

Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie  
ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin

SZNSPZOZ.A-ZP- 3751-1/23/KSWI

**KONKURS OFERT**  
**na świadczenie usług w zakresie specjalistycznego postępowania  
poekspozycyjnego dla pracowników i osób współpracujących ze szpitalem**

Lublin, 30 stycznia 2023 r.

1

## 1. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE (zwany dalej: „ZAMAWIAJĄCYM”)

Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie ul. Abramowicka 2

Tel.: (81) 7443061, fax: (81) 7441079, NIP: 9462160056, REGON: 431019046,

KRS 0000004020

Godziny pracy: 7.00 -14.35

## 2. OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie przez przyjmującego zamówienie (zwanego dalej: „Przyjmującym zamówienie” lub” Wykonawcą”) usług w zakresie specjalistycznego postępowania poekspozycyjnego dla pracowników i osób współpracujących ze Szpitalem Neuropsychiatrycznym SPZOZ w Lublinie w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych, którzy ulegli ekspozycji na zakażenie HIV, HBV, HCV w tym podaniem leków antyretrowirusowych.

a) Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych dla pracowników narażonych na zakażenie: wirusem HIV, wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV), wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV), kierowanych przez Zamawiającego (udzielającego zamówienie).

b) Świadczenia realizowane będą na podstawie wystawionego przez Zamawiającego skierowania zawierającego: pieczęć identyfikacyjną Zamawiającego (udzielającego zamówienie), imię i nazwisko osoby kierowanej, PESEL oraz pieczęć i podpis osoby upoważnionej do wystawienia skierowania.

c) Świadczenia będą realizowane na terenie miasta Lublin

d) Świadczenia zdrowotne dla pracownika narażonego na zakażenie obejmować będą: Badanie lekarskie i konsultację specjalisty chorób zakaźnych, a następnie w zależności od potrzeb:

- wykonanie badań diagnostycznych ( morfologia krwi, bilirubina, transaminazy, amylaza, kreatynina, ALP, HCG

- wykonanie badań wirusologicznych i serologicznych: przeciwciała anti-HIV/ HIV Ag, HBsAg, przeciwciała anti-HBcIg/total, przeciwciała anti-HBs, przeciwciała anti-HCV, jakościowa ocena HCV-RNA

- podanie immunoglobuliny swoistej anty Hbs,

- podanie szczepionki przeciw WZW typu B,

- Profilaktykę poekspozycyjną zakażenia obejmującą: zastosowanie leków antyretrowirusowych, oraz do 5 wizyt kontrolnych. (ostatnia po 6 miesiącach od ekspozycji w przypadku narażenia na zakażenie HIV + HBV lub HIV + HCV) w terminach wyznaczonych, obejmujących udzielenie porady lekarskiej z realizacją laboratoryjnych badań diagnostycznych (w zależności od potrzeb) i wydaniem zaleceń,

e) Pracownik Zamawiającego w celu otrzymania świadczenia wymienionego w pkt. 1 będzie się zgłaszał jak najszybciej, maksymalnie do 48 godzin od ekspozycji w miejscu wskazanym w Umowie przez Przyjmującego Zamówienie.

f) W przypadku, gdy do ekspozycji doszło od osoby stanowiącej potencjalne źródło zakażenia:

- Zamawiający zobowiązuje się do dostarczenia opisanej próbki krwi od osoby stanowiącej potencjalne źródło zakażenia wraz ze skierowaniem w celu wykonania badań wirusologicznych: jedna próbka z krwią (system próżniowy na EDTA, min. 4,9 ml) zawierającą opis: imię i nazwisko oraz PESEL osoby, od której pobrano krew, data i godzina pobrania krwi, skierowania dotyczącego badania krwi osoby stanowiącej potencjalne źródło zakażenia zawierające: pieczęć identyfikacyjną Zamawiającego, imię i nazwisko,<sup>2</sup>

PESEL, czytelny podpis osoby pobierającej krew, miejsce, data i godzina pobrania krwi oraz pieczęć i podpis osoby upoważnionej do wystawienia skierowania.

- W zależności od potrzeb, u osoby stanowiącej potencjalne źródło zakażenia, Przyjmujący Zamówienie wykona badania wirusologiczne: HIV antygen i przeciwciała, HBs antygen, przeciwciała przeciw HCV. Koszt wykonanych badań wirusologicznych ponosi Zamawiający.

- Zamawiający dostarczy materiał w jak najkrótszym czasie /max. do 2 godz./, w zamkniętym

i oznakowanym pojemniku: „MATERIAŁ ZAKAŹNY” (torba termoizolacyjna, statyw, wkład chłodzący, termometr). Temperatura w pojemniku transportowym: 8°C – 15°C.

- Zamawiający odpowiedzialny będzie za uzyskanie zgody od osoby stanowiącej potencjalne źródło zakażenia na pobranie krwi w celu wykonania badań wirusologicznych oraz za prawidłowe pobranie i przygotowanie krwi oraz jej transport do Przyjmującego Zamówienie

- W przypadku, kiedy materiał nie został odpowiednio przygotowany i przetransportowany, Przyjmujący Zamówienie w trosce o jakość i wiarygodność wyniku, będzie mógł odstąpić od przyjęcia materiału i wykonania badań.

g) Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do posiadania leków antyretrowirusowych stosowanych w profilaktyce poekspozycyjnej zakażenia HIV („pogotowie lekowe”).

W przypadku konieczności wdrożenia w/w terapii lekowej, leki za pokwitowaniem odbioru będą wydawane do stosowania w warunkach domowych osobie skierowanej. Wydane leki antyretrowirusowe nie będą podlegały zwrotowi.

h) Przyjmujący Zamówienie zobowiązany będzie do należytego wykonania świadczeń będących przedmiotem umowy zgodnie z aktualnymi standardami realizacji profilaktyki poekspozycyjnej zakażenia HIV, HBV, HCV.

i) Przyjmujący Zamówienie zobowiązany będzie do poszanowania praw pacjenta oraz do zachowania w tajemnicy spraw związanych z udzielanymi w ramach niniejszej umowy świadczeniami zdrowotnymi.

2. Kwalifikacje: prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarz specjalisty w dziedzinie chorób zakaźnych.

3. Świadczone usługi będą w siedzibie Wykonawcy przez 7 dni w tygodniu całodobowo.

