



EUM-4240-4/26

## SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (SWKO)

**ZAMAWIAJĄCY: UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE, UL. WIELICKA  
265, 30-663 KRAKÓW**

Procedura postępowania konkursowego prowadzona będzie na podstawie art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2026.156) oraz art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2025.1461).

### I. PRZEDMIOT KONKURSU

1. Przedmiotem niniejszego konkursu ofert jest wykonywanie na rzecz Zamawiającego świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii szczękowo - twarzowej udzielanych na rzecz pacjentów hospitalizowanych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcy w Krakowie.
2. Kod świadczenia stanowiącego przedmiot konkursu zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień określonym w *Rozporządzeniu (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV): 85121200-5 - specjalistyczne usługi medyczne.*
3. Szczegółowe zasady udzielania świadczeń będących przedmiotem konkursu określa wzór umowy stanowiący **Załącznik nr 7** do niniejszych SWKO.

### II. WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM

1. Do konkursu mogą przystąpić podmioty, o których mowa w art. 26 *Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.* (t.j. Dz.U.2026.156).
2. Zakres udzielanych przez Oferenta świadczeń zdrowotnych określony we wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą musi odpowiadać zakresowi objętemu konkursem.
3. Oferent powinien dysponować personelem z uprawnieniami wymaganymi do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym (lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej lub lekarze w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej po ukończeniu 2 roku specjalizacji).

### III. CZAS TRWANIA UMOWY

Umowa z Wykonawcą wyłonionym w niniejszym postępowaniu konkursowym zostanie zawarta na okres **od 1 sierpnia 2026 r. do 31 lipca 2027 r.**

### IV. WYMOGI FORMALNE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent ma prawo złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie każdej z nich.

2. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.
3. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, **na formularzach załączonych do niniejszych SWKO (bez modyfikowania formularzy)** oraz podpisana przez osobę(y) uprawnioną(e) do reprezentowania Oferenta (**każda strona oferty winna być podpisana oraz opatrzona imienną pieczęcią osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta**).
4. Wszelkie poprawki lub zmiany w składanym tekście oferty muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
5. Kompletna oferta musi zawierać wszystkie niżej wymienione załączniki:
  - formularz ofertowy, według **załącznika nr 1 do SWKO**,
  - ofertę cenową, według **załącznika nr 2 do SWKO**,
  - oświadczenie, według **załącznika nr 3 do SWKO**,
  - oświadczenie o spełnianiu wymogów określonych w warunkach konkursu dla świadczeń objętych postępowaniem, według **załącznika nr 4 do SWKO**,
  - uwierzytelnioną kopię polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej Oferenta **lub** oświadczenie Oferenta, że najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawi Zamawiającemu kopię przedmiotowego dokumentu, według **załącznika nr 5 do SWKO**,
  - informację dotyczącą kryteriów oceny oferty, według **załącznika nr 6 do SWKO**,
  - wykaz personelu wykonującego świadczenia objęte ofertą (imię i nazwisko, PWZ, specjalizacja),
  - pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę (**jeśli ofertę podpisuje pełnomocnik**).
6. Dokumenty załączone do formularza oferty winny być złożone w oryginałach bądź kopiach uwierzytelnionych przez osobę(y) uprawnioną(e) do reprezentacji Oferenta za ich zgodność z oryginałem.
7. Oferenci ponoszą wszystkie koszty związane z przygotowaniem oraz złożeniem oferty.  
 Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę. Zmiana oferty następuje poprzez złożenie nowej oferty zawierającej zmiany i uzupełnionej o adnotację o wycofaniu oferty złożonej wcześniej. Wycofanie oferty następuje poprzez pisemne powiadomienie Zamawiającego o tym fakcie. **Zmiana lub wycofanie oferty musi nastąpić przed terminem składania ofert.**
8. Oferent może wskazać, które informacje zawarte w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorcy, poprzez załączenie stosownego oświadczenia (w oświadczeniu należy wskazać numery stron lub numery załączników podlegających zastrzeżeniu).

## V. POZOSTAŁE WARUNKI

1. **Proponowane ceny jednostkowe wykonywania świadczeń powinny być wyrażone w złotych polskich (PLN) jako ceny brutto.** Ponadto każda wskazana w ofercie cenowej, sporządzonej wg wzoru załącznika nr 2 do SWKO, cena powinna być ceną kompletną i ostateczną – uwzględniającą wszelkie rabaty i dodatkowe koszty.
2. Oferent gwarantuje niezmiennosc cen w całym okresie obowiązywania umowy (dotyczy cen wskazanych w Ofercie cenowej).
3. Oferty będą oceniane wg poniższych kryteriów:

| Lp. | Kryterium  | Opis                                                                                                           | Ilość punktów jakie można otrzymać za kryterium |
|-----|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1   | JAKOŚĆ     | Posiadanie przez Oferenta certyfikatu zarządzania jakością ISO 9001 w zakresie chirurgii szczękowo - twarzowej | 10 pkt                                          |
| 2   | DOSTĘPNOŚĆ | Odległość miejsca wykonywania świadczeń z zakresu                                                              |                                                 |

|          |                      |                                                                                                                                                                                                                   |                                 |
|----------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
|          |                      | chirurgii szczękowo – twarzowej (Oddziału/Kliniki Oferenta) od siedziby Zamawiającego:<br>< 5 km<br>> 5 km                                                                                                        | <b>25 pkt</b><br><b>0 pkt</b>   |
| <b>3</b> | <b>KOMPLEKSOWOŚĆ</b> | Liczba zapewnianych przez Oferenta lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii szczękowo – twarzowej                                                                                                              | <b>3 pkt za każdego lekarza</b> |
| <b>4</b> | <b>CIĄGŁOŚĆ</b>      | Oferent realizuje świadczenia w przedmiocie oferty na zlecenie podmiotów leczniczych od co najmniej 3 lat                                                                                                         | <b>5 pkt</b>                    |
| <b>5</b> | <b>CENA (C)</b>      | Kryterium <i>Cena</i> będzie wyliczone wg wzoru:<br><br>$C = \frac{R1 \times W_{min}}{Wb}$ W <sub>min</sub> - wartość oferty najtańszej<br>W <sub>b</sub> - wartość oferty badanej<br>R1- waga punktowa kryterium | <b>50 pkt</b>                   |

