

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 w Kętrzynie.

II. DANE ZAMAWIAJĄCEGO

Nazwa organizacji: Warmińsko - Mazurski Oddział Straży Granicznej

Adres: ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn

E-mail: monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl, tel.89 7503035, 89 7503036, 89 7503037

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 Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej 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 Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z ustawą z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych (Dz. U Nr 87, poz.954, z późn.zm.⁵⁾) 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 podpisania umowy do 27.03.2022 r. lub od 19.02.2022 do 27.03.2022 łączna ilość udzielanych świadczeń zdrowotnych w zależności od daty podpisania umowy będzie mieściła się w przedziale od 168- 201 godzin zgodnie z ustalonym harmonogramem dyżurów w soboty, niedziele i święta .
Dyżur trwa 14 godzin. Przed zawarciem umowy liczba godzin zostanie skonkretyzowana.

Warunki umowy stanowi zał. nr. 1 do zapytania ofertowego

V. KRYTERIA OCENY OFERTY

1. cena 100 % -sposób oceny minimalizacja

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 02.02.2022 w jeden z dostępnych sposobów:
 - w formie skanu pocztą elektroniczną na adres monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl
 - przesłać faksem na numer 89 750 37 26
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

Dodatkowych informacji udziela

mjr SG Józef WOŚ

tel. 89 750 30 35

mjr SG Marek MAKAREWICZ

tel.89 750 30 36

Monika NESTOROWICZ

tel. 89 750 30 37

e-mail: monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl

IX. DODATKOWE INFORMACJE

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia prowadzonego zapytania, a także zastrzega sobie możliwość niedokonania wyboru w przypadku, gdy:

- 1) nie zostanie złożona żadna oferta;
- 2) jeżeli cena oferty przekracza kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na realizację zamówienia
- 3) niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej do zawarcia umowy.

2. Zamawiający dopuszcza możliwość zwiększenia ilości godzin udzielanych świadczeń usług medycznych w trakcie obowiązywania umowy.

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/ogłoszenia o zamówieniu:

1. Wzór umowy 8 str.
2. Formularz ofertowy 1 str.

26.01.2022

(data)

Kierownik Służby Zdrowia W-MOSG

w Kętrzynie mjr SG Józef WOŚ

(podpis osoby prowadzącej procedurę,

działającej w imieniu zamawiającego)

SŁUŻBY ZDROWIA-LEKARZ
w Służbie Zdrowia
Warmińsko-Mazurskiego Oddziału
Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie
mjr SG Józef WOŚ

.....
(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: **monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl**, tel. 89 750 30 35, 89 750 30 36, 89 750 30 37

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. 1 do zapytania ofertowego w trakcie jej obowiązywania w ramach zawartej umowy od dnia podpisania umowy do 27.03.2022 r. lub od 19.02.2022 do 27.03.2022r. łączna ilość udzielanych świadczeń zdrowotnych w zależności od daty podpisania umowy będzie mieściła się w przedziale od 168- 201 godzin zgodnie z ustalonym harmonogramem dyżurów w soboty, niedziele i święta . Dyżur trwa 14 godzin. Przed zawarciem umowy liczba godzin zostanie skonkretyzowana.

Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję warunki dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia przedstawione w zapytaniu ofertowym/~~ogłoszeniu o zamówieniu~~ oraz we wzorze umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

III. 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 min. Koszty dojazdów do miejsca świadczenia usługi, koszty odzieży ochronnej, badań przydatności do pracy, ubezpieczenia OC itp.

IV. Oświadczam, że:

- 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. 1997 nr 133 poz. 883 z późn. zm.).

- dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia

Jednocześnie oświadczam, że powyższe nie zostało złożone pod wpływem błędu, ani nie jest obarczone jakakolwiek inną wadą oświadczenia woli skutkującą jego nieważnością.

- 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.