4. Sposób zapłaty za zrealizowane świadczenia: wynagrodzenie uzależnione od ilości zrealizowanych świadczeń.

5. Koordynacja i nadzór nad realizacją przedmiotu umowy: Marek Domański – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.

**CPV:** 85141000-9 Usługi świadczone przez personel medyczny.

### **3. PODSTAWY PRAWNE:**

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2022.633 t.j.)

2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022.2561 t.j.)

3. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz.1781)

4. Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r. (Dz.U.2022.1657 t.j.)

#### **4. TERMIN REALIZACJI USŁUG**

Umowa zostanie zawarta na okres 3 lat, począwszy od dnia 10.02.2023 r.

#### **5. WYKAZ WYMAGANYCH DOKUMENTÓW I ZAŁĄCZNIKÓW**

1. Formularz ofertowy (załącznik numer 1)
2. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z KRS podmiotu leczniczego poświadczające, że Przyjmujący zamówienie jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym.
3. Aktualna polisa OC:  
polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodą z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA FINANSÓW z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293 poz. 1728)
4. Pełnomocnictwa dla osób podpisujących ofertę upoważniające je do podpisania oferty w imieniu Przyjmujących zamówienie, o ile uprawnienie to nie wynika z przepisów prawa lub innych dokumentów.
5. W przypadku Przyjmujących zamówienie prowadzących działalność w ramach spółki cywilnej umowę spółki cywilnej.
6. Księga rejestrowa potwierdzająca wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zamawiający dopuszcza złożenie wydruku pierwszej strony księgi rejestrowej wraz ze stronami zawierającymi dane komórek organizacyjnych będących przedmiotem składanej oferty.

Dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii, wówczas każda strona kserokopii powinna być poświadczona **za zgodność z oryginałem** przez Przyjmującego zamówienie. W przypadku, gdy przedstawiona przez Przyjmującego zamówienie kserokopia dokumentu:

- 1) jest nieczytelna zamawiający może żądać przedstawienia czytelnej kopii
- 2) budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości, zamawiający może żądać oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu.

#### **6. WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERTY**

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim.
2. Oferta powinna zawierać wszystkie wymagane dokumenty, oświadczenia i załączniki,

o których mowa w punkcie 5 materiałów informacyjnych.

3. Wszystkie strony oferty powinny być spięte (zszyte) w sposób trwały, zapobiegający możliwości dekompletacji zawartości oferty.

4. Oferta powinna być podpisana przez osobę (osoby) uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu Przyjmującego zamówienie lub pełnomocników umocowanych do występowania w jego imieniu.

5. Wszystkie wpisy lub poprawki powinny być dodatkowo parafowane przez tę samą osobę lub osoby posiadające pełnomocnictwo do reprezentowania Przyjmującego zamówienie.

6. Oferta cenowa winna być sporządzona na druku lub jego kserokopii przygotowanym przez Zamawiającego stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych materiałów informacyjnych.

7. Zamawiający zaleca przygotowanie oferty w oparciu o wzory dokumentów stanowiące załączniki do materiałów informacyjnych. Wszystkie pola i pozycje tych wzorów winny być wypełnione, a w szczególności muszą zawierać wszystkie wymagane informacje i dane.

8. Koszt sporządzenia oferty ponosi Przyjmujący zamówienie.

9. Opakowania i oznakowanie ofert:

- oferta winna być składana w zamkniętej kopercie, w sposób gwarantujący zachowanie poufności jej treści zabezpieczającej jej nienaruszalność do terminu otwarcia ofert.

– na opakowaniu należy umieścić nazwę i adres ZAMAWIAJĄCEGO:

**Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**w Lublinie ul. Abramowicka 2**

z dopiskiem:

„Oferta – świadczenia poekspozycyjne 3751-1/23/KSWI”

## **7. OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W KONKURSIE (WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM)**

1. W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział Oferenci, którzy:

a) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie, potencjał techniczny oraz pracowników zdolnych do wykonania zamówienia ,

b) znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

c) są ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywania działalności.

-zgodnie z przepisami prawa i wymogami w tym zakresie

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest znać i przestrzegać obowiązujące ustawodawstwo w zakresie ochrony zdrowia oraz poznać obowiązujące w Szpitalu Neuropsychiatrycznym im.

Prof. Mieczysława Kaczyńskiego SPZOZ w Lublinie wewnętrzne instrukcje, regulaminy, zarządzenia i in. a w szczególności:

- a) Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022.2561 t.j.)
- b) Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2022.633 t.j.)
- c) Ustawę z dnia 05.12.1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2022.1731 t.j.)
- d) Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz.1781.)
- e) zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, obowiązujących w okresie trwania umowy.

4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzonej przez Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia lub inny podmiot zg. z obowiązującymi przepisami prawa.

5. Przyjmujący zamówienie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

6. Przyjmujący zamówienie jest odpowiedzialny za jakość, zgodność z warunkami technicznymi i jakościowymi opisanymi dla przedmiotu zamówienia. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za wykonywane usługi.

7. Przyjmujący zamówienie współpracuje w celu realizacji świadczeń z pracownikami etatowymi Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie i innymi pracownikami wykonującymi świadczenia zdrowotne dla Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego SPZOZ w Lublinie i odpowiada w całości za wykonywane i realizowane świadczenia zdrowotne.

8. Udzielający zamówienia nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez Przyjmującego zamówienie podczas wykonywania przedmiotu zamówienia.

9. Przyjmujący zamówienie określi telefony kontaktowe i inne ustalenia niezbędne dla sprawnego i terminowego wykonania zamówienia.