**Za najkorzystniejszą uznana zostanie ta z ocenianych ofert, która uzyska najwięcej punktów.**

4. W przypadku złożenia przez Oferentów ofert w tej samej cenie oraz uzyskania takiej samej liczby punktów w zakresie pozostałych kryteriów, Komisja Konkursowa wezwie takich Oferentów do ponownego złożenia dodatkowych ofert cenowych w określonym przez Zamawiającego terminie z zastrzeżeniem, iż Oferent nie może zaoferować ceny wyższej niż przedstawiona w złożonej ofercie.
5. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, Zamawiający zastrzega sobie możliwość wprowadzenia zmian w treści warunków konkursu ofert. O każdej ewentualnej zmianie Zamawiający powiadomi Oferentów poprzez zamieszczenie ogłoszenia na stronie internetowej.
6. Oferent może zwracać się do Zamawiającego o wyjaśnienie wszelkich wątpliwości związanych z warunkami oraz sposobem przeprowadzenia konkursu ofert. **Zamawiający udzieli wyjaśnień i odpowiedzi pod warunkiem, że pytania wpłyną do Zamawiającego najpóźniej do 16 lipca 2026 r.** Na zapytania skierowane po tym terminie Zamawiający nie będzie odpowiadał.

**Pisemne zapytania** należy kierować e-mailem na adres: [ofertowanie@usdk.pl](mailto:ofertowanie@usdk.pl).

## **VI. TERMIN, MIEJSCE ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA OFERT**

1. Oferta powinna być umieszczona w zaklejonej kopercie lub opakowaniu uniemożliwiającym dostęp oraz podgląd jej zawartości.
2. Koperta/opakowanie oferty powinno być oznaczone w następujący sposób:
  - pełna nazwa Oferenta zgodna z wpisem do właściwego rejestru lub czytelnie odcisnięta pieczęć firmowa,
  - nazwa Zamawiającego: **Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków,**
  - dopisek: **"Konkurs ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii szczękowo – twarzowej. Nie otwierać przed dniem 21 lipca 2026 r., godz. 10<sup>00</sup>".**
3. Prawidłowo przygotowane oferty winny zostać złożone lub przesłane w terminie do **21 lipca 2026 r., godz. 10<sup>00</sup>**, na adres: **Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków (pocztą lub osobiście w Kancelarii Dyrektora Szpitala – preferowaną formą dostarczenia dokumentów jest przesyłka pocztowa/kurierska).**
4. Oferta nadana drogą pocztową złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Zamawiającego przed upływem terminu określonego dla składania ofert – **decyduje data i godzina wpływu.**

## VII. POSTĘPOWANIE KONKURSOWE

1. Postępowanie konkursowe przeprowadzi powołana w tym celu Komisja Konkursowa.
2. Zamawiającemu przysługuje prawo swobodnego wyboru oferty zgodnie z przyjętymi kryteriami, możliwość odwołania konkursu w całości lub w części, przesunięcia terminu składania oraz otwarcia ofert lub terminu rozstrzygnięcia konkursu.
3. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej. Oferent może uczestniczyć tylko w jawnej części konkursu.
4. Otwarcie ofert jest jawne i nastąpi w miejscu i terminie wskazanym w ogłoszeniu oraz niniejszych SWKO. Podczas otwierania kopert z ofertami, Oferenci mogą być obecni oraz mogą składać wyjaśnienia i oświadczenia do protokołu.
5. Ocena i wybór najkorzystniejszej oferty następuje w części niejawnej konkursu.
6. **Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu na składanie ofert.**

### **OTWARCIE OFERT (część jawna konkursu ofert)**

1. Otwarcie ofert nastąpi **21 lipca 2026 r. o godz. 10<sup>30</sup>** w siedzibie Zamawiającego, **pokój J1.0-5.**
2. W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może żądać udzielenia przez Oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.
3. **W przypadku, gdy oferta zawiera braki formalne Komisja Konkursowa wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie, pod rygorem odrzucenia oferty, jednakże w trybie tym nie można usunąć braku ceny.**
4. W celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych podanych w treści oferty Zamawiający uprawniony jest do żądania dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje zawarte w ofercie.

### **WYBÓR OFERTY (część niejawna konkursu ofert)**

1. Komisja Konkursowa dokona oceny ofert oraz wyboru oferty najkorzystniejszej w oparciu o kryteria określone w niniejszych SWKO.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo odrzucenia oferty w przypadkach określonych w art. 149 ust. 1 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* oraz w pkt VII SWKO (po bezskutecznym upływie terminu uzupełnienia braków formalnych oferty).
3. W przypadku, gdy złożone oferty nie zapewniają właściwej możliwości wykonywania świadczeń zdrowotnych, Komisja Konkursowa jest uprawniona do odrzucenia wszystkich ofert.

## VIII. ROZSTRZYGNIECIE KONKURSU OFERT

1. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi **do 23 lipca 2026 r.**
2. Ogłoszenie zawierające nazwę i siedzibę wybranego Oferenta zamieszczone zostanie na stronie internetowej Szpitala.

## IX. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia konkursu w przypadkach, gdy:
  - a. nie wpłynęła żadna oferta,
  - b. wpłynęła jedna oferta i nie podlega ona odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2,
  - c. odrzucone zostały wszystkie oferty,
  - d. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że przeprowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Zamawiającego, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja Konkursowa może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs nie wpłynie więcej ofert.

## **X. PROTESTY I ODWOŁANIA**

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego zasad przeprowadzenia niniejszego postępowania konkursowego przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w art. 152, art. 153 i 154 ust. 1 i 2 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
  - a) wybór trybu postępowania,
  - b) niedokonanie wyboru Oferenta,
  - c) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

