Projekt FAMI.03.01-IZ.00-0001/24
„Organizowanie powrotów przymusowych oraz powrotów dobrowolnych".
Fundusz Azylu, Migracji i Integracji na lata 2021-2027

ZAPYTANIE OFERTOWE

I. ZAPRASZAMY DO ZŁOŻENIA OFERTY NA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA:

Skierowane do podmiotów gospodarczych

na świadczenie usług medycznych, w zakresie usług ratownika medycznego, udzielanych osobom przebywającym w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców Kętrzynie.

Warunki udziału w zaproszeniu do składania ofert:

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia prowadzonego zaproszenia doskładania ofert, odstąpienia od podpisania zamówienia, możliwość niedokonania wyboru oferty oraz możliwość zmiany ilości asortymentu i prowadzenia negocjacji.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odrzucenia oferty złożonej po terminie określonym w pkt. VI ppkt.4 lub niezgodnej z treścią zaproszenia.
3. Zamawiający dopuszcza zapytania ze strony Wykonawców.
4. Zamawiający dopuszcza po terminie składania ofert przyjęcie od potencjalnych Wykonawców wyjaśnień (np. w zakresie omyłek pisarskich, błędów rachunkowych) lub uzupełnienie/poprawienie dokumentów.
5. Zamawiający nie udzieli zamówienia Wykonawcom znajdującym się na liście osób i podmiotów względem których zgodnie z ustawą z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 514) stosuje się środki sankcyjne.

II. DANE ZAMAWIĄJĄCEGO

Nazwa organizacji: Warmińsko - Mazurski Oddział Straży Granicznej
Adres: ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn
E-mail: sz.wmosg@strazgraniczna.pl, tel.89 7503035, 897503450,

III. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

1. Osoby przewidziane do realizacji zamówienia muszą posiadać n/w wykształcenie, kwalifikacje oraz doświadczenie :
   - wykształcenie wyższe w kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub
   - posiadanie dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu zawodowego „ratownik medyczny" z publicznej szkoły policealnej lub niepublicznej szkoły policealnej lub
   - posiadanie dyplomu wydanego w państwie innym niż: państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)- strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznanego w Rzeczpospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczpospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownika medycznego, lub
   - posiadanie kwalifikacji do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabytych w państwie

członkowskim Unii Europejskiej. Konfederacji Szwajcarskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)- stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z ustawą z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2023 poz. 334)
oraz udokumentowany roczny staż pracy w szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub Zespołach Ratownictwa medycznego.

IV. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług medycznych na potrzeby osób przebywających w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Kętrzynie w zakresie kompetencji ratownika medycznego. Strzeżony Ośrodek dla Cudzoziemców zlokalizowany jest na terenie kompleksu koszarowego W - MOSG ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn.

Świadczenie usług medycznych obejmuje przede wszystkim:

1) udzielanie pomocy medycznej osobom znajdującym się w stanach zagrożenia zdrowia lub życia,
2) dokonywanie oceny stanu zdrowia osób przebywających w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Kętrzynie,
3) wykonywanie zabiegów w ramach działalności ambulatoryjnej, zgodnie ze zleceniami lekarza oraz prowadzenie w tym zakresie stosownej ewidencji,
4) prowadzenie gabinetu lekarskiego i zabiegowego Strzeżonego Ośrodka dla Cudzoziemców,
5) bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej,
6) wydawanie leków zleconych przez lekarza

Warunki świadczenia usług medycznych:

W ramach zawartej umowy od dnia 01.01.2026 do 27.12.2026r. łączna ilość udzielanych świadczeń zdrowotnych będzie mieściła się w przedziale od 1568-1792 godzin zgodnie z ustalonym harmonogramem dyżurów w systemie zmianowym od poniedziałku do niedzieli maksymalnie do 14 godzin na dobę (w szczególności w soboty, niedziele i święta).

Przed zawarciem umowy liczba godzin zostanie skonkretyzowana.

Warunki umowy stanowi zał. nr 1 do zapytania ofertowego

V. KRYTERIA OCENY OFERTY

1. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta o najniższej cenie za realizacje przedmiotu zamówienia.