## **8. WYBÓR NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY**

1. Oferty muszą odpowiadać wymogom formalnym, postawionym w niniejszych materiałach informacyjnych.

### **2. Kryteria wyboru ofert**

Wybierając najkorzystniejszą ofertę komisja konkursowa będzie brała pod uwagę następujące kryteria:

<i>Lp.</i>	<i>Kryterium</i>	<i>Ranga</i> <i>W%=max.pkt.</i>
1	Cena	90% = 90 pkt
2	Jakość świadczeń	4% = 4 pkt
3	Kompleksowość świadczeń	2% = 2 pkt
4	Dostępność świadczeń	2% = 2 pkt
5	Ciągłość świadczeń	2% - 2 pkt

**Sposoby oceny poszczególnych kryteriów:**

- **cena** =  $90\% \times (\text{najniższa oferta cenowa}^*) / \text{analizowana oferta cenowa}^* \times 100$

- **jakość świadczeń** ocena dokonywana będzie w oparciu o zadeklarowany czas rozpoczęcia konsultacji lekarskiej od chwili zgłoszenia się pacjenta do miejsca wskazanego w ofercie do realizacji usługi w zakresie specjalistycznego postępowania poekspozycyjnego dla pracowników i osób współpracujących ze szpitalem

- zadeklarowany czas rozpoczęcia konsultacji lekarskiej od chwili zgłoszenia się pacjenta do miejsca wskazanego w ofercie do realizacji usługi w zakresie specjalistycznego postępowania poekspozycyjnego dla pracowników i osób współpracujących ze szpitalem **do 1 godziny** - uzyska 4 pkt;

- zadeklarowany czas rozpoczęcia konsultacji lekarskiej od chwili zgłoszenia się pacjenta do miejsca wskazanego w ofercie do realizacji usługi w zakresie specjalistycznego postępowania poekspozycyjnego dla pracowników i osób współpracujących ze szpitalem **do 2godziny** - uzyska 1 pkt;

- **kompleksowość świadczeń** - dokonana będzie w oparciu o złożone w formularzu Oferty oświadczenie dotyczące realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców:

realizacja świadczeń zdrowotnych bez udziału podwykonawców:

- oferta, w której zaznaczono odpowiedź TAK - uzyska 2 pkt,
- brak wyboru lub odpowiedź NIE oznacza przyznanie 0 pkt.

- **dostępność świadczeń** - dokonana będzie w oparciu o złożoną w formularzu Oferty deklarację, że Przyjmujący Zamówienie będzie:

-świadczył usługi w siedzibie Przyjmującego zamówienie usytuowanej na terenie miasta Lublin – oferta uzyska 2 punkty

-świadczył usługi w siedzibie Przyjmującego zamówienie usytuowanej max 10 km od granic miasta Lublin – oferta uzyska 0 punktów

- **ciągłość świadczeń** - dokonana będzie w oparciu o złożoną w formularzu Oferty deklarację, że Przyjmujący Zamówienie będzie:

- świadczył usługi przez 7 dni w tygodniu całodobowo wraz z możliwością hospitalizacji w siedzibie Przyjmującego zamówienie – oferta uzyska 2 punkty

- świadczył usługi przez 7 dni w tygodniu całodobowo bez możliwości hospitalizacji w siedzibie Przyjmującego zamówienie – oferta uzyska 0 punktów

3. Cena oferty uwzględnia wszystkie zobowiązania i koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia, musi być podana w PLN cyfrowo i słownie.

4. Przyjmujący zamówienie zostaną powiadomieni niezwłocznie o wyborze oferty. Zamawiający poda nazwę i adres wykonawcy, którego ofertę wybrano oraz jej cenę.

## **9. TERMINY KONKURSU**

### **9.1. Termin i miejsce składania ofert**

Oferty należy składać w terminie do dnia **7 lutego 2023 r. do godz. 10:00** w Kancelarii Szpitala przy ul. Abramowickiej 2, 20-442 Lublin.

### **9.2. Termin i miejsce otwarcia ofert**

Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **7 lutego 2023 r. o godz. 10:10** w siedzibie Zamawiającego w Lublinie przy ul. Abramowickiej 2 (w Sali Konferencyjnej Szpitala).

### **9.3. Termin związania ofertą**

Przyjmujący zamówienie pozostają związani złożoną przez siebie ofertą przez **30 dni** licząc od upływu terminu do składania ofert.

## **10. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

Osobami uprawnionymi do kontaktów z Przyjmującym zamówienie są:

1. Katarzyna Świtacz (tel.: 81/ 728 6524)
2. Ewa Ćwirzeń (tel.: 81/ 72 86 377)

## **11. ŚRODKI ODWOŁAWCZE**

1. Wykonawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w art. 152 do 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022.2561 t.j.).

2. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje **protest** do Komisji Konkursowej i **odwołanie** do Dyrektora Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego SPZOZ w Lublinie.

### **Protest**

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć 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 oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie.

6. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja Konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.

### **Odwołanie**

1. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego SPZOZ w Lublinie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

2. Odwołanie jest rozpatrywane w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

3. Informację o wniesieniu odwołania i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie.

## 12. ZAWARCIE UMOWY

Wykonawca jest obowiązany zawrzeć umowę zgodną ze wzorem stanowiącym załącznik 2 do materiałów informacyjnych w terminie określonym przez Zamawiającego.

## 13. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania ofert.

## 14. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

Załącznik numer 1 - Formularz oferty

Załącznik numer 2 - Wzór umowy

Załącznik numer 3 - Klauzule Informacyjne

**Opracowała komisja konkursowa w składzie:**

.....

.....

.....

**ZATWIERDZAM**  
**DYREKTOR**  
**Szpitala Neuropsychiatrycznego**  
**Samodzielnego Publicznego ZOZ**

*Dr n. med. Piotr Dreher*

## Formularz Oferty

Nazwa Przyjmującego Zamówienie:.....

Adres\*.....

tel.\*.....

REGON\*.....

NIP\*.....

E-mail\* na który Zamawiający ma przesłać korespondencję.....

Nr księgi rejestrowej ..... potwierdzający wpis do rejestru  
podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych

1. Oferujemy realizację zamówienia:

w cenie brutto [**Kryterium Cena**] -.....w tym zw stawka podatku VAT(słownie cena brutto .....  
.....)