## **XI. KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

1. Zamawiający (Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie) wypełnia obowiązek informacyjny wynikający 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), zwane dalej „RODO”:
2. Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, w jaki sposób będą przetwarzane Pani/Pana dane osobowe jest:  
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie (dalej „Szpital”)  
adres: ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków, tel. 12 333 93 83, e-mail: sekretariat@usdk.pl
3. Inspektor ochrony danych  
Szpital wyznaczył Inspektora ochrony danych. Jest to osoba, z którą może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. Z Inspektorem można kontaktować się w następujący sposób:
  - listownie na adres: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków, z dopiskiem: „Inspektor ochrony danych”
  - poprzez e-mail: iod@usdk.pl
  - telefonicznie: 12 333 94 09
4. Cele i podstawa prawna przetwarzania Pani/Pana danych osobowych  
Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń chirurgii szczękowo - twarzowej, a w przypadku wyboru oferty – do zawarcia i realizacji umowy.  
Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.  
W przypadku, gdy jako osoba fizyczna jest Pani/Pan stroną umowy zawartej ze Szpitalem, Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w celu wypełnienia obowiązków prawnych Kierownika jednostki sektora finansów publicznych dotyczących wprowadzania i aktualizacji w Centralnym Rejestrze Umów Jednostek Sektora Finansów Publicznych (dalej jako „Centralny Rejestr Umów JSFP”) informacji o umowie zawartej przez jednostkę sektora finansów publicznych lub na jej rzecz – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 34a ustawy o finansach publicznych oraz Rozporządzeniem Ministra Finansów i Gospodarki z dnia 30 marca 2026 r. w sprawie Centralnego Rejestru Umów Jednostek Sektora Finansów Publicznych.
5. Informacja o kategoriach odbiorców danych osobowych

Szpital może udostępnić Pani/Pana dane osobowe podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Ponadto odbiorcami Państwa danych osobowych zawartych w dokumentach związanych z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego mogą być podmioty uprawnione do obsługi doręczeń oraz dostawcy usług, z którymi Szpital zawarł umowy. Są to m.in. podmioty zapewniające obsługę i wsparcie systemów teleinformatycznych, usługi związane z niszczeniem i utylizacją dokumentacji oraz innych nośników zawierających dane osobowe.

W przypadku, gdy jako osoba fizyczna jest Pani/Pan stroną umowy zawartej ze Szpitalem, Pani/Pana dane osobowe zostaną udostępnione Ministrowi Finansów, który jest odrębnym administratorem danych w zakresie, w jakim jest to niezbędne do zapewnienia funkcjonowania systemu teleinformatycznego, w którym prowadzony jest Centralny Rejestr Umów JSFP, zgodnie z art. 34b ust. 8 ustawy o finansach publicznych”;

Centralny Rejestr Umów JSFP jest jawny, w wyniku czego Pani/Pana dane osobowe wprowadzone do Rejestru będą publicznie dostępne.

Zakres udostępnionych danych w Centralnym Rejestrze Umów JSFP obejmuje takie dane jak: Pani/Pana imię i nazwisko jako oznaczenie strony umowy, numer umowy (jeżeli został nadany), datę zawarcia umowy, okres na jaki umowa została zawarta, przedmiot umowy, wartość umowy, wskazanie czy umowa jest finansowana ze środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) i/lub innych środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi, status umowy (obowiązująca, zakończona, rozwiązana) i dzień zakończenia obowiązywania, informacje o zmianach umowy, w tym o aneksach.

6. Przekazywanie danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.

7. Okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa.

W przypadku, gdy jako osoba fizyczna jest Pani/Pan stroną umowy zawartej ze Szpitalem, informacje o umowie są usuwane z Centralnego Rejestru Umów JSFP po upływie pięciu lat, licząc od końca roku, w którym umowa przestała obowiązywać, zgodnie z art. 34b ust. 6 ustawy o finansach publicznych.

8. Przysługujące uprawnienia związane z przetwarzaniem danych osobowych

W odniesieniu do danych pozyskanych w związku z prowadzonym postępowaniem konkursowym przysługują Państwu następujące uprawnienia:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do treści danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub Inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazano powyżej.

Nie przysługuje Pani/Panu w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych; prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO; prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 21 RODO;

w przypadku gdy podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO.

9. Prawo wniesienia skargi

Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

10. Obowiązek podania danych osobowych

Konieczność podania przez Panią/Pana danych osobowych wynika z obowiązujących przepisów prawa i jest warunkiem niezbędnym do przeprowadzenia postępowania konkursowego oraz podpisania i realizacji umowy w przypadku wyboru oferty.

11. Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji

Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji (bez udziału człowieka) i nie będą podlegać profilowaniu, stosownie do art. 22 RODO.

12. Oferent ubiegając się o udzielenie mu zamówienia w wyniku prowadzonego postępowania konkursowego zobowiązany jest do wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 i 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w przedmiotowym postępowaniu konkursowym.

Oferent składa oświadczenie, że wypełni obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu konkursowym.

Oświadczenie, o którym mowa powyżej zawarte jest w Załączniku nr 3 do SWKO.

---

<sup>1</sup> Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania konkursowego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2026.156) oraz ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2025.1461) oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników

<sup>2</sup> Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

### FORMULARZ OFERTY

| DANE OFERENTA                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nazwa</b>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Adres</b>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Numer wpisu do RPWDL</b>                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Numer wpisu do KRS</b>                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>NIP</b>                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>REGON</b>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby kontaktowej w zakresie składanej oferty</b>                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| DANE DO UMOWY                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do podpisania umowy</b>                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nazwa banku</b><br><b>Nr rachunku bankowego</b><br><br><b>Czy podany rachunek jest wpisany do „Wykazu podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT” (tzw. „Biała Lista)?</b> | <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> wskazany rachunek figuruje na „Białej liście”         </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> wskazany rachunek nie figuruje na „Białej liście” – świadczenia zwolnione z VAT         </div> |

**Spis załączników:**

| L.p.     | Rodzaj dokumentu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”) |     |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----|
|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TAK                                 | NIE |
| <b>1</b> | Oferta cenowa - według załączonego wzoru - <b>załącznik nr 2 do SWKO</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |     |
| <b>2</b> | Oświadczenie - według załączonego wzoru - <b>załącznik 3 do SWKO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |     |
| <b>3</b> | Oświadczenie o spełnianiu wymogów określonych w warunkach konkursu ofert dla świadczeń objętych postępowaniem konkursowym - według załączonego wzoru - <b>załącznik 4 do SWKO</b>                                                                                                                                                     |                                     |     |
| <b>4</b> | Uwierzytelniona kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej / Oświadczenie Oferenta, iż w przypadku wyboru jego oferty najpóźniej w dniu podpisywania umowy przedłoży Zamawiającemu kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej - według załączonego wzoru - <b>załącznik nr 5 do SWKO (niewłaściwe skreślić)</b> |                                     |     |
| <b>5</b> | Informacja dotycząca kryteriów oceny oferty - <b>załącznik nr 6 do SWKO</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |     |
| <b>6</b> | Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę ( <u>jeśli dotyczy</u> )                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |     |
| <b>7</b> | Wykaz personelu wykonującego świadczenia objęte ofertą (imię i nazwisko, PWZ, specjalizacja)                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |     |
| <b>8</b> | Inne (wymienić jakie)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |     |