VI. TERMIN I SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Ofertę należy złożyć wg wzoru formularza ofertowego (zał. Nr 2);
2. Oferta musi być sporządzona w języku polskim;
3. Oferta musi być czytelna;
4. Ofertę należy złożyć w terminie do dnia **05.12.2025 r**. w jeden z dostępnych sposobów:
- w formie skanu pocztą elektroniczną na adres **sz.wmosg@strazgraniczna.pl**
5. Zamawiający odrzuci ofertę:
   1) złożoną po terminie;
   2) złożoną przez wykonawcę niespełniającego warunków udziału w postępowaniu;
   3) niezgodną z treścią zapytania ofertowego;
   4) zawierającą błędy nie będące oczywistymi omyłkami pisarskimi lub rachunkowymi;
6. Wykonawcy ponoszą wszelkie koszty własne związane z przygotowaniem i złożeniem oferty, niezależnie od wyniku postępowania.
7. Termin związania ofertą: 30 dni od zakończenia terminu składania ofert

VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU OFERTY/OPIS SPOSOBU WYBORU OFERTY

Oferta najkorzystniejsza zostanie wybrana spośród ofert niepodlegających odrzuceniu, na podstawie kryteriów wskazanych w punkcie V.

VIII. DODATKOWE INFORMACJE/OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTU

Dodatkowe informacje: pocztą elektroniczną na adres **sz.wmosg@strazgraniczna.pl**
Osoby do kontaktu:
mjr SG Marek MAKAREWICZ
tel. 89 750 30 35
Agnieszka Nałysnyk
tel. 89 750 34 50
Józef WOŚ
tel. tel. 89 750 34 51

X. Informacja o przetwarzaniu Pana/Pani danych osobowych znajduje się na stronie Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej pod adresem http://wm.strazgraniczna.pl/wm/rodo/28503,RODO.html

Załączniki zapytania ofertowego:
Załącznik nr 1 - Wzór umowy 10 str.
Załącznik nr 2 Formularz ofertowy 1str.

KIEROWNIK SŁUŻBY ZDROWIA - LEKARZ
w Służbie Zdrowia
Warmińsko-Mazurskiego Oddziału
Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie
2025 -11- 28
mjr SG Marek MAKAREWICZ

..... (Data, podpis i pieczęć Oferenta (Wykonawcy)

..... (Data, podpis i pieczęć osoby prowadzącej procedurę, działającej w imieniu zamawiającego)

Załącznik nr 1

UMOWA NR ..... (projekt)

Zawarta w dniu ..... w Kętrzynie pomiędzy:
Skarbem Państwa - Warmińsko-Mazurskim Oddziałem Straży Granicznej, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn, reprezentowanym przez **Komendanta Oddziału**, w imieniu którego działa: .....
Zastępca Komendanta Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej (pełnomocnictwo .....) przy kontrasygnacie: .....
Głównego Księgowego Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej zwanym dalej **„ Zamawiającym"** a .....
zwanym w treści umowy **„Wykonawcą".**

W wyniku przeprowadzenia przez **Zamawiającego** rozpoznania rynku została zawarta umowa o następującej treści:

§ 1

1. **Zamawiający** zleca, a **Wykonawca** przyjmuje do wykonania obowiązek udzielania usług medycznych w zakresie usług ratownika medycznego dla osób przebywających w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Kętrzynie, dalej zwanym „Ośrodkiem".
2. **Wykonawca** zobowiązuje się do udzielania usług medycznych będących przedmiotem umowy, służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodujących zagrożenie życia, a także w razie wszelkich innych zachowań a w szczególności:

1) udzielanie pomocy medycznej osobom znajdującym się w stanach zagrożenia zdrowia lub życia,

2) dokonywanie oceny stanu zdrowia osób,

3) wykonywanie zabiegów w ramach działalności ambulatoryjnej, zgodnie ze zleceniami lekarza oraz prowadzenie w tym zakresie stosownej ewidencji,

4) prowadzenie gabinetu lekarskiego i zabiegowego Ośrodka,

5) bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej,

6) wydawanie leków zleconych przez lekarza.

3. **Wykonawca** zobowiązany jest do wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy zgodnie z ofertą i nie ma prawa do przenoszenia swoich obowiązków

na inne podmioty gospodarcze.