W tym:

Lp.	Rodzaj Usługi ( na podstawie umowy)	Szacunkowa liczba badań	Cena jednostkowa
1	<b>Porada lekarska/konsultacja specjalisty chorób zakaźnych</b>	45	
2	<b>Wykonanie badań diagnostycznych w zależności od potrzeb:</b>		
a)	Morfologia krwi pełna z analizatora	45	
b)	Morfologia krwi pełna z analizatora+ rozmaz manualny	45	
c)	Amylaza	45	
d)	Lipaza	45	
e)	Gamma- glutamylotransferaza (GGTP)	45	
f)	Aminotransferaza alaminowa (ALT)	45	
g)	Aminotransferaza asparginowa (AST)	45	
h)	Bilirubina całkowita	45	
i)	Fosfataza alkaliczna (ALP)	45	
j)	Glukoza	45	
k)	Kreatynina	45	
l)	Mocznik	45	
ł)	Sód	45	
m)	Potas	45	
3	<b>Badania wirusologiczne osoby narażonej na zakażenie/materiału biologicznego pochodzącego od osoby będącej źródłem zakażenia, w zależności od potrzeb:</b>		
a)	HIV antygen i przeciwciała (HIV DUO)	45	
b)	HBs antygen	45	
c)	HBs antygen z testem potwierdzenia (HBs-Ag)	45	
d)	HBs antygen – test ilościowy	45	

e)	Przeciwciała przeciw Hbs( anty- HBs)	45	
f)	Przeciwciała przeciw Hbc Total (anty-Hbc total)	45	
g)	Przeciwciała przeciw Hbc IgM	45	
h)	Hbc antygen (HBeAg)	45	
i)	Przeciwciała przeciw Hbe (anty-Hbe)	45	
j)	Przeciwciała przeciw HCV(anty-HCV)	45	
k)	Jakościowa ocena HCV-RNA	45	
l)	HCG ( gonadotropina kosmówkowa)	45	
<b>4</b>	<b>Podanie immunoglobuliny swoistej antyHBs</b>	45	
<b>5</b>	<b>Podanie szczepionki przeciw WZW typu B</b>	45	
<b>6</b>	<b>Profilaktyka poekspozycyjna zakażenia HIV – zastosowanie leków antyretrowirusowych</b>	45	
<b>7</b>	<b>Profilaktyka poekspozycyjna zakażenia HIV, WZW typu B, C * do 5 wizyt kontrolnych (ostatnia po 6 miesiącach od ekspozycji w przypadku narażenia na zakażenie HIV+HBV lub HIV+HCV ) w terminach wyznaczonych obejmujących udzielenie porady z realizacją laboratoryjnych badań diagnostycznych (w zależności od potrzeb) i wydaniem zaleceń.</b>	45	
		<b>Razem</b>	

## **2.Kryterium jakość świadczeń:**

Poniżej zaznaczyć właściwe

- Deklaruję czas rozpoczęcia konsultacji lekarskiej **do 1 godziny** od chwili zgłoszenia się pacjenta do miejsca wskazanego w ofercie do realizacji usługi w zakresie specjalistycznego postępowania poekspozycyjnego dla pracowników i osób współpracujących ze szpitalem
- Deklaruję czas rozpoczęcia konsultacji lekarskiej **do 2 godziny** od chwili zgłoszenia się pacjenta do miejsca wskazanego w ofercie do realizacji usługi w zakresie specjalistycznego postępowania poekspozycyjnego dla pracowników i osób współpracujących ze szpitalem

## **3. Kryterium kompleksowość świadczeń**

**Oświadczam, że nie będę korzystał z pomocy podwykonawców w czasie wykonywania umowy na świadczenie zdrowotne**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

- TAK**
- NIE**

## **4.Kryterium dostępność świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

- Deklaruję świadczyć usługi w siedzibie Przyjmującego zamówienie usytuowanej na terenie miasta Lublin
- Deklaruję świadczyć usługi w siedzibie Przyjmującego zamówienie usytuowanej max 10 km od granic miasta Lublin

## **5. Kryterium ciągłość świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

- Deklaruję świadczyć usługi przez 7 dni w tygodniu całodobowo wraz z możliwością hospitalizacji w siedzibie Przyjmującego zamówienie
- Deklaruję świadczyć usługi przez 7 dni w tygodniu całodobowo bez możliwości hospitalizacji w siedzibie Przyjmującego zamówienie

6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykonać powyższe świadczenia wg potrzeb Udzielającego zamówienie przez okres 3 lat począwszy od 09.02.2020 r.

7. Świadczenia udzielane będą w

.....  
 .....

(miejsce udzielania świadczeń)

8. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych.....

9. Osobą / osobami do kontaktów z zamawiającym odpowiedzialnymi za wykonanie zobowiązań umowy jest / są:

..... tel. kontaktowy .....

e- mail.....

..... tel. kontaktowy .....

e- mail.....

10. Oświadczamy, że:

1) posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA FINANSÓW z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293 poz. 1728):

Nr polisy..... w.....

z minimalną sumą gwarancyjną wynoszącą..... zł w odniesieniu do jednego zdarzenia / dla wszystkich zdarzeń\*

i zobowiązuje się kontynuować ubezpieczenia OC w zakresie prowadzonej działalności przez cały okres trwania umowy

2) uważam/y się za związanym niniejszą ofertą przez 30 dni od daty ustalonej jako termin składania ofert,

3) akceptuję w całości warunki określone w Materiałach informacyjnych, zapoznałam/em się z postanowieniami umowy i zobowiązuje się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą na warunkach określonych w Załączniku nr 2.

4) posiadam uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych, niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do udzielenia świadczeń zdrowotnych, znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej udzielenie świadczeń zdrowotnych

5) ofertę niniejszą składam na .....kolejno ponumerowanych stronach,

6) wraz z ofertą składam następujące oświadczenia i dokumenty:

.....  
 .....

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

.....

(czytelny podpis Przyjmującego zamówienie,  
 lub parafka wraz z imienną pieczętką)

**UMOWA nr SZNSPZOZ...../2023**

zawarta w dniu..... roku

pomiędzy:

**Szpitałem Neuropsychiatrycznym im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej** ul. Abramowicka 2 w Lublinie, wpisanym w Sądzie Rejonowym Lublin – Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydziale Gospodarczym Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000004020, będącym płatnikiem podatku VAT i uprawnionym do otrzymywania faktur VAT, NIP: 9462160056, REGON: 431019046, zwanym dalej „**Udzielającym zamówienie**”,

reprezentowanym przez  
Dyrektora Piotra Drehera

a

.....  
zwanym dalej **Przyjmującym zamówienie**

Udzielający zamówienie oświadcza, że jest płatnikiem podatku VAT i jest uprawniony do otrzymywania faktur VAT, NIP: 9462160056 REGON: 431019046

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest płatnikiem podatku VAT i jest uprawniony do otrzymywania faktur VAT, NIP:..... REGON: .....