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć Oferenta

**OFERTA CENOWA**  
(pakiet zamknięty - konieczność złożenia oferty na cały pakiet)

| L.p. | Nazwa świadczenia                                                                                    | Szacunkowa<br>ilość<br>świadczeń<br>na 12-mcy * | Cena<br>jednostkowa<br>brutto (w zł) | Łącznie wartość (kol. 3 x kol. 4) | Stawka za<br>procedurę/zabieg |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1    | 2                                                                                                    | 3                                               | 4                                    | 5                                 |                               |
| 1    | 76.312 Subtotalna resekcja żuchwy                                                                    | 1                                               |                                      |                                   |                               |
| 2    | 76.391 Połowicze wycięcie szczęki (z przeszczepem kostnym lub protezą)                               | 1                                               |                                      |                                   |                               |
| 3    | 76.451 Całkowite wycięcie szczęki                                                                    | 1                                               |                                      |                                   |                               |
| 4    | 16.51 Wytrzewienie oczodołu z usunięciem przyległych struktur                                        | 1                                               |                                      |                                   |                               |
| 5    | 16.95 Dekompresja oczodołu                                                                           | 1                                               |                                      |                                   |                               |
| 6    | 23.2202 Repozycja i unieruchomienie wielokrotnego, z odtłami pośrodkowymi złamania żuchwy            | 2                                               |                                      |                                   |                               |
| 7    | 24.21 Plastyka dziąsła z przeszczepem kości lub tkanek miękkich                                      | 1                                               |                                      |                                   |                               |
| 8    | 27.591 Plastyka korekcyjna twarzy po porażeniu nerwu twarzowego mięśniem skroniowym/mięśniem żwaczem | 1                                               |                                      |                                   |                               |
| 9    | 76.2 Miejscowe usunięcie lub zniszczenie zmiany kości twarzy                                         | 14                                              |                                      |                                   |                               |
| 10   | 76.43 Rekonstrukcja żuchwy - inna                                                                    | 1                                               |                                      |                                   |                               |
| 11   | 76.46 Rekonstrukcja kości twarzy - inna                                                              | 1                                               |                                      |                                   |                               |
| 12   | 76.63 Plastyka trzonu żuchwy                                                                         | 1                                               |                                      |                                   |                               |

|    |                                                                        |   |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------|---|--|--|
| 13 | 76.65 Segmentarna osteoplastyka szczęki                                | 1 |  |  |
| 14 | 76.72 Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej                     | 5 |  |  |
| 15 | 76.74 Otwarte nastawienie złamania szczęki                             | 2 |  |  |
| 16 | 76.76 Otwarte nastawienie złamania żuchwy                              | 5 |  |  |
| 17 | 76.771 Nastawienie złamania zębodołu ze stabilizacją zębów             | 1 |  |  |
| 18 | 76.791 Otwarte nastawienie złamania oczodołu                           | 5 |  |  |
| 19 | 76.911 Autogenny przeszczep kostny kości twarzy                        | 1 |  |  |
| 20 | 76.921 Alloplastyczny wszczep do kości twarzy                          | 1 |  |  |
| 21 | 76.94 Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego       | 1 |  |  |
| 22 | 76.99 Operacje kości twarzy/ stawów – inne                             | 1 |  |  |
| 23 | 16.011 Nacięcie oczodołu z dostępu bocznego                            | 7 |  |  |
| 24 | 40.31 Poszerzone wycięcie regionalnych węzłów chłonnych                | 3 |  |  |
| 25 | 26.322 Radykalne usunięcie ślinianki                                   | 1 |  |  |
| 26 | 25.4 Radykalne usunięcie języka                                        | 1 |  |  |
| 27 | 27.56 Przeszczep skóry w zakresie jamy ustnej - inne                   | 1 |  |  |
| 28 | 86.4 Radykalne wycięcie zmiany skóry                                   | 1 |  |  |
| 29 | 86.743 Zamknięcie ubytku przez uszypułowany płat skórno-podskórny      | 1 |  |  |
| 30 | 86.71 Preparowanie skórno-podskórnego płata uszypułowanego             | 1 |  |  |
| 31 | 86.601 Przeszczep skóry pośredniej grubości                            | 1 |  |  |
| 32 | 86.602 Przeszczep skóry pełnej grubości                                | 1 |  |  |
| 33 | 27.57 Płat cylindryczny lub uszypułowany w zakresie jamy ustnej i warg | 4 |  |  |
| 34 | 27.01 Drenaż z okolicy twarzy                                          | 1 |  |  |
| 35 | 27.02 Drenaż przestrzeni powięziowej twarzy                            | 2 |  |  |

**Stawka za  
procedurę/zabieg**

|                                    |                                                                                                                                          |    |  |  |                                                              |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|--|--------------------------------------------------------------|
| 36                                 | 23.1704 Usunięcie zęba przez dłużowanie<br>zwnqtrz zębodołowe z wytworzeniem płata<br>śluzówkowo-okostnowego                             | 1  |  |  |                                                              |
| 37                                 | 23.1705 Operacyjne usunięcie zęba zatrzymanego                                                                                           | 4  |  |  |                                                              |
| 38                                 | 23.1706 Operacyjne odślonięcie zatrzymanego<br>zęba z założeniem pętli drucianej dla celów<br>ortodontycznych                            | 1  |  |  |                                                              |
| 39                                 | 23.1707 Operacyjne usunięcie zawiązków zębów<br>ze wskazań ortodontycznych                                                               | 1  |  |  |                                                              |
| 40                                 | 27.32 Rozległe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub<br>tkanki podniebienia twardego                                                       | 1  |  |  |                                                              |
| 41                                 | 27.493 Wycięcie zmiany w zakresie przedsionka i<br>dna jamy ustnej                                                                       | 1  |  |  |                                                              |
| 42                                 | 76.71 Zamknięte nastawienie złamania kości<br>jarzmowej                                                                                  | 2  |  |  |                                                              |
| 43                                 | Konsultacja specjalistyczna lekarza specjalisty<br>chirurgii szczękowo - twarzowej                                                       | 35 |  |  | Stawka za<br>konsultację                                     |
| 44                                 | Konsultacja specjalistyczna lekarza w trakcie<br>specjalizacji chirurgii szczękowo-twarzowej po<br>ukończeniu 2 roku specjalizacji       | 6  |  |  | Stawka za<br>konsultację                                     |
| 45                                 | Stawka za godzinę pracy lekarza/zespołu<br>lekarzkiego w przypadku, gdy świadczenie będzie<br>spoza listy procedur wskazanej w poz. 1-42 | 12 |  |  | Stawka za<br>godzinę pracy<br>lekarza/zespołu<br>lekarzkiego |
| <b>Łącznie (suma wierszy 1-45)</b> |                                                                                                                                          |    |  |  |                                                              |