§ 2

1. Ze względu na sposób organizacji pracy u **Zamawiającego, Wykonawca** będzie wykonywał swoje obowiązki w formie dyżurów, zgodnie z harmonogramem ustalanym w uzgodnieniu z **Zamawiającym.** Wzór harmonogramu stanowi załącznik numer 1 do umowy.
2. Łączna ilość godzin udzielanych usług medycznych przez **Wykonawcę** w okresie obowiązywania umowy będzie wynosić: ..... godzin
3. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany harmonogramu z 7 dniowym wyprzedzeniem za zgodą stron.
4. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany ilości godzin udzielanych świadczeń usług medycznych w trakcie obowiązywania umowy.
5. Miejscem udzielania usług medycznych jest teren Ośrodka zlokalizowany w kompleksie koszarowym **Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn**.

§ 3

1. **Wykonawca** zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania usług medycznych w zakresie usług ratownika medycznego przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i innych środków **Zamawiającego**, niezbędnych do udzielania pomocy medycznej.
2. **Wykonawca** zobowiązuje się do prowadzenia wymaganej dokumentacji udzielanych świadczeń, w tym dokumentacji medycznej, według zasad obowiązujących u **Zamawiającego** oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Dokumentacja powinna być sporządzona w sposób merytorycznie rzetelny, winna być czytelna oraz zawierać kompletne dane wymagane dla poszczególnych rodzajów dokumentacji zgodnie z obowiązującymi wzorami dokumentów.
4. Właścicielem dokumentacji, w tym medycznej, jest **Zamawiający**. Udostępnianie dokumentacji medycznej następuje wyłącznie w przypadkach określonych ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu

i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 798) oraz zgodnie z zasadami obowiązującymi u **Zamawiającego** i za jego zgodą.

5. **Wykonawca** zobowiązuje się do noszenia ubrania ochronnego wraz z identyfikatorem, spełniającego wymagane standardy, **Zamawiający** nie zapewnia odzieży ochronnej i roboczej oraz innych środków ochrony indywidualnej.
6. **Wykonawca** jest w pełni odpowiedzialny za udzielanie usług medycznych w Ośrodku bez udziału lekarza oraz za udzielanie świadczeń na zlecenie lekarza i ponosi odpowiedzialność za wykonywane czynności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.
7. **Wykonawca** zobowiązuje się do odpowiedniego przestrzegania przepisów porządkowych obowiązujących u **Zamawiającego**, stosowania się do wdrożonych procedur oraz zarządzeń obowiązujących u **Zamawiającego**.
8. **Wykonawca** obowiązany jest ściśle przestrzegać przepisów RODO 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.U.UE.L.2016.119.1 z późn.zm.) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) oraz ponosi pełną odpowiedzialność z tytułu naruszenia wyżej wymienionych przepisów i ewentualnego udostępnienia danych osobowych pacjentów osobom nieuprawnionym.

§ 4

W trakcie realizacji zamówienia **Zamawiający** uprawniony jest do wykonywania czynności kontrolnych wobec **Wykonawcy** odnośnie sposobu udzielania świadczeń.

§ 5

1. **Wykonawca oświadcza,** że dysponuje osobami zdolnymi i uprawnionymi do wykonania zamówienia oraz, że osoby wykonujące usługę będą posiadały w okresie wykonywania niniejszej umowy aktualne zaświadczenia wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania czynności, o których mowa w § 1., badania lekarskie oraz dokumenty uprawniające do wykonywania zamówienia osób

przewidzianych do wykonywania usług medycznych **Wykonawca** przedkłada **Zamawiającemu** w terminie 5 dni od zawarcia umowy.

2. Jeżeli w trakcie obowiązywania niniejszej umowy upływa termin ważności zaświadczeń, o których mowa w ust. 1, **Wykonawca** zobowiązuje się dostarczyć aktualne zaświadczenia w terminie 3 dni przed upływem terminu ich ważności.

