

Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia  
w Łapszach Niżnych  
ul. Długa 169  
34 – 442 Łapsze Niżne

### FORMULARZ OFERTOWY

1. Ja, .....

działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy

Pełna nazwa: .....

Regon: .....

NIP: .....

Adres: .....

Telefon: .....

E – mail: .....

Dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe:

.....

odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące realizacji zamówienia świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania i opisywania badań ultrasonograficznych w obiekcie SPGOZ w Łapszach Niżnych, oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Lp.	RODZAJ BADANIA	ILIOŚĆ BADAŃ	CENA BRUTTO ZA 1 BADANIE
1	2	3	4
1.	USG jamy brzusznej i przestrzeni	360	

2.	USG tarczycy i przytarczycy	80	
3.	USG obwodowych węzłów chłonnych	180	
4.	USG ślinianek	50	
5.	USG nerek, moczowodów, pęcherza	50	
6.	USG piersi	50	
7.	USG Doppler tętnic szyjnych	80	
8.	USG Doppler naczyń kończyn dolnych	80	

1. Oświadczam/y, że do realizacji zamówienia skierujemy następujące osoby:

Imię i nazwisko	Kwalifikacja i wykształcenie

- 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).
- Oświadczam/y, że zapoznałem/am się z warunkami umowy i nie wnoszę w stosunku do nich żadnych uwag.
- Zobowiązuję(jemy) się do wykonania przedmiotu zamówienia w terminie wskazanym w zapytaniu ofertowym.
- 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 odpowiedzialne<sup>1</sup>.
8. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO) 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

---

<sup>1</sup> Skreślić, jeśli wykonawca podlega wykluczeniu

**PROJEKT UMOWA**  
**na świadczenie usług zdrowotnych**

zawarta dnia ..... w Łapszach Niżnych, pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Gminny Ośrodkiem Zdrowia w Łapszach Niżnych, ul. Długa 169, 34  
– 442 Łapsze Niżne, NIP: 735-21-89-299, REGON: 490529927, KRS: 0000003435,

zwanym dalej Zamawiającym,

reprezentowanym przez:

**mgr Antoninę Jasińską - Kierownika,**

a

.....  
.....NIP: ....., REGON: .....,

- lekarzem, specjalistą w dziedzinie ..... posiadającym prawo wykonywania zawodu nr ..... wydane przez Okręgową Izbę Lekarską w ....., będącą osobą wykonującą zawód w ramach prowadzonej działalności leczniczej w formie indywidualnej / specjalistycznej praktyki lekarskiej pod nr .....

zwanym w dalszej części umowy Wykonawcą

**§1**

Do niniejszej umowy mają zastosowanie w szczególności:

- ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (t.j. Dz.U. 2025 poz. 1071),
- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 450),
- ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i zawodzie dentysty (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1287),
- rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz.U. 2025 poz. 272),
- ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz.U. 2025 poz. 1461),
- Kodeks Etyki Lekarskiej.

## § 2

1. Niniejszą umową Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń medycznych w **zakresie badań USG jamy brzusznej i przestrzeni, tarczycy i przytarczycy, obwodowych węzłów chłonnych, nerek, moczowodów, pęcherza, piersi, ślinianek, doppler tętnic szyjnych oraz naczyń kończyn dolnych raz w tygodniu w okresie trwania umowy**
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo zlecenia mniejszej liczby świadczeń, zgodnie z bieżącym zapotrzebowaniem. Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują z tego tytułu żadne roszczenia.
3. Przez udzielanie świadczeń medycznych strony rozumieją udzielanie na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia i w jego imieniu, świadczeń zdrowotnych polegających w szczególności na badaniu stanu zdrowia pacjenta i diagnozowaniu chorób.
4. Wykonywanie badań będzie się odbywało dwa razy w miesiącu, w każdej z placówek Udzielającym Zamówienia naprzemiennie.
5. Przyjmujący Zamówienie nie może powierzyć wykonywania czynności realizowanych na podstawie niniejszej umowy innej osobie lub innemu podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą.
6. Świadcząc wymienione w ustępie 1 usługi Przyjmujący Zamówienie wykonuje zobowiązania Udzielającego Zamówienia wobec pacjentów i w tym zakresie działa na rzecz i w imieniu Udzielającego Zamówienia.

