepisów obowiązujących u Zamawiającego,
  - h) zachowania osób udzielających świadczeń niezgodnie z zasadami etyki oraz z ogólnie przyjętymi normami społecznymi.
3. O wymierzeniu kary każdorazowo Świadczeniodawca będzie powiadamiany w formie pisemnej.
4. Świadczeniodawca wyraża zgodę na potrącanie kwot kar umownych z bieżących jego należności.
5. W przypadku braku możliwości potrącenia kwot w sposób, o którym mowa w ust. 4 , Świadczeniodawca zobowiązuje się do uregulowania należności w terminie określonym w nocie obciążeniowej wystawionej przez Zamawiającego.

#### **§ 15. Okres obowiązywania umowy i jej rozwiązanie**

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 1 lipca 2012 r. od godz. 00.00 do dnia 30 czerwca 2015 r. godz.24.00.
2. Okres finansowania umowy na warunkach określonych w § 13 obowiązuje od 1 lipca 2012 r. do 31 grudnia 2012 r.

3. Warunki finansowania na rok 2013, 2014 i na okres od 01.01.2015 r. do 30.06.2015 r. zostaną określone po uzgodnieniach Zamawiającego z NFZ, w aneksie zawartym pomiędzy stronami niniejszej umowy.
4. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 - miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
5. Umowa może być rozwiązana przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach:
  - a) dopuszczenia się przez Świadczeniodawcę rażącego naruszenia postanowień umowy,
  - b) nieprzestrzegania warunków udzielania świadczeń zdrowotnych określonych przez NFZ,
  - c) nie przedłużenia polisy lub nie dostarczenia jej przedłużenia do Zamawiającego w terminie 2 dni od dnia wygaśnięcia poprzedniej polisy,
  - d) zmiany Planu Działania Ratownictwa Medycznego dla Województwa Mazowieckiego
6. Umowa ulega rozwiązaniu ze skutkiem natychmiastowym w razie zaistnienia okoliczności uniemożliwiających dalszą realizację umowy, a w szczególności:
  - a) likwidacji lub postawienia Świadczeniodawcy w stan upadłości,
  - b) wygaśnięcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Świadczeniodawcy i nie zawarcia nowej.
7. Świadczeniodawca zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Zamawiającego o zaistnieniu okoliczności o których mowa w ust. 6.

#### **§ 16.**

1. Strony zgodnie ustalają, że niniejsza umowa wchodzi w życie pod warunkiem zawarcia przez Zamawiającego umowy z NFZ na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwo medyczne od dnia 1 lipca 2012 r. do dnia 30 czerwca 2015 r., objętych zakresem niniejszej umowy podwykonawstwa.
2. Strony zgodnie oświadczają, że w przypadku nie ziszczenia się warunku opisanego w ust.1 niniejsza umowa nie wejdzie w życie i Świadczeniodawca nie będzie dochodził żadnych roszczeń wobec Zamawiającego z tytułu nie wejścia w życie niniejszej umowy.

#### **§ 17. Postanowienia końcowe**

1. Prawa i obowiązki stron niniejszej umowy nie mogą być przenoszone na osoby trzecie.
2. Sądem właściwym dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy jest sąd powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.
3. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 139, poz. 1137).

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

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część:

- Zał. 1 – formularz ofertowy wraz ze szczegółowym wykazem miejsc wyczekiwania i ilości zespołów ratownictwa medycznego
- Zał. 2 – oświadczenie o wpisie do rejestrów
- Zał. 3 – oświadczenie oferenta o spełnianiu warunków
- Zał. 3a – zestawienie zmian środków transportu
- Zał. 4 – zgłoszenie dotyczące środka transportu
- Zał. 5 – zgłoszenie dot. personelu zatrudnionego w zespołach ratownictwa medycznego
- Zał. 6 – warunki łączności Świadczeniodawcy z Centrum Dyspozytorskim

**ZAMAWIAJĄCY**

**ŚWIADCZENIODAWCA**

**WARUNKI ŁĄCZNOŚCI ŚWIADCZENIODAWCY Z CENTRUM DYSPOZYTORSKIM**

- Telefon stacjonarny zainstalowany w każdym miejscu wyczekiwania.  
/ alternatywnie telefon bezprzewodowy w przypadku braku warunków technicznych wykonania łącza przez TPSA/.
- Telefon cyfrowy / łącze bezpośrednie z Centrum Dyspozytorskim/ realizowany przy pomocy łącza transmisji danych /.  
/ po zrealizowaniu łącza transmisji danych przez TPSA/.
- Łącze transmisji danych połączone z drukarką sieciową do wykonywania wydruków zleceń wyjazdów z systemu dyspozytorskiego.  
/alternatywnie łącze bezprzewodowe w przypadku braku warunków technicznych wykonania łącza przez TPSA/.
- Radiotelefon stacjonarny z zasilaniem awaryjnym do utrzymywania łączności radiowej z Centrum Dyspozytorskim, Kanałem Ratunkowym i ambulansami.
- Zestaw nawigacji satelitarnej przekazujący do Centrum Dyspozytorskiego pozycję ambulansu, odbierający wydruki zleceń w ambulansie i przekazywanie statusów do CD.
- Telefony komórkowe w ambulansach.