**§ 1**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych dla pracowników i osób współpracujących z Udzielającym zamówienie narażonych na zakażenie: wirusem **HIV**, wirusem zapalenia wątroby typu B (**HBV**), wirusem zapalenia wątroby typu C (**HCV**), kierowanych przez Udzielającego zamówienie.

**§ 2**

1. Pracownik Udzielającego zamówienie w celu otrzymania świadczenia wymienionego w § 1 będzie się niezwłocznie zgłaszać do:

- a) .....
- b) .....

2. Świadczenia realizowane będą na podstawie skierowania wystawionego przez Udzielającego zamówienie, zawierającego: pieczęć identyfikacyjną Udzielającego zamówienie, imię i nazwisko osoby kierowanej, PESEL oraz pieczęć i podpis osoby upoważnionej do wystawienia skierowania.

**§ 3**

1.Świadczenia zdrowotne dla osoby narażonej na zakażenie określone w §1 obejmować będą wykonanie usług określonych w załączniku nr 1 Formularz oferty.

2. W przypadku stwierdzenia dodatniego wyniku HIV badanie wysyłane jest do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie w celu potwierdzenia wyniku.

**§ 4**

- 1.W przypadku, gdy do ekspozycji doszło od osoby stanowiącej potencjalne źródło zakażenia:
- 1) Udzielający zamówienie zobowiązuje się do dostarczenia opisanej próbki krwi od osoby stanowiącej potencjalne źródło zakażenia wraz ze skierowaniem w celu wykonania badań wirusologicznych:
    - a)próbówka z krwią musi zawierać opis: imię i nazwisko oraz PESEL osoby, od której pobrano krew, data i godzina pobrania krwi.

b) skierowanie musi zawierać: pieczęć identyfikacyjną Udzielającego zamówienie, wpis „osoba stanowiąca potencjalne źródło zakażenia”, imię i nazwisko, PESEL, czytelny podpis osoby pobierającej krew, miejsce, data i godzina pobrania krwi oraz pieczęć i podpis osoby upoważnionej do wystawienia skierowania

2) W zależności od potrzeb, u osoby stanowiącej potencjalne źródło zakażenia, Przyjmujący zamówienie wykonuje usługi, które obejmować będą usługi określone w załączniku nr 1 Formularz oferty.

2. Koszt wykonanych badań wirusologicznych ponosi Udzielający zamówienie.

3. Udzielający zamówienie zobowiązuje się transportować materiał w jak najkrótszym czasie /max. do 2 godz./, w zamkniętym i oznakowanym pojemniku: „MATERIAŁ ZAKAŻNY” (torba termoizolacyjna, statyw, wkład chłodzący, termometr). Temperatura w pojemniku transportowym powinna wynosić 8°C - 15°C.

4. Udzielający zamówienie odpowiedzialny jest za uzyskanie zgody od osoby stanowiącej potencjalne źródło zakażenia na pobranie krwi w celu wykonania badań wirusologicznych oraz za prawidłowe pobranie i przygotowanie krwi oraz jej transport do Przyjmującego zamówienie.

5. W przypadku, kiedy materiał nie został odpowiednio przygotowany i przetransportowany, Przyjmujący zamówienie w trosce o jakość i wiarygodność wyniku, może odstąpić od przyjęcia materiału i wykonania badań.

## § 5

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do posiadania leków antyretrowirusowych stosowanych w profilaktyce poekspozycyjnej zakażenia HIV („pogotowie lekowe”).

2. W przypadku konieczności wdrożenia w/w terapii lekowej, leki za pokwitowaniem odbioru zostaną wydane do stosowania w warunkach domowych osobie skierowanej.

## § 6

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do należytego wykonania świadczeń będących przedmiotem umowy zgodnie z aktualnymi standardami realizacji profilaktyki poekspozycyjnej zakażenia HIV, HBV, HCV.

## § 7

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poszanowania praw pacjenta oraz do zachowania w tajemnicy spraw związanych z udzielanymi w ramach niniejszej umowy świadczeniami zdrowotnymi.

2. Przyjmujący zamówienie przyjmuje się na siebie obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego zamówienie.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej w zakresie objętym przedmiotem umowy.

4. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866) przez cały okres obowiązywania umowy za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem usług medycznych określonych w § 1 umowy – pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

## § 8

Z tytułu niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał wynagrodzenie stanowiące składową niżej wymienionych elementów:

- 1) za udzielone świadczenia zdrowotne w oparciu o formularz oferty stanowiący załącznik Nr 1 do niniejszej umowy,
- 2) za wykonanie badania w celu potwierdzenia dodatniego wyniku badania HIV w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie, w wysokości określonej w fakturze wystawionej Przyjmującemu zamówienie przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Lublinie;
- 3) refundacja kosztów zakupu podanej immunoglobuliny swoistej anty HBs i szczepionki przeciw WZW typu B, wg kosztu zakupu przez Przyjmującego zamówienie;

- 4) refundacja kosztów zakupu wydanych leków antyretrowirusowych wg kosztu zakupu przez Przyjmującego zamówienie;
- 5) refundacja kosztów zakupionych na potrzeby realizacji niniejszej umowy immunoglobuliny swoistej anty HBs i leków antyretrowirusowych (tzw. „pogotowie lekowe”) niewykorzystanych i poddanych utylizacji z uwagi na przekroczenie terminu ważności. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się podzielić koszty z w/w tytułu w równych częściach pomiędzy wszystkie podmioty, z którymi zawrze umowy na świadczenie profilaktyki poekspozycyjnej i obciążyć Udzielającego zamówienie przypadającą na niego częścią kosztów zakupu.

## § 9

1. Strony ustalają miesięczny okres rozliczeniowy.
2. Należność będzie płatna w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Udzielającego zamówienie faktury wraz z załączoną listą zrealizowanych w miesiącu świadczeń i oznaczeniem 5-ciu ostatnich cyfr nr PESEL osoby skierowanej.
3. Należność przekazana zostanie na konto Przyjmującego zamówienie określone każdorazowo na fakturze VAT.