§ 6

Strony zgodnie postanawiają, że **Wykonawca** zobowiązany jest:

1) znać przepisy oraz zasady bezpieczeństwa i higieny pracy, zagrożenia występujące u **Zamawiającego** oraz obowiązujące procedury,
2) wykonywać świadczenia w sposób zgodny z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny prac, reżimem sanitarno-epidemiologicznym oraz stosować się do wydawanych w tym zakresie poleceń i wskazówek przez **Zamawiającego**,
3) znać i przestrzegać akty prawne obowiązujące w ochronie zdrowia oraz przepisy wewnętrzne obowiązujące u **Zamawiającego**,
4) niezwłocznie zawiadomić **Zamawiającego** o zauważonym wypadku albo zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego oraz ostrzec współpracowników, a także inne osoby, znajdujące się w rejonie zagrożenia, o grożącym im niebezpieczeństwie,
5) znać i przestrzegać przepisy określające prawa pacjenta.

§ 7

1. **Wykonawca** ponosi pełną odpowiedzialność za szkody i zaniechania wyrządzone z jego winy przy realizacji niniejszej umowy.
2. **Wykonawca** oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej z tytułu świadczenia usług zdrowotnych na kwotę nie niższą, niż 30.000 euro i zobowiązuje się do kontynuowania tego ubezpieczenia przez cały okres trwania niniejszej umowy.
3. **Wykonawca** dostarczy **Zamawiającemu** w terminie 5 dni od zawarcia umowy kserokopię polisy ubezpieczeniowej. Jeżeli w trakcie niniejszej umowy upływa termin ważności polisy, **Wykonawca** zobowiązuje się dostarczyć polisę na kolejny okres w terminie 3 dni przed upływem tego terminu, pod rygorem rozwiązania umowy bez wypowiedzenia przez **Zamawiającego**.

4. Jeżeli w trakcie realizacji niniejszej umowy minimalna kwota obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ulegnie zwiększeniu, **Wykonawca** zobowiązuje się do przedłożenia polisy uzupełniającej w terminie 3 dni od daty takiej zmiany, pod rygorem rozwiązania umowy bez wypowiedzenia przez **Zamawiającego**.

§ 8

1. **Zamawiający** zobowiązuje się zapewnić **Wykonawcy** pomieszczenia, sprzęt, aparaturę i środki medyczne, niezbędne do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących przedmiot umowy.
2. **Zamawiający** nie pobiera wynagrodzenia za korzystanie ze sprzętu, aparatury i środków medycznych, o których mowa w ust 1.
3. Awarie, uszkodzenia sprzętu, braki powstałe w czasie pełnionego dyżuru **Wykonawca** zobowiązuje się zgłaszać Kierownikowi Służby Zdrowia W-MOSG.
4. **Wykonawca** zobowiązany jest do przestrzegania instrukcji obsługi i użytkowania sprzętu, aparatury medycznej. Wszystkie czynności zawarte w instrukcjach należy wykonywać z należytą starannością.
5. **Wykonawca** ponosi koszty szkód wyrządzonych w mieniu Zamawiającego.

§ 9

1. Strony ustalają stawkę za każdą godzinę świadczonej usługi medycznej w zakresie usług ratownika medycznego zgodnie ze złożoną ofertą, w wysokości ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych brutto).
2. Określona w ust. 1 stawka godzinowa zawiera wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy, w tym min. koszty dojazdów do miejsca świadczenia usługi, koszty odzieży ochronnej, badań przydatności do pracy, ubezpieczenia OC itp.
3. Należność z tytułu wykonywania umowy stanowić będzie iloczyn liczby zrealizowanych godzin i stawki godzinowej określonej w ust. 1.
4. Strony ustalają, że wykonana usługa rozliczana będzie w okresach miesięcznych, na podstawie prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę faktury VAT.
5. Podstawą wystawienia faktury VAT przez **Wykonawcę** będzie zatwierdzone przez **Zamawiającego** lub osobę przez niego upoważnioną zestawienie ilości godzin

udzielonych usług medycznych. Wzór zestawienia ilości godzin udzielonych usług medycznych stanowi załącznik numer 2 do umowy.

6. Wynagrodzenie płatne będzie na podstawie faktur VAT wystawianych przez **Wykonawcę** po zakończeniu każdego miesiąca w terminie 21 dni od daty otrzymania przez **Zamawiającego** prawidłowo wystawionej faktury VAT, na rachunek bankowy wskazany w fakturze.
7. Jako dzień zapłaty ustala się dzień obciążenia rachunku bankowego **Zamawiającego**.
8. Za każdy dzień zwłoki w zapłacie wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, **Wykonawca** może żądać odsetek ustawowych.
9. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 jest stałe i nie ulega waloryzacji przez okres trwania umowy.