\* Zamawiający zastrzega sobie możliwość zlecenia poszczególnych świadczeń w ilościach wg rzeczywistych potrzeb

**Koszt wykorzystania specjalistycznego instrumentarium, o którym mowa § 2 ust. 1 umowy ..... (w zł)**

.....

miejscowość, data

.....

podpis i pieczęć Oferenta

.....  
**(pieczęć Oferenta)**

**Oświadczenie**

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści,
- 2) akceptuję bez zastrzeżeń projekt umowy stanowiący **Załącznik nr 7 do SWKO** oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na przedstawionych warunkach,
- 3) będę kontynuował umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy,
- 4) uważam się za związanego ofertą przez okres 60 dni od daty upływu terminu składania ofert,
- 5) wypełniłem oraz zobowiązuję się w przyszłości wypełniać obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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), zwane RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem lub pozyskam w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w przedmiotowym postępowaniu konkursowym lub zawarcia i realizacji umowy zawartej w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego<sup>1</sup>.

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

-----  
<sup>1</sup> W przypadku, gdy Oferent nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Oferent nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

.....  
**(pieczęć Oferenta)**

**Oświadczenie**  
**o spełnianiu wymogów określonych w warunkach konkursu ofert dla świadczeń objętych**  
**postępowaniem konkursowym**

Oświadczam, iż spełniam wymogi określone wobec Oferentów w warunkach niniejszego konkursu oraz dysponuję personelem spełniającym wymogi przewidziane w przepisach prawa dla wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych składaną ofertą.

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

.....  
**(pieczęć Oferenta)**

**Oświadczenie Oferenta,  
dotyczące ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej**

Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię kopię polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej.

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

**INFORMACJA DOTYCZĄCA KRYTERIÓW OCENY OFERTY**

| <b>Nazwa kryterium</b>                                                                                                                   | <b>ODPOWIEDŹ</b>                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Posiadanie przez Oferenta certyfikatu zarządzania jakością ISO 9001 w zakresie chirurgii szczękowo - twarzowej                           | <p style="text-align: center;"><b>TAK/NIE</b></p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;"><b>JEŚLI ODPOWIEDŹ TAK NALEŻY<br/>ZAŁĄCZYĆ KOPIĘ</b></p> |
| Odległość miejsca wykonywania świadczeń z zakresu chirurgii szczękowo - twarzowej (Oddziału/Kliniki Oferenta) od siedziby Zamawiającego: | <p style="text-align: center;">&lt; 5 km</p> <p style="text-align: center;">&gt; 5 km</p> <p style="text-align: center;"><b><i>zaznaczyć właściwe</i></b></p>                      |
| Liczba zapewnianych przez Oferenta lekarzy specjalistów dziedzinie chirurgii szczękowo - twarzowej                                       | <p style="text-align: center;">.....</p>                                                                                                                                           |
| Oferent realizuje świadczenia w przedmiocie oferty na zlecenie podmiotów leczniczych, od co najmniej 3 lat                               | <p style="text-align: center;"><b>TAK/NIE</b></p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Proszę wskazać ile lat</u></b></p>                 |

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

**UMOWA (WZÓR)**  
**o wykonanie świadczeń zdrowotnych**

zawarta w dniu ..... r. w Krakowie pomiędzy:

**UNIWERSYTECKIM SZPITALEM DZIECIĘCYM W KRAKOWIE**  
**UL. WIELICKA 265, 30-663 KRAKÓW**

zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Krakowa-Śródmieścia Wydział XI Gospodarczy  
Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000039390, NIP: 679-25-25-795,  
REGON: 351375886, reprezentowanym przez:

.....  
zwanym dalej **UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA**

a

.....  
.....KRS ....., NIP ....., REGON .....,  
reprezentowanym przez: .....  
zwanym dalej **PRZYJMĄCYM ZAMÓWIENIE**

W wyniku przeprowadzonego konkursu ofert na podstawie art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2026.156) oraz art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2025.1461), *Udzielający zamówienia* zawiera z *Przyjmującym zamówienie* umowę o następującej treści:

**§ 1**

1. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do udzielania świadczeń z zakresu chirurgii szczękowo - twarzowej wskazanych w **Załączniku nr 1** do umowy, dla pacjentów *Udzielającego zamówienia*, a *Udzielający zamówienia* zobowiązuje się do zapłaty *Przyjmującemu zamówienie* wynagrodzenia za wykonane świadczenia zdrowotne wg cen wskazanych w **Załączniku nr 1** do umowy.
2. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem Umowy, będą siedziby komórek organizacyjnych *Udzielającego zamówienia* lub, w szczególnych przypadkach, siedziby odpowiednich komórek organizacyjnych *Przyjmującego zamówienie*. Personel *Przyjmującego zamówienie* udzielający świadczeń w siedzibach komórek *Udzielającego Zamówienia* jest zobowiązany do przestrzegania procedur obowiązujących u *Udzielającego Zamówienia*.
3. Świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem Umowy, udzielane będą w dniach i godzinach zgodnych z harmonogramem pracy komórek organizacyjnych *Przyjmującego zamówienie*, udzielających świadczeń z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej (z zastrzeżeniem regulacji ust. 7, w zakresie pracy tych komórek w trybie dyżurowym).
4. Wykaz osób przewidzianych do realizacji zamówienia zawiera **Załącznik nr 2** do niniejszej umowy. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje niezwłocznego zgłaszania *Udzielającemu zamówienia* wszystkich zmian w wykazie personelu udzielającego świadczeń objętych umową.
5. *Przyjmujący zamówienie* gwarantuje niezmienność cen świadczeń wskazanych

w **Załączniku nr 1** do umowy.