## § 3

1. Dla realizacji zadań objętych niniejszą umową Udzielający Zamówienia zabezpiecza Przyjmującemu Zamówienie:
  - a) dostęp do wszystkich środków i urządzeń medycznych (sprzętu i aparatury, znajdujących się na terenie SPGOZ, niezbędnych do wykonywania działalności w zakresie objętym umową),
  - b) utrzymanie w sprawności sprzętu, o którym mowa wyżej, a także jego konserwację i przeglądy,
  - c) odpowiednie warunki sanitarno-epidemiologiczne pomieszczeń,
2. Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystywać środków wymienionych w ust. 1 do udzielania innych niż objęte umową świadczeń zdrowotnych.

## § 4

1. Przyjmujący Zamówienie 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. Uprawnienia kontrolne Udzielającego Zamówienia obejmują:
  - a) prawo kontroli z przebiegu wykonywania i jakości udzielonych świadczeń,
  - b) żądanie informacji w zakresie wykonywanych usług w formie ustnej i pisemnej,

- c) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej.
- 3. Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na poddanie się kontroli NFZ w zakresie spełnienia wymagań określonych w szczegółowych materiałach informacyjnych z zakresu świadczeń zawartych w umowie.

## **§ 5**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest w szczególności do:

- a) wykonywania świadczeń określonych w §2 ust. 1, w terminie i zgodnie z wiedzą medyczną i Kodeksem Etyki Lekarskiej,
- b) udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku nie cierpiącym zwłoki,
- c) przestrzegania przepisów prawnych i regulaminów Udzielającego Zamówienia oraz innych wewnętrznych aktów normatywnych,
- d) prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- e) prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych,
- f) poddania się kontroli prowadzonej przez upoważnione osoby,
- g) ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2025 poz. 272).
- h) w przypadku awarii, kradzieży i tym podobnych zdarzeń Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest zgłosić Udzielającemu Zamówienia niezwłocznie o zaistniałych zdarzeniach.

## **§ 6**

1. Przyjmujący Zamówienie:

- a) odpowiada materialnie za sprzęt i aparaturę, jeśli w trakcie realizacji zadań wynikających z umowy nastąpiło ich uszkodzenie lub zniszczenie z jego winy,
- b) odpowiada za przypadkową utratę lub uszkodzenie rzeczy, jeżeli jej używa w sposób sprzeczny z umową, jej właściwościami lub z przeznaczeniem, albo gdy nie będąc do tego upoważniony przez umowę ani zmuszony przez okoliczności powierza rzecz innej osobie, a rzecz nie uległaby utracie lub uszkodzeniu, gdyby jej używał w sposób właściwy albo gdyby ją zachował u siebie,
- c) ponosi odpowiedzialność majątkową za straty i szkody poniesione przez Udzielającego Zamówienia w związku z wykonywaniem umowy, będących następstwem jego zawinionego działania lub zaniechania,
- d) ponosi odpowiedzialność za nieprzestrzeganie aktów normatywnych, w tym aktów wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego Zamówienia,
- e) ponosi odpowiedzialność wobec pacjenta lub osoby trzeciej w razie wyrządzenia pacjentowi lub osobom trzecim szkody w trakcie bądź w związku z wykonywaniem czynności objętej niniejszą umową,
- f) może być zobowiązany do zwrotu świadczeń poniesionych przez Udzielającego

Zamówienia, jeśli ten będzie zobowiązany do naprawienia szkody lub do zadośćuczynienia poszkodowanemu działaniem bądź zaniechaniem Przyjmującego Zamówienie,