## § 10

1. Umowa zostaje zawarta na okres **od dnia .....** r. **do dnia .....** r.
2. Umowa może ulec rozwiązaniu na żądanie każdej ze stron, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.
3. Rozwiązanie umowy i każda zmiana jej warunków wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

## § 11

Wszelkie pisma związane z realizacją niniejszej umowy uważa się za skutecznie doręczone w przypadku:

- a) doręczenia osobistego;
- b) wysłania listem poleconym na adres strony wskazany w umowie;
- 3) wysłania Zamawiającemu e-mailem [sekretariat@snzoz.lublin.pl](mailto:sekretariat@snzoz.lublin.pl);
- d) wysłania Przyjmującemu zamówienie e-mailem.....

## § 12

Wszelkie spory pomiędzy stronami wynikające z realizacji niniejszej umowy rozstrzygać będzie właściwy rzeczowo Sąd w Lublinie.

## § 13

### Dane osobowe

1. Strony wzajemnie ustalają, iż dane osobowe osób wyznaczonych do kontaktów roboczych oraz odpowiedzialnych za koordynację i realizację niniejszej umowy przetwarzane są w oparciu o uzasadnione interesy Stron - załącznik nr 3 Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych. W ramach realizacji niniejszej umowy żadna ze Stron nie będzie wykorzystywała tych danych w celu innym niż realizacja niniejszej umowy.
2. Każda ze Stron oświadcza, że osoby wymienione w ust. 1 dysponują informacjami dotyczącymi przetwarzania ich danych osobowych przez Strony na potrzeby realizacji niniejszej umowy, określonymi w § 3-7 umowy.
3. Strony ustalają, iż zgodnie z treścią art. 13 i 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej: RODO), dane osobowe osób będących Stronami niniejszej umowy są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO, a w przypadku reprezentantów Stron niniejszej umowy i osób wyznaczonych do kontaktów roboczych oraz odpowiedzialnych za koordynację i realizację niniejszej umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO (dalej: dane osobowe), w celu związanym z zawarciem oraz realizacją niniejszej umowy. Dane osobowe będą przechowywane przez Strony w trakcie okresu realizacji niniejszej umowy oraz w okresie wynikającym z przepisów z zakresu rachunkowości oraz niezbędnym na potrzeby ustalenia,<sup>16</sup>

dochodzenia lub obrony przed roszczeniami z tytułu realizacji niniejszej umowy. Przetwarzający prowadzi rejestr czynności przetwarzania.

4. Osoby wyznaczone do kontaktów roboczych oraz odpowiedzialne za koordynację i realizację niniejszej umowy, a także osoby będące Stroną lub reprezentantami Stron niniejszej umowy posiadają prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych (tylko w odniesieniu do Stron Umowy), prawo wniesienia sprzeciwu. Wskazane uprawnienia można zrealizować poprzez kontakt, o którym mowa w ust. 5. Niezależnie od powyższego osoby te mają również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają, iż przetwarzanie danych osobowych ich dotyczących narusza przepisy RODO.

5. Z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych lub osobą odpowiedzialną za ochronę danych osobowych można kontaktować się:

a. z ramienia Zamawiającego : [iodo@snzoz.lublin.pl](mailto:iodo@snzoz.lublin.pl)

b. z ramienia Wykonawcy : .....

6. Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z zawarciem i realizacją niniejszej umowy. Dane osobowe nie będą poddawane profilowaniu. Strony nie będą przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Dane osobowe mogą zostać udostępnione na podstawie przepisów prawa.

7. Osobami do kontaktu w związku z realizacją umowy, w tym podpisania protokołu odbioru, są:

a. ze strony Zamawiającego : .....

b. ze strony Wykonawcy : ....

8. Zmiana osób, o których mowa w ust. 7, będzie odbywać się poprzez pisemne zgłoszenie drugiej Stronie. Zmiana nie wymaga formy aneksu. Do momentu powiadomienia drugiej strony domniemywa się, że osoba wskazana do tej pory jest nadal upoważniona.

## § 14

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz odpowiednich aktów prawnych z dziedziny ochrony zdrowia.

2. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Załączniki:

1. formularz oferty

2. skierowanie

3. umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE**

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

.....  
/pieczęć identyfikacyjna Zleceniodawcy/

**SKIEROWANIE NA PROFILAKTYKĘ POEKSPZYCYJNĄ**

zgodnie z Umową Nr SZNSPZOZ..... z dnia .....

zawartą z .....

/umowa zawarta od dnia ..... r. do dnia .....

**I DOTYCZY PRACOWNIKA, KTÓRY ULEGŁ EKSPZYCYJI:**

Imię i nazwisko .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczęć i podpis osoby upoważnionej  
do wystawienia skierowania/

**II DOTYCZY BADANIA KRWI**

**OSOBY STANOWIĄCEJ POTENCJALNE ŹRÓDŁO ZAKAŻENIA:**

Imię i nazwisko .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres /telefon do kontaktu: .....

Wyrażenie zgody przez pacjenta i czytelny podpis:

„Wyrażam zgodę na wykonanie badań HIV antygen i przeciwciała” .....

Czytelny podpis osoby pobierającej krew .....

Miejsce, data i godzina pobrania krwi .....

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczęć i podpis osoby upoważnionej  
do wystawienia skierowania/

Załącznik nr 3 do umowy nr SZNSPZOZ...../2023  
**Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych**

zawarta dnia \_\_\_\_\_ pomiędzy:

(zwana dalej „Umową”)

.....  
zwany w dalszej części Umowy „Podmiotem przetwarzającym”  
oraz

**Szpitałem Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej** w Lublinie z siedzibą przy ul. Abramowickiej 2, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie rejonowym Lublin – Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydziale Gospodarczym KRS za numerem 0000004020NIP: 9462160056, REGON: 431019046 zwany w dalszej części Umowy „Administratorem danych” lub „Administratorem” reprezentowanym przez:

**Dyrektora dr n. med. Piotra Drehera,**

## § 1

### **Powierzenie przetwarzania danych osobowych**

1. Administrator danych powierza Podmiotowi przetwarzającemu dane osobowe do przetwarzania, w trybie art. 28 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz.U.E.L Nr 119, str. 1) (zwanego w dalszej części Umowy „Rozporządzeniem”), na zasadach, w zakresie i w celu określonym w niniejszej Umowie.
2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się przetwarzać powierzone mu dane osobowe zgodnie z niniejszą Umową, Rozporządzeniem oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.