§ 10

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie, nienależyte wykonywanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań określonych w umowie w formie kar umownych. **Wykonawca** zapłaci **Zamawiającemu** karę umowną:
   1) za nieobecność ratownika w wyznaczonym dniu w miejscu świadczenia usługi - kwotę 400,00 zł za każde zdarzenie,
   2) za rozpoczęcie świadczenia usługi niezgodnie z harmonogramem, o którym mowa w § 2 ust. 1 - kwotę 200,00 zł za każde zdarzenie,
   3) za zakończenie świadczenia usługi i opuszczenie miejsca udzielania świadczeń przed końcem zmiany określonej w harmonogramie, o którym mowa w § 2 ust. 1 - kwotę 200,00 zł za każde zdarzenie,
   4) za brak wymaganej odzieży w miejscu świadczenia usług – kwotę 100,00 zł za każdy stwierdzony przypadek,
   5) za niedostarczenie w terminie wskazanym w § 5 ust. 1 i 2 oraz § 7 ust. 3 i 4 wymaganych dokumentów - kwotę 30,00 zł za każdy dzień zwłoki,
   6) za odstąpienie od umowy Zamawiającego z winy Wykonawcy – kwotę 3.000,00 zł.

   2. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych Kodeksu cywilnego za szkodę wyrządzoną mu przez **Wykonawcę** jeżeli szkoda przewyższy wysokość zastrzeżonych kar umownych.

3. **Wykonawca** oświadcza, że wyraża zgodę na potrącenie w rozumieniu art. 498 i 499 kodeksu cywilnego powstałych wierzytelności, w tym z tytułu kar umownych określonych w niniejszej umowie, z jakiejkolwiek należności Wykonawcy- z tym, że potrącenie to może dotyczyć także zobowiązań niewymagalnych. Jednocześnie Wykonawca oświadcza, że powyższe nie zostało złożone pod wpływem błędu, ani nie jest obarczone jakakolwiek inną wadą oświadczenia woli skutkującą jego nieważnością.
4. W przypadku zaistnienia sytuacji, o której mowa w ust. 1, **Zamawiający** wystawi notę obciążającą z tytułu naliczenia kar umownych. Nota będzie płatna w terminie 21 dni o od daty wystawienia jej przez Zamawiającego.
5. W przypadku niezachowania terminu o którym mowa w ust. 4 Zamawiający naliczy odsetki ustawowe za opóźnienie za każdy dzień zwłoki.
6. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania za wyrządzoną mu przez Wykonawcę szkodę niezależnie od określonych w ust. 1 kar umownych.

§ 11

1. Wszystkie spory mogące wyniknąć w związku z realizacją niniejszej umowy strony będą w pierwszej kolejności rozstrzygać w drodze wzajemnych negocjacji.
2. W przypadku braku uzgodnienia stanowiska sprawy rozstrzygać będzie sąd właściwy dla siedziby **Zamawiającego**.

§ 12

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia **01.01.2026 r.** do dnia **27.12.2026 r.**
2. Umowa może zostać rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym na podstawie pisemnego oświadczenia jednej ze stron, gdy druga strona naruszyła istotne postanowienia umowy oraz w każdym czasie na mocy porozumienia stron.
3. **Zamawiający** może rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym w szczególności, gdy:
   1) wykonawca wypełnia warunki umowy w sposób naruszający postanowienia umowy,
   2) wykonawca nie wykonuje obowiązków wynikających z umowy,

3) wykonawca nieprawidłowo prowadzi dokumentację medyczną i inną niezbędną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, co zostanie stwierdzone przez **Zamawiającego**

§ 13

W sprawach nie uregulowanych, niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2025 r. poz. 1071.), ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91) oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450) oraz aktów wykonawczych do tych ustaw.

§ 14

Wszelkie zmiany do niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.

§ 15

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa egzemplarze dla **Zamawiającego,** jeden egzemplarz dla **Wykonawcy**.

§ 16

Osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest Kierownik Służby Zdrowia Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie.