6. Podstawą wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową będą imienne skierowania wystawione przez *Udzielającego zamówienia* według wzoru *Przyjmującego zamówienie* (wzór skierowania określa **Załącznik nr 3** do niniejszej umowy).
7. W przypadkach szczególnie uzasadnionych ze względów medycznych lub organizacyjnych, w szczególności w przypadku zmniejszonej obsady kadrowej w trybie dyżurowym albo w przypadku, gdy w toku realizacji Umowy Strony tak postanowią, świadczenia zdrowotne mogą być realizowane w siedzibie *Przyjmującego zamówienie*. W takim przypadku *Udzielający Zamówienia* zobowiązuje się do zapewnienia dla Pacjenta stanowiska intensywnej terapii lub kontynuacji leczenia w innym oddziale specjalistycznym, a w wyjątkowych przypadkach Strony ustalą możliwość przyjęcia Pacjenta na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii *Przyjmującego zamówienie*, jak również do zapewnienia sprzętu, aparatury medycznej oraz innych materiałów niezbędnych do realizacji świadczenia, z zastrzeżeniem §2 ust. 1. Postanowienie ma zastosowanie wyłącznie po wspólnym dokonaniu takiego ustalenia przez strony umowy.
8. Szacunkowa liczba świadczeń zleczanych w ramach umowy określona została w załączniku nr 1 do Umowy, przy czym nie stanowi ona zobowiązania dla Zamawiającego do zlecenia wykonania liczby świadczeń w tej ilości, ani podstawy dochodzenia roszczeń odszkodowawczych przez Wykonawcę w przypadku faktycznego zmniejszenia ilości zleconych świadczeń.

## § 2

1. W przypadku braku możliwości zabezpieczenia przez *Udzielającego Zamówienia* materiałów i wyposażenia (w szczególności instrumentarium) *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się zabezpieczyć niezbędne materiały do realizacji świadczeń. W takim przypadku koszty zużytych materiałów jednorazowych i inne koszty wynikające z braku zabezpieczenia materiałów przez *Udzielającego Zamówienia* pokrywa *Udzielający Zamówienia*, na podstawie specyfikacji kosztowej stanowiącej załącznik do faktury (wg. cen zakupu materiałów przez *Przyjmującego Zamówienia*). *Udzielającemu Zamówienia* przysługuje prawo do kontroli kosztów uwzględnionych w specyfikacji poprzez żądanie przedstawienia faktury potwierdzającej zakup. Strony ustalają, że koszt każdorazowego wykorzystania instrumentarium będącego własnością *Przyjmującego Zamówienia*, wynosi ..... Instrumentarium będące własnością *Przyjmującego Zamówienia* konieczne do przeprowadzenia zabiegu przekazywane jest do *Udzielającego Zamówienia* zgodnie z obowiązującą w tym zakresie wewnętrzną procedurą u *Udzielającego Zamówienia*.
2. Uzgodnienie terminów świadczeń realizowanych w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* powinno nastąpić najpóźniej w dniu poprzedzającym takie świadczenie. Lekarz *Przyjmującego Zamówienia*, który będzie wykonywał zabieg zobowiązuje się do okazania na żądanie *Udzielającego Zamówienia* dokumentów potwierdzających jego kwalifikacje, w tym prawa wykonywania zawodu lekarza oraz posiadanych specjalizacji.
3. Lekarz *Przyjmującego zamówienia*, który realizuje świadczenia będzie po każdym zakończonym zabiegu wykonanym w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* wskazywał, w uzgodnieniu z Lekarzem *Udzielającego Zamówienia*, wykonaną procedurę zgodnie z listą procedur ICD-9 ujętych w **Załączniku nr 1** do umowy. Potwierdzeniem wykonania procedury, o której mowa powyżej będzie dokument sporządzony wg wzoru **Załącznika nr 4** do umowy, podpisany przez lekarzy *Przyjmującego Zamówienia* oraz *Udzielającego Zamówienia*. Brak obecności Lekarza *Udzielającego zamówienia*, uniemożliwi realizację zobowiązań wynikających ze zd. 1 niniejszego ustępu. W przypadku, gdy zrealizowane świadczenie będzie spoza ww. listy, jednostka rozliczeniową będzie stawka za godzinę zabiegu dla zespołu, określona w **Załączniku nr 1** do umowy.

## § 3

1. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu umowy z należytą

starannością, na poziomie odpowiadającym współczesnej wiedzy medycznej, przy uwzględnieniu właściwej jakości świadczeń.

2. *Przyjmujący zamówienie* oświadcza, że:

- a) świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy wykonywane będą wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach,
- b) jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie co najmniej działań związanych z realizacją przedmiotu umowy (w przypadku, kiedy polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej jest zawarta na czas krótszy niż niniejsza umowa, *Przyjmujący zamówienie* na żądanie *Udzielającego zamówienia* zobowiązany jest przedłożyć potwierdzenie przedłużenia ubezpieczenia),
- c) podda się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w *Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Oddziałem NFZ, jak również potwierdza prawo *Udzielającego zamówienia* do kontroli wykonywania umowy, w terminie każdorazowo uzgodnionym z *Przyjmującym zamówienie*.

3. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest niezwłocznie po zawarciu umowy do wprowadzenia w Portalu Potencjału MOW NFZ (w zakładce: *Umowy podwykonawstwa*) stosownych informacji, zgodnie z wymogami NFZ.

4. *Przyjmujący zamówienie* oświadcza i gwarantuje, że wszystkie osoby które będą dopuszczone w ramach niniejszej umowy do działalności związanej z realizacją świadczeń zdrowotnych, są weryfikowane przez niego zgodnie z obowiązkami wynikającymi z *Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich*, w tym nie figurują w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.

#### § 4

Dla realizacji zadań objętych niniejszą umową *Udzielający zamówienia* zapewnia *Przyjmującemu zamówienie* dostęp do wszystkich środków i urządzeń medycznych, sprzętu i aparatury, znajdujących się na terenie siedziby *Udzielającego zamówienia*, niezbędnych do wykonywania świadczeń w zakresie objętym umową, z wyłączeniem materiałów, o których mowa w § 2 ust. 1.

#### § 5

1. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do:

- a. wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych w umowie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
- b. prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów w systemie informatycznym *Udzielającego zamówienia* oraz w wersji papierowej, w przypadku realizacji świadczeń w siedzibie *Udzielającego zamówienia* (nadawanie uprawnień dostępowych do systemu dla lekarzy *Przyjmującego zamówienie* odbywać się będzie na zasadach obowiązujących u *Udzielającego zamówienia*),
- c. znajomości i przestrzegania regulaminów i innych wewnętrznych aktów normatywnych obowiązujących u *Udzielającego zamówienia* i mających związek z realizacją niniejszej umowy, w tym „*Polityki ochrony dzieci w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie*” (dostępnej na stronie internetowej *Udzielającego zamówienia*),
- d. znajomości i przestrzegania praw pacjenta.

2. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest zapewnić poufność wszelkich informacji dotyczących działalności *Udzielającego zamówienia* uzyskanych w związku z realizacją niniejszej umowy i nie ujawniać tych informacji bez zgody *Udzielającego zamówienia*, wyrażonej w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, w czasie trwania niniejszej umowy oraz po jej zakończeniu.

## § 6

1. Za wykonanie przedmiotu umowy, *Udzielający zamówienia* zobowiązuje się do zapłaty *Przyjmującemu zamówienie* wynagrodzenia:
  - a. w przypadku realizacji świadczeń o których mowa w pkt 1-44 Załącznika nr 1 do umowy w wysokości odpowiadającej sumie iloczynów udzielonych świadczeń zdrowotnych i ich cen jednostkowych, określonych w Załączniku nr 1 do Umowy  
oraz
  - b. w przypadku wykorzystania specjalistycznego instrumentarium będącego własnością *Przyjmującego zamówienie* do wykonywania zabiegów zgodnie z § 2 ust. 1 w wysokości równej sumie iloczynów wykorzystania instrumentarium i kwoty wskazanej w § 2 ust. 1  
oraz
  - c. w przypadku realizacji świadczeń wskazanych w poz. 45 Załącznika nr 1 do umowy - w wysokości iloczynu sumy zrealizowanych w danym miesiącu godzin wykonywania świadczeń i stawki za godzinę pracy lekarza/zespołu lekarskiego wskazanej w **Załączniku nr 1** do umowy,
  - d. w przypadku realizacji świadczeń na podstawie § 1 ust. 7, w wysokości odpowiadającej przedstawionej przez *Przyjmującego Zamówienie* specyfikacji kosztowej stanowiącej załącznik do faktury, z zastrzeżeniem §2 ust. 1 zd. 2 Zestawienie zostanie przygotowane będzie dla każdego Pacjenta osobno.
2. Do wyliczania wynagrodzenia o którym mowa w ust. 1 lit. c. stosuje się następujące zasady:
  - a. czas udzielania świadczeń zdrowotnych wyrażony jest w godzinach, z dokładnością do 15 minut,
  - b. wynagrodzenie *Przyjmującego Zamówienie* ustalane jest z dokładnością co do złotówki, proporcjonalnie do czasu udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. za każde 15 minut realizacji świadczeń *Udzielający Zamówienie* zapłaci ..... zł brutto (**stawka zostanie wskazana na podstawie oferty**).
3. Wynagrodzenie z tytułu wykonywania przedmiotu umowy wypłacane będzie przez *Udzielającego zamówienia* na podstawie miesięcznych faktur wystawianych przez *Przyjmującego zamówienie*, w terminie **60** dni od daty otrzymania faktury.
4. *Przyjmujący zamówienie* oświadcza, że obowiązek wystawiania faktur ustrukturyzowanych za pośrednictwem Krajowego Systemu e-Faktur (dalej: KSeF) powstał u niego z dniem 1 lutego 2026 r., w związku z czym faktury będą wystawiane przez *Przyjmującego zamówienie* i udostępniane *Udzielającemu zamówienia* na zasadach wskazanych w ustawie o VAT, to jest fakturę ustrukturyzowaną uznaje za otrzymaną przez *Udzielającego zamówienia* przy użyciu KSeF w dacie przydzielenia w tym systemie numeru identyfikującego (tryb online - art. 106na, tryb offline24 - art. 106nda, art. 106nha, tryb offline niedostępność KSeF - art. 106nh, ustawy o VAT), z zastrzeżeniem poniższego pkt a) i pkt b).
  - a) Udostępnienie w trybie awarii (art. 106nf ustawy o VAT – awaria ogłoszona w BIP MF i oprogramowaniu interfejsowym), faktura jest przesyłana do KSeF w terminie wynikającym z ustawy o VAT oraz udostępniana *Udzielającemu zamówienia* w dniu wystawienia faktury poprzez wysłanie faktury w formacie PDF na adres ..... Za datę otrzymania faktury uznaje się datę faktycznego otrzymania faktury przez *Udzielającemu zamówienia*, przez którą należy rozumieć datę odnotowanego wpływu faktury do skrzynki odbiorczej niniejszego adresu e-mail, chyba że wcześniej przydzielony zostaje numer identyfikujący tę fakturę w KSeF;
  - b) Udostępniane w trybie awarii całkowitej KSeF (art. 106ng ustawy o VAT – awaria ogłoszona w środkach społecznego przekazu), faktura wystawiana jest w formie

elektronicznej i udostępniana jest *Udzielającemu zamówienia* w dniu wystawienia faktury poprzez wysłanie faktury w formacie PDF na adres ..... Za datę otrzymania faktury elektronicznej uznaje się datę odnotowanego wpływu faktury do skrzynki odbiorczej niniejszego adresu e-mail.

5. Strony zobowiązują się do wzajemnego informowania się o wszelkich problemach technicznych lub awariach systemów, które mogą uniemożliwić prawidłową wymianę faktur za pośrednictwem KSeF.
6. Do każdej faktury *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest załączyć wykaz świadczeń zdrowotnych wykonanych w danym miesiącu zawierający następujące informacje: rodzaj świadczenia oraz jego cenę jednostkową, imię i nazwisko pacjenta, datę urodzenia, datę świadczenia, nazwę komórki zlecającej. Wykaz będzie podstawą akceptacji przez *Udzielającego zamówienia* faktury oraz zapłaty należności z niej wynikających. Wykaz należy przekazać na adres siedziby *Udzielającego zamówienia* w wersji papierowej, listem poleconym w terminie 7 dni od dnia przydzielenia fakturze w KSeF numeru identyfikującego lub przekazania faktury na zasadach opisanych w ust. 4 pkt a i b.
7. Wynagrodzenie płatne będzie przelewem na konto bankowe *Przyjmującego zamówienia*

.....  
Zapłata następuje w dniu obciążenia rachunku bankowego *Udzielającego zamówienia*.

