

Załącznik nr 1

Zdrowia

Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek

w Łapszach Niżnych

ul. Długa 169

34 – 442 Łapsze Niżne

FORMULARZ OFERTOWY

1. Ja,

działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy składającego ofertę:

Pełna nazwa:

.....

Adres

siedziby:.....

Adres do

korespondencji:.....

Telefon:

.....

E – mail:

.....

Numer faxu:

.....

E – mail:

.....

Numer wpisu do właściwego podmiotów leczniczych

.....

prowadzonego przez

.....

NIP

.....

REGON

.....

Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące realizacji świadczenia usługi w zakresie wykonywanie zdjęć i opisów RTG oraz badań mammografii dla SPGOZ w Łapszach Niżnych, oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Lp.	Nazwa badania	Szacunkowa liczba świadczeń na 12 miesięcy	Cena jednostkowa badania brutto	Wartość badania brutto	Termin wykonania badania i dostarczenia wyników
1.	Zdjęcie klatki piersiowej w projekcie AP i bocznej	170			3 dni robocze
2.	Zdjęcie klatki piersiowej w projekcie AP	160			3 dni robocze
3.	Zdjęcie kostne – w przypadku kręgosłupa w projekcie AP i bocznej (cały kręgosłup)	10			3 dni robocze
4.	Zdjęcie kostne – w przypadku kręgosłupa w projekcie AP i bocznej (odcinek)	140			3 dni robocze
5.	Zdjęcie kostne – w przypadku kończyn w projekcie AP i bocznej	170			3 dni robocze
6.	Zdjęcie kostne – w przypadku miednicy w projekcie AP i bocznej	140			3 dni robocze
7.	Zdjęcie czaszki	50			3 dni robocze
8.	Zdjęcie zatok	40			3 dni robocze
9.	Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej	10			3 dni robocze
10.	Mammografia	80			7 dni
RAZEM:					

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami umowy i nie wnoszę w stosunku do nich żadnych uwag.
- Oświadczam/y, że spełniam/y warunki udziału w postępowaniu oraz że w przypadku wyboru mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz.U. 2025 poz. 1461).

4. Zobowiązuję(jemy) się do wykonania przedmiotu zamówienia w terminie wskazanym w zapytaniu ofertowym.
5. Oświadczam/y, że jestem(śmy) związani niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania ofert.
6. Oświadczam/y, że zobowiązuję(jemy) się, w przypadku wyboru niniejszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym i ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Oświadczam/y, że nie podlegamy wykluczeniu na podstawie przepisów zabraniających udzielenia zamówienia podmiotom i osobom, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne¹.
8. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODOI) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

....., dnia

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela
wykonawcy

¹ Skreślić, jeśli wykonawca podlega wykluczeniu

Załącznik nr 2

PROJEKT UMOWY

Zawarta w dniu w Łapszach Niżnych pomiędzy :

**Samodzielnym Publicznym Gminnym Ośrodkiem Zdrowia w Łapszach Niżnych, ul. Długa 169,
KRS 0000003435, REGON: 490529927 NIP: 735-21-89-299,**

reprezentowanym przez: mgr Antoniną Jasińską – Kierownika

zwanym w dalszej części umowy **Zleceniodawcą**

a

.....
zwanym w dalszej części umowy **Zleceniobiorcą**

§1

1. Zleceniodawca zleca a Zleceniobiorca przyjmuje do wykonania świadczenia zdrowotne z zakresu badań mammografii oraz wykonywanie zdjęć i opisów RTG dla SPGOZ w Łapszach Niżnych, określonych w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
2. Wskazane w załączniku nr 1 ilości są wartościami maksymalnymi i Zleceniodawca będzie uprawniony do wykorzystania w trakcie trwania umowy dowolnej ilości z tych świadczeń, zgodnie z zaistniałym zapotrzebowaniem. Zleceniobiorca oświadcza, że nie będzie wnosił roszczeń z tytułu niewykorzystania przez Zleceniodawcę zamówienia w pełnym zakresie ilościowym lub wartościowym.
3. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do zmniejszenia bądź zwiększenia ilości poszczególnych badań z zastrzeżeniem, że wartość wszystkich świadczeń nie może przekroczyć kwoty wynagrodzenia umownego określonego w niniejszej umowie.

§2

1. Zleceniobiorca będzie wykonywał badania, o których mowa w §1 na podstawie imiennego skierowania, wystawionego przez Zleceniodawcę, które jest jednocześnie zamówieniem wykonania usługi.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się wykonać badania w terminie nie dłuższym niż do 5 dni od zgłoszenia.
3. Świadczenia określone w §1 będą udzielane w jednostce zlokalizowanej w ul.
4. Sposób rejestracji:.....

§3

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonania przedmiotu umowy z najwyższą starannością na poziomie odpowiadającym współczesnej wiedzy medycznej.
2. Zleceniobiorca przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność za zapewnienie udzielania świadczeń określonych w §1 ust. 1 przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach przewidzianych w obowiązujących przepisach.
3. Zleceniobiorca oświadcza, że sprzęt i aparatura medyczna wykorzystywana przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych spełnia wymagania określone w obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa i spełnia wymagania określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak również pomieszczenia, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne odpowiadają wymogom sanitarnym określonym w stosownych przepisach i odpowiadają wymogom Narodowego Funduszu Zdrowia.
4. Zleceniobiorca zobowiązany jest posiadania przez cały czas obowiązywania niniejszej umowy, umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń w zakresie niniejszej umowy. Warunki ubezpieczenia winny odpowiadać warunkom określonym w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz.U. 2025 poz. 1461Dz. U. z 2019 r., poz. 866).
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się do doręczenia Zleceniodawcy kopii stosownej polisy ubezpieczeniowej.
6. Zleceniobiorca oświadcza, że świadczenia wykonywane przez niego na podstawie umów z innymi podmiotami nie będą miały wpływu na ilość, jakość, koszt i terminowość udzielanych świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.
7. Zleceniobiorca na żądanie Zleceniodawcy w terminie 3 dni roboczych udzieli mu pisemnej informacji o przebiegu wykonywania umowy.
8. Zleceniobiorca w zakresie wykonywania umowy zobowiązany jest do:
 - a) prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i wymogami NFZ dotyczącymi publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
 - b) prowadzenia rejestru osób, którym udzielono świadczeń w ramach niniejszej umowy z przestrzeganiem przepisów dotyczących ochrony danych osobowych pacjentów.