Załączniki do umowy

1. Wzór harmonogramu dyżurów
2. Wzór zestawienia ilości godzin udzielania usług medycznych.

Zamawiający: **Wykonawca**:

Projekt FAMI.03.01-IZ.00-0001/24
„Organizowanie powrotów przymusowych oraz powrotów dobrowolnych".
Fundusz Azylu, Migracji i Integracji na lata 2021-2027

Załącznik nr 1 do umowy……(projekt)

Harmonogram

udzielanych usług medycznych w miesiącu 2025

Dzień m-ca	Praca w godzinach			Ilość godzin
	od	do		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

……
Podpis Wykonawcy

……
podpis Kierownika Służby Zdrowia lub osoby upoważnionej

Projekt FAMI.03.01-IZ.00-0001/24
„Organizowanie powrotów przymusowych oraz powrotów dobrowolnych".
Fundusz Azylu, Migracji i Integracji na lata 2021-2027

Załącznik nr 2 do umowy……(projekt)

Z E S T A W I E N I E
ilości godzin udzielonych usług medycznych

Miesiąc, rok					
Dzień m-ca	Praca w godzinach		Ilość godzin	Podpis realizującego usługę medyczną	Potwierdzenie
	od	do			
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Oświadczam, że w okresie od …… do ……udzieliłem usług medycznych w ilości…….. godzin.

……
Podpis Wykonawcy

……
podpis Kierownika Służby Zdrowia lub osoby upoważnione

Załącznik Nr 2

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Zamawiającego
Nazwa organizacji:**Warmińsko - Mazurski Oddział Straży Granicznej w Kętrzynie**
Adres:**ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn**
E-mail: sz.wmosg@strazgraniczna.pl, tel.89 7503035, 89 7503450

Dane Wykonawcy
Nazwa:
.....
.....
Adres:
.....
.....
NIP:
.....
.....
E-mail: ....., tel.: .....

I. Nazwa i nr zamówienia:
Świadczenie usług medycznych, w zakresie usług ratownika medycznego, udzielanych osobom przebywającym w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Kętrzynie.

II. Szczegóły dotyczące realizacji zamówienia:
Zgodnie z wzorem umowy stanowiącym zał. Nr 1do zapytania ofertowego w trakcie jej obowiązywania od dnia 01.01.2026 - 27.12.2026 r. łączna ilość udzielanych świadczeń zdrowotnych będzie mieściła się w przedziale od **1568-1792** godzin zgodnie z ustalonym harmonogramem dyżurów w systemie zmianowym od poniedziałku do niedzieli maksymalnie do 14 godzin na dobę(w szczególności w soboty, niedziele i święta). Przed zawarciem umowy liczba godzin zostanie skonkretyzowana.

Oświadczam że:
- zapoznałem się i akceptuję warunki dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia przedstawione w zapytaniu ofertowym oraz we wzorze umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
- Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję warunki dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia przedstawione w zapytaniu ofertowym.
- wyrażam zgodę na potrącenie w rozumieniu art. 498 i 499 kodeksu cywilnego powstałych wierzytelności, w tym kar umownych określonych w niniejszych warunkach zamówienia, z jakiejkolwiek należności Wykonawcy – z tym, że potrącenie to może dotyczyć także zobowiązań niewymagalnych. Jednocześnie oświadczam, że powyższe nie zostało złożone pod wpływem błędu, ani nie jest obarczone jakąkolwiek inną wadą oświadczenia woli skutkującą jego nieważnością;
- nie znajduję się na liście osób i podmiotów, względem których, zgodnie z ustawą z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2025 r.poz. 514) stosuje się środki sankcyjne.
- wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych przez Warmińsko-Mazurski Oddział Straży Granicznej w Kętrzynie w celu monitoringu, sprawozdawczości i audytu realizowanego projektu, wyłącznie podmiotom uprawnionym do prowadzenia powyższych czynności lub ich

przedstawicielom zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2019 poz. 1781).
- dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
- zapoznałem się z warunkami zamówienia i zawrę pisemną umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 1 do zapytania ofertowego w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego.

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cena ofertowa brutto za godzinę udzielania usług medycznych w zakresie usług ratownika medycznego .....zł (słownie:.....)

Cena ofertowa zawiera wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy, w tym m.in. koszty dojazdów do miejsca świadczenia usługi, koszty odzieży ochronnej, badań przydatności do pracy, ubezpieczenia OC itp.

.....
podpis osoby uprawnionej