- g) w przypadku awarii, kradzieży i tym podobnych zdarzeń Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest zgłosić Udzielającemu Zamówienia niezwłocznie o zaistniałych zdarzeniach.
2. W razie dochodzenia odszkodowania lub zwrotu zapłaconego odszkodowania w związku ze szkodami wyrządzonymi pacjentom lub osobom trzecim przy wykonywaniu świadczeń objętych niniejszą umową, strony obowiązują być przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące czynów niedozwolonych, w tym także w zakresie terminów przedawnienia roszczeń związanych z dochodzeniem zwrotów wypłaconych przez Udzielającego Zamówienia odszkodowań.

## **§ 7**

1. Z tytułu wykonania umowy Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał od Udzielającego Zamówienia wynagrodzenie łączne w wysokości nieprzekraczającej ..... zł
2. Podstawą rozliczenia będą ceny za poszczególne badania, zgodnie ze stawkami określonymi w Załączniku nr ..... Do niniejszej umowy.
3. Ceny wymienione w Załączniku nr 1 nie ulegną zmianie przez cały okres trwania umowy.
4. Rozliczenie dokonywane będzie miesięcznie, przy czym miesiące rozliczeniowe pokrywać się będą z miesiącami kalendarzowymi. Rozliczenie przestawiane będzie Udzielającemu Zamówienia w terminie do 14 dni od daty zakończenia miesiąca kalendarzowego.
5. Zapłata za wykonane świadczenia płatna będzie przelewem z dołu w terminie 7 dni od doręczenia Udzielającemu Zamówienie poprawnie wystawionych po zakończeniu miesiąca kalendarzowego rachunku lub faktury. Przez datę zapłaty rozumie się datę złożenia przez Udzielającego Zamówienie skutecznego polecenia przelewu.
6. W przypadku zwłoki w zapłacie Udzielający Zamówienia zapłaci Przyjmującemu Zamówienie odsetki ustawowe.

## **§ 8**

1. Umowa niniejsza obowiązuje od dnia 1 stycznia 2026 r. do dnia 31 grudnia 2026 r.
2. Umowa może zostać rozwiązana w każdym czasie na zasadzie porozumienia stron.
3. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Udzielający Zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia, ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie:
  - a) naruszy zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych wynikające ze sztuki lekarskiej,
  - b) wykona świadczenie zdrowotne o jakości odbiegającej od średniej przyjętej w stosunkach danego rodzaju,
  - c) wyrządzi szkody Udzielającemu Zamówienia lub pacjentowi, na rzecz którego świadczenia są udzielane,

- d) realizować będzie świadczenia nieterminowo (spóźnienie, oddalenie się z miejsca wykonywania świadczeń przed czasem),
- e) dopuści się czynu niezgodnego z zasadami etyki lekarskiej,
- f) odmówi bez uzasadnionej przyczyny poddania się kontroli, do której Udzielający Zamówienia uprawniony jest na podstawie niniejszej umowy,
- g) nie udokumentuje, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy przez Przyjmującego Zamówienie, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w § 6 pkt g), albo też nie kontynuowania tego ubezpieczenia w trakcie trwania niniejszej umowy.

#### **§ 9**

Wszystkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### **§ 10**

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

#### **§ 11**

W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności ustaw i rozporządzeń wskazanych w §1 umowy.

#### **§12**

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)

#### **§13**

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

**Zamawiający**

**Wykonawca**

### **Klauzula informacyjna dla Przyjmującego zamówienie poniżej 30 tys. 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 Łąpszach Niżnych zwany dalej: „Administratorem”, ul. Długa 169, 34-442 Łąpsze Niżne.
2. Inspektorem ochrony danych jest Krystyna Kałafut, adres: [kkalafut@spgozln.pl](mailto:kkalafut@spgozln.pl).
3. Państwa dane przetwarzane są w celu związanym z udzieleniem zamówienia dla przyjmującego zamówienie poniżej 30 tys. 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 podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
11. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/ organizacji międzynarodowej.