## § 2

### **Zakres i cel przetwarzania danych**

1. Podmiot przetwarzający będzie przetwarzał, powierzone na podstawie Umowy dane zwykłe oraz dane szczególnych kategorii dotyczące pacjentów administratora, personelu Administratora w zakresie: imiona i nazwiska, adresy zamieszkania, nr PESEL, nr. telefonu, e-mail, dane dotyczące stanu zdrowia i dane z nim związane.
2. Powierzone przez Administratora danych dane osobowe będą przetwarzane przez Podmiot przetwarzający wyłącznie w celu udzielania świadczeń zdrowotnych dla pracowników i osób współpracujących z Udzielającym zamówienie narażonych na zakażenie: wirusem HIV, wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV), wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV), kierowanych przez Udzielającego zamówienie do umowy z dnia .....o numerze .....
3. Podmiot przetwarzający jest upoważniony do wykonywania następujących czynności przetwarzania powierzonych danych: utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, pobieranie, przeglądanie – które są w minimalnym zakresie niezbędne do realizacji celu o którym mowa w ust. 2 powyżej.

## § 3

### **Obowiązki podmiotu przetwarzającego**

1. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się, przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych, do ich zabezpieczenia poprzez stosowanie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych zapewniających zgodność z RODO, w tym adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku naruszenia praw lub wolności osób, których dane dotyczą.

2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się dołożyć należytej staranności przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych.
3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do nadania upoważnień do przetwarzania danych osobowych wszystkim osobom, które będą przetwarzały powierzone dane osobowe, przy czym będą to jedynie osoby, które posiadają odpowiednie przeszkolenie z zakresu ochrony danych osobowych i są niezbędne do w realizacji celu niniejszej Umowy.
4. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się zapewnić, że osoby, które upoważnia do przetwarzania danych osobowych, w celu realizacji niniejszej Umowy, zobowiążą się do zachowania tajemnicy lub będą podlegały odpowiedniemu ustawowemu obowiązkowi zachowania tajemnicy, o której mowa w art. 28 ust. 3 pkt b) Rozporządzenia, zarówno w trakcie zatrudnienia ich w Podmiocie przetwarzającym, jak i po jego ustaniu. Podmiot przetwarzający zapewnia ponadto, że osoby o których mowa w niniejszym ustępie będą przetwarzały dane osobowe zgodnie z zasadą wiedzy koniecznej.
5. Podmiot przetwarzający po zakończeniu świadczenia usług związanych z przetwarzaniem niezwłocznie zwraca Administratorowi wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazują przechowywanie danych osobowych.
6. W miarę możliwości Podmiot przetwarzający pomaga Administratorowi w niezbędnym zakresie wywiązywać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą oraz wywiązywania się z obowiązków określonych w art. 32-36 Rozporządzenia. W razie wpływu do Podmiotu przetwarzającego żądania w zakresie realizacji praw osób, których dotyczą powierzone dane, Podmiot przetwarzający niezwłocznie informuje o tym Administratora. Udzielając informacji, Podmiot przetwarzający przekazuje dane nadawcy i treść żądania oraz określa, w jakim zakresie jest w stanie przyczynić się do realizacji żądania.
7. Podmiot przetwarzający po stwierdzeniu naruszenia ochrony danych osobowych bez zbędnej zwłoki zgłasza je administratorowi w ciągu 24 h.

#### **§ 4**

##### **Prawo kontroli**

1. Administrator danych zgodnie z art. 28 ust. 3 pkt h) Rozporządzenia ma prawo kontroli, mającej na celu weryfikację czy Podmiot przetwarzający spełnia obowiązki wynikające z niniejszej Umowy.
2. Podmiot przetwarzający prowadzi rejestr czynności przetwarzania, który udostępnia Zleceniodawcy umowy.
3. Administrator danych realizować będzie prawo kontroli w godzinach pracy Podmiotu przetwarzającego i z minimum 7 dniowym uprzedzeniem.
4. Prawo do przeprowadzenia kontroli obejmuje: wstęp do pomieszczeń, w których znajdują się zasoby uczestniczące w operacjach przetwarzania powierzonych danych osobowych; żądanie złożenia pisemnych lub ustnych wyjaśnień od osób upoważnionych do przetwarzania powierzonych danych osobowych; wgląd do wszelkich dokumentów i wszelkich danych mających bezpośredni związek z celem kontroli oraz przeprowadzanie oględzin urządzeń, nośników oraz systemów informatycznych służących do przetwarzania powierzonych danych.
5. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli, w terminie wskazanym przez Administratora danych nie dłuższym niż 7 dni.

#### **§ 5**

##### **Raportowanie**

1. Na wniosek Administratora, Podmiot przetwarzający udostępnia wszelkie informacje niezbędne do realizacji lub wykazania spełnienia obowiązków wynikających z RODO.
2. Informacji, o których mowa w ust. 1, udziela się w terminie 14 dni roboczych od dnia doręczenia wniosku, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Jeżeli wniosek, o którym mowa w ust. 1, dotyczy realizacji obowiązku zgłoszenia naruszenia ochrony danych osobowych lub usunięcia jego skutków, Podmiot przetwarzający udziela informacji w najbliższym możliwym terminie, nie później niż w ciągu 24 godzin od doręczenia wniosku.

## § 6

### Dalsze powierzenie danych do przetwarzania

1. Podmiot przetwarzający może powierzyć dane osobowe objęte niniejszą Umową do dalszego przetwarzania podwykonawcom jedynie w celu wykonania Umowy po uzyskaniu uprzedniej pisemnej zgody Administratora danych.
2. Przekazanie powierzonych danych do państwa trzeciego może nastąpić jedynie na udokumentowane polecenie Administratora danych, chyba że obowiązek taki nakłada na Podmiot przetwarzający prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego, któremu podlega Podmiot przetwarzający. W takim przypadku przed rozpoczęciem przetwarzania Podmiot przetwarzający informuje Administratora danych o tym obowiązku prawnym, o ile prawo to nie zabrania udzielania takiej informacji z uwagi na ważny interes publiczny.
3. Podwykonawca, o którym mowa w § 6 ust. 1 Umowy winien spełniać te same gwarancje i obowiązki jakie zostały nałożone na Podmiot przetwarzający w niniejszej Umowie.
4. Podmiot przetwarzający ponosi pełną odpowiedzialność wobec Administratora za niewywiązanie się ze spoczywających na podwykonawcy z obowiązków wynikających z niniejszej Umowy.