§4

1. Zleceniobiorca wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.
2. Zleceniobiorca przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli Zleceniodawcy w zakresie niezbędnym dla ustalenia prawidłowości wykonywania niniejszej umowy.

§5

1. Całkowita wartość Umowy określonej w § 1 – według załącznika – opiewa na kwotę: zł brutto
(słownie:).

Z tytułu realizacji niniejszej umowy Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy wynagrodzenie za wykonanie świadczeń zdrowotnych według cen wymienionych w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.

2. Ceny wymienione w ust. 1 nie ulegnie zmianie przez czas trwania umowy.
3. Rozliczenie między stronami z tytułu świadczeń określonych niniejszą umową następuje miesięczne, na podstawie wystawionych przez Zleceniobiorcę faktur VAT.
4. Wraz z fakturą Zleceniobiorca przekaże Zleceniodawcy rozliczenie finansowe z realizacji umowy za dany miesiąc .
5. Rozliczenie, o którym mowa w ust. 2 niniejszej umowy obejmuje zestawienie wykonanych w danym miesiącu świadczeń zdrowotnych oraz koszt ich wykonania.
6. Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty należności w ciągu 14 dni od daty otrzymania faktury VAT na konto Zleceniobiorcy.

§6

1. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania niniejszej umowy na zasadzie określonej w obowiązujących przepisach prawa oraz w niniejszej umowie.
2. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność majątkową za straty i szkody poniesione przez Zleceniodawcę, w związku z wykonywaniem umowy, a będące następstwem zawinionego działania Zleceniobiorcy lub zaniechania, rażącego niedbalstwa lub braku należytej staranności. Do odpowiedzialności stosuje się przepisy k.c.
3. Strony ustalają odpowiedzialność Zleceniobiorcy z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania pojedynczego świadczenia wynikającego z niniejszej umowy w

formie kary umownej stanowiącej równowartość 200% wynagrodzenia brutto za dane wadliwe świadczenie. Kary umowne mają charakter zaliczany, co oznacza, iż w przypadku gdyby wysokość szkody przekroczyła wysokość kar umownych Zleceniodawca będzie mógł żądać odszkodowania uzupełniającego do wysokości poniesionej szkody.

§7

1. Umowa niniejsza zostaje zawarta na czas określony 12 miesięcy, od dnia 01.01.2026 r. do dnia 31.12.2026 r.
2. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia dokonany na piśmie, na koniec miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem ustępu następnego.
3. Podstawą wypowiedzenia umowy może być rażące naruszenie postanowień niniejszej umowy, w szczególności niewykonanie zobowiązań wynikających z umowy, nieterminowe wykonanie badań lub nieodpowiednia jakość świadczeń realizowanych przez Zleceniobiorcę.
4. Zleceniodawcy przysługiwało będzie, niezależnie od postanowień ustępów poprzednich, uprawnienie do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia (ze skutkiem natychmiastowym) w przypadku nieudokumentowania (najpóźniej w terminie 30 dni od daty zawarcia umowy) zawarcia przez Zleceniobiorcę umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w §3 ust. 4.

§8

Każda zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§9

Wszelkie ewentualne spory związane z niniejszą umową strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego miejscowo ze względu na siedzibę Zleceniodawcy.

§10

W sprawach nie uregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.

§11

1. Każda ze stron jest odrębnym Administratorem Danych Osobowych
2. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy i niewykorzystywania danych pozyskiwanych w związku z realizacją umowy przez okres trwania umowy i po jej zakończeniu dla potrzeb innych, niż potrzeby związane z

realizacją umowy, w szczególności zobowiązują się do przestrzegania ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2019 r., poz. 1781) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 z 2016 r. Nr 119 poz. 1) - RODO, a także ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r., poz. 581) oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r., poz. 917)

§12

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

Zleceniodawca

.....
.....

Zleceniobiorca

Klauzula informacyjna dla Przyjmującego zamówienie poniżej 30 tyś. euro

Szanowni Państwo,

zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE z 2016 Nr 119 poz. 1) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia w Łapszach Niżnych zwany dalej: „Administratorem”, ul. Długa 169, 34-442 Łapsze Niżne.
2. Inspektorem ochrony danych jest Krystyna Kałafut, adres: kkalafut@spgozln.pl.
3. Państwa dane przetwarzane są w celu związanym z udzieleniem zamówienia dla przyjmującego zamówienie poniżej 30 tyś. euro.
4. Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b oraz art. 6 ust.1 lit. c RODO.
5. Nie udostępniamy Państwa danych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa, upoważnionym pracownikom, podmiotom przetwarzającym na podstawie umowy powierzenia.
6. Państwa dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. zgodnie z obowiązującą w szpitalu Instrukcją Kancelaryjną, a jeżeli zostanie zawarta umowa, okres przechowywania obejmuje czas trwania umowy i 10 lat od jej zakończenia.
7. Posiadają Państwo prawo do żądania dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2; 00-193 Warszawa, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.
10. Państwa dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
11. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/ organizacji międzynarodowej.