.....

podpis osoby uprawnionej

UMOWA NR

Zawarta w dniu w Kętrzynie pomiędzy:

Warmińsko-Mazurskim Oddziałem Straży Granicznej, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn, reprezentowanym przez **Komendanta Oddziału,** w imieniu którego działa: - **Zastępcę Komendanta Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej** 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 obowiązek udzielania świadczeń usług medycznych, w zakresie usług ratownika medycznego, udzielanych osobom przebywającym w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Kętrzynie, dalej zwanym „Ośrodkiem”.
2. **Wykonawca** zobowiązuje się do udzielania usług medycznych 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, zwanych dalej także przedmiotem umowy, a w szczególności:
 7. udzielanie pomocy medycznej osobom znajdującym się w stanach zagrożenia zdrowia lub życia,
 8. dokonywanie oceny stanu zdrowia osób,
 9. wykonywanie zabiegów w ramach działalności ambulatoryjnej, zgodnie ze zleceniami lekarza oraz prowadzenie w tym zakresie stosownej ewidencji,
 10. prowadzenie gabinetu lekarskiego i zabiegowego Ośrodka,
 11. bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej
 12. 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 osoby lub podmioty gospodarcze.

§ 2

1. Ze względu na sposób organizacji pracy u **Zamawiającego**, **Wykonawca** będzie wykonywał swoje obowiązki w formie dyżurów, zgodnie z harmonogramem ustalonym 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:.....
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 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 (Dz. U. z 2021r. poz. 711 ze zm.), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020r. poz. 666) oraz zgodnie z zasadami obowiązującymi u **Zamawiającego**.
5. **Wykonawca** zobowiązuje się do noszenia ubrania ochronnego wraz z identyfikatorem, spełniającego wymagane standardy. **Zamawiający** nie zapewnia odzieży ochronnej i roboczej.

6. **Wykonawca** jest w pełni odpowiedzialny za udzielanie usług medycznych w Ośrodku bez 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 2016r. 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) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018r. 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 niniejszej umowy upływa termin ważności zaświadczeń, o których mowa w ust.1, **Wykonawca** zobowiązuje się dostarczyć aktualne zaświadczenia na 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 w zakładzie pracy 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 na 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 ciągu 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, wymienionych w § 1.
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: 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.
5. Podstawą wystawienia faktury VAT przez **Wykonawcę** będzie zatwierdzone przez **Zamawiającego** lub osobę 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 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,
- 3) za brak wymaganej odzieży w miejscu świadczenia usług – kwotę 100,00 zł za każdy stwierdzony przypadek,
- 4) za nie dostarczenie 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,

5) za odstąpienie od umowy Zamawiającego z winy Wykonawcy – w kwocie 3.000,00 zł.

2. **Wykonawca** oświadcza, że wyraża zgodę na potrącenie w rozumieniu art. 498 i 499 Kodeksu cywilnego powstałej należności w przypadku niewykonania, nienależytego wykonywania lub nienależytego wykonania umowy poprzez naliczenie kary umownej, o której mowa w ust. 1. Jednocześnie **Wykonawca** oświadcza, że powyższe nie zostało złożone pod wpływem błędu, ani nie jest obciążone jakąkolwiek inną wadą oświadczenia woli skutkującą jego nieważnością.

3. W przypadku zaistnienia sytuacji, o której mowa w ust. 1 **Zamawiający** wystawi notę obciążającą z tytułu naliczenia kar umownych.

4. **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 dniado dnia.....
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 **Wykonawca**:
 - 1) wypełnia warunki umowy w sposób naruszający postanowienia umowy, wadliwego ich wykonywania, negatywnej oceny merytorycznej **Zamawiającego**, ograniczenia

dostępności świadczeń i zawężenia ich zakresu, niewykonywania obowiązków wynikających z umowy,

- 2) 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 Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie medycznym (t. j. Dz. U. z 2021r. poz. 2053) oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 711 ze zm.) 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.

Załącznik do umowy

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

Zamawiający:

Wykonawca:

Załącznik nr 1 do umowy.....

Harmonogram
udzielanych usług medycznych w miesiącu 2022

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 Kierownika Służby Zdrowia lub osoby upoważnionej

.....
Podpis Wykonawcy

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

ilości godzin udzielonych usług medycznych					
Dzień m-ca	Praca w godzinach		Ilość godzin	Podpis realizującego usługę medyczna	Potwierdzenie
	Miesiąc, rok				
	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 doudzieliłem usług medycznych w ilości..... godzin.

.....
Podpis Wykonawcy

.....
podpis Kierownika Służby Zdrowia lub osoby upoważnionej