## § 7

### Odpowiedzialność Podmiotu przetwarzającego

1. Podmiot przetwarzający jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z treścią Umowy, a w szczególności za udostępnienie powierzonych do przetwarzania danych osobowych osobom nieupoważnionym.
2. Podmiot przetwarzający prowadzi rejestr czynności przetwarzania.
3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Administratora danych o jakimkolwiek postępowaniu, w szczególności administracyjnym lub sądowym, dotyczącym przetwarzania przez Podmiot przetwarzający danych osobowych określonych w Umowie, o jakiegokolwiek decyzji administracyjnej lub orzeczeniu dotyczącym przetwarzania tych danych, skierowanych do Podmiotu przetwarzającego, a także o wszelkich planowanych, o ile są wiadome, lub realizowanych kontrolach i inspekcjach dotyczących przetwarzania w Podmiocie przetwarzającym tych danych osobowych, w szczególności prowadzonych przez inspektorów upoważnionych przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Niniejszy ustęp dotyczy wyłącznie danych osobowych powierzonych przez Administratora danych.

## § 8

### Czas obowiązywania Umowy

Niniejsza Umowa obowiązuje w okresie trwania umowy dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych dla pracowników i osób współpracujących z Udzielającym zamówienie narażonych na zakażenie: wirusem HIV, wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV), wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV), kierowanych przez Udzielającego zamówienie Nr.....z dnia.....

## § 9

### Rozwiązanie Umowy

Administrator danych może rozwiązać niniejszą Umowę ze skutkiem natychmiastowym, gdy Podmiot przetwarzający:

- a) pomimo zobowiązania go do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli nie usunie ich w wyznaczonym terminie;
- b) przetwarza dane osobowe w sposób niezgodny z Umową;
- c) powierzył przetwarzanie danych osobowych innemu podmiotowi bez zgody Administratora danych.

## § 10

### **Zasady zachowania poufności**

1. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, danych, materiałów, dokumentów i danych osobowych otrzymanych od Administratora danych i od współpracujących z nim osób oraz danych uzyskanych w jakikolwiek inny sposób, zamierzony czy przypadkowy w formie ustnej, pisemnej lub elektronicznej („dane poufne”).
2. Podmiot przetwarzający oświadcza, że w związku ze zobowiązaniem do zachowania w tajemnicy danych poufnych nie będą one wykorzystywane, ujawniane ani udostępniane bez pisemnej zgody Administratora danych w innym celu niż wykonanie Umowy, chyba że konieczność ujawnienia posiadanych informacji wynika z obowiązujących przepisów prawa lub Umowy.

### **§ 11**

#### **Postanowienia końcowe**

1. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron.
2. W sprawach nieuregulowanych zastosowanie będą miały przepisy Kodeksu cywilnego oraz Rozporządzenia.
3. Sądem właściwym dla rozpatrzenia sporów wynikających z niniejszej Umowy będzie sąd właściwy Administratora danych.

---

Administrator danych

---

Podmiot przetwarzający

## OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie 20-442 Lublin, ul. Abramowicka 2, woj. lubelskie**
- inspektorem ochrony danych osobowych w */nazwa zamawiającego/* jest Pan **Piotr Zawrotniak**, kontakt: [iodo@sznoz.lublin.pl](mailto:iodo@sznoz.lublin.pl), telefon 81/ 7286380
- Dane osobowe przetwarzane będą w celu (celach) niezbędnym do wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na administratorze, polegających na:
  - 1) przeprowadzeniu postępowania i udzieleniu zamówienia poprzez zawarcie umowy,
  - 2) realizacji zawartej umowy;
  - 3) obsługi wynagrodzenia i innych świadczeń;
  - 4) ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
  - 5) sprawozdawczych, statystycznych, archiwalnych oraz innych wynikających z obowiązujących przepisów prawa.
- Kategoria przetwarzanych danych osobowych: dane zwykle - imię, nazwisko, zajmowane stanowisko i miejsce pracy, numer służbowego telefonu/faksu, służbowy adres email, a także dane identyfikujące wykonawcę biorącego udział w prowadzonym postępowaniu, tj. nazwę wykonawcy, siedzibę i adres wykonawcy, REGON, NIP, PESEL, adres zamieszkania, adres strony internetowej - jeżeli dane te zostały przez Oferenta podane w związku z prowadzonym postępowaniem (w szczególności w formularzu ofertowym lub innych dokumentach składających się na ofertę).  
Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych: art. 6 ust. 1 lit. b, c, f rozporządzenia.
- Odbiorcami danych osobowych będą podmioty:
  - 1) upoważnione na podstawie decyzji administracyjnych, orzeczeń sądowych, tytułów wykonawczych;
  - 2) którym przekazanie danych osobowych następuje na podstawie wniosku lub zgody;
  - 3) którym administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych;
  - 4) inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa (w szczególności w sytuacji skorzystania ze środków ochrony prawnej przez jakiegokolwiek Oferenta biorącego udział w postępowaniu).Odbiorcami danych osobowych będą również osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania.
- Dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym umowa została wykonana lub postępowanie zostało zakończone bez zawarcia umowy, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania np.: z uwagi na obowiązki archiwizacyjne, dochodzenie roszczeń lub inny obowiązek wymagany przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
- Osoba, od której zbierane są jej dane osobowe ma prawo do:
  - 1) dostępu do swoich danych osobowych;
  - 2) sprostowania swoich danych osobowych;
  - 3) usunięcia swoich danych osobowych;
  - 4) ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych;
  - 5) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzanych swoich danych osobowych;
  - 6) przenoszenia swoich danych osobowych;
  - 7) wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- Podstawą przetwarzania danych jest prowadzenie postępowania lub wykonywanie umowy a także wymogi ustawowe.
- Podanie danych osobowych, o których mowa w niniejszych postanowieniach, jest wymagane do przeprowadzenia postępowania. Niepodanie danych osobowych uniemożliwi zawarcie/realizację umowy na rzecz Udzielającego zamówienie.
- Dane osobowe nie będą:
  - 1) profilowane;
  - 2) przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.