4. *Przyjmującemu zamówienia* przysługuje prawo do żądania zapłaty ustawowych odsetek w przypadku opóźnienia z zapłatą wynagrodzenia przez *Udzielającego zamówienia*.
5. Strony ustalają, że *Przyjmujący zamówienie* nie może bez zgody *Udzielającego zamówienia* zamówienia przenieść skutecznie na osobę trzecią wierzytelności przysługujących mu wobec *Udzielającego zamówienia*.  
Zgoda, o której mowa powyżej, związana z czynnością prawną mającą na celu zmianę wierzyciela, może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący jednostkę *Udzielającego zamówienia*, zgodnie z art. 54 ust. 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
6. Wyklucza się stosowanie przez strony umowy konstrukcji prawnej, o której mowa w art. 518 Kodeksu Cywilnego (w szczególności *Przyjmujący zamówienie* nie może zawrzeć umowy poręczenia z podmiotem trzecim) oraz wszelkich innych konstrukcji prawnych skutkujących zmianą podmiotową po stronie wierzyciela.
7. *Przyjmujący zamówienie oświadcza, że numer rachunku bankowego, który wskazany będzie każdorazowo na fakturze, w celu dokonania na niego zapłaty wynagrodzenia przez Udziałającego Zamówienie, figuruje w „Wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT” („Biała Lista”), o którym mowa w art. 96b ust.1 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.*

## § 7

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń będących przedmiotem umowy ponoszą solidarnie *Przyjmujący zamówienie* i *Udzielający zamówienia*.
2. *Przyjmujący zamówienie* ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną w związku z wykonywaniem przedmiotu niniejszej umowy, a będącą następstwem zwinionego działania lub zaniechania, rażącego niedbalstwa lub braku należytej staranności *Przyjmującego zamówienia*.
3. W przypadku jeżeli do naprawienia szkody, o której mowa w ust. 2 zobowiązany zostanie *Udzielający zamówienia*, niezwłocznie powiadomi o tym fakcie *Przyjmującego zamówienia* umożliwiając mu zajęcie stanowiska w sprawie. W przypadku ustalenia odpowiedzialności *Przyjmującego zamówienia*, zobowiązuje się on zwrócić *Udzielającemu zamówienia* wszystkie koszty związane z obowiązkiem naprawienia powstałej szkody.

## § 8

1. Umowę zawarto na czas określony od 1 sierpnia 2026 r. do 31 lipca 2027 r.
2. Każda ze stron może rozwiązać niniejszą umowę z dwumiesięcznym wypowiedzeniem, ze

- skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania umowy, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku kiedy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy, w szczególności gdy:
- a) *Przyjmujący zamówienie*, mimo wcześniejszego upomnienia, nie realizuje świadczeń zdrowotnych,
  - b) *Przyjmujący zamówienie*, mimo wcześniejszego upomnienia, nie realizuje umowy zgodnie z ustalonymi warunkami,
  - c) *Przyjmujący zamówienie* nie przedstawił dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w § 3 ust. 2 pkt b,
  - d) *Przyjmujący zamówienie* odmówił poddania się kontroli, do której *Udzielający zamówienia* i NFZ są uprawnieni na podstawie niniejszej umowy,
  - e) *Przyjmujący zamówienie* utracił uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,
  - f) *Udzielający zamówienia*, pomimo wcześniejszego upomnienia, dokonuje zleceń niezgodnie z wymogami *Przyjmującego zamówienie*.
4. W przypadku zgodnej woli obu stron umowa może zostać rozwiązana w każdym czasie.
5. Oświadczenia dotyczące rozwiązania umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej.

## § 9

1. *Przyjmujący zamówienie* i *Udzielający zamówienia* oświadczają, że są niezależnymi administratorami danych osobowych w rozumieniu 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), zwanego dalej RODO, w stosunku do danych osobowych pacjentów przetwarzanych w związku z realizacją niniejszej umowy w swoich jednostkach z tytułu prowadzonej działalności leczniczej.
2. Każdy z administratorów jest zobowiązany do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. *Przyjmujący zamówienie* i *Udzielający zamówienia* będą wzajemnie udostępniać dane osobowe pacjentów, w związku z zawarciem niniejszej Umowy, w celu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych przez *Udzielającego zamówienia*.
4. Celem przetwarzania danych osobowych pacjentów z tytułu realizacji zapisów niniejszej Umowy jest wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii szczękowo - twarzowej.
5. Zakres przetwarzanych przez Strony danych musi być adekwatny, stosowny oraz ograniczony do danych niezbędnych dla realizacji powyższego celu.
6. *Przyjmujący zamówienie* i *Udzielający zamówienia* oświadczają, iż przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z RODO, a także innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, chroniącymi prawa osób, których dane będą przetwarzane, w tym w szczególności z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

## § 10

1. *Przyjmującemu zamówienie* przysługuje prawo do wynagrodzenia wyłącznie za wykonany przedmiot umowy.
2. *Przyjmujący zamówienie* na żądanie *Udzielającego zamówienia* w każdym czasie udzieli mu informacji o przebiegu wykonywania umowy.
3. Prawa i obowiązki wynikające z treści niniejszej umowy nie mogą być przeniesione na osoby trzecie, bez uprzedniej zmiany niniejszej umowy obejmującej zgodę stron na dokonanie

takiej czynności.

4. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają zgody obu stron wyrażonej w formie pisemnego aneksu pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem art. 27 ust. 5 *Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*.

#### **§ 11**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

#### **§ 12**

Zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### **§ 13**

Strony dołożą wszelkich starań, aby ewentualne spory powstałe w związku z realizacją umowy były załatwione polubownie. Negocjacje zmierzające do ugodowego załatwienia sprawy Strony podejmą niezwłocznie i w dobrej wierze. Jeśli w ciągu 14 dni od ich rozpoczęcia negocjacje nie doprowadzą do zawarcia porozumienia, każda ze Stron może wystąpić o rozstrzygnięcie sporu do sądu właściwego dla siedziby *Udzielającego zamówienia*.

#### **§ 14**

1. Umowa wchodzi w życie w chwili zawarcia, po złożeniu podpisów przez obie Strony.
2. Umowę sporządzono w formie elektronicznej, opatrzoną kwalifikowanymi podpisami elektronicznymi oraz przekazano każdej ze Stron. Każda ze Stron jest uprawniona do druku dowolnej liczby egzemplarzy Umowy.

#### **Załącznik nr 4 do umowy ( WZÓR )**

.....  
**Data**

.....  
**imię i nazwisko pacjenta**

.....  
**numer PESEL/numer dok. med.**

W związku z zawartą umową nr ..... z dnia ..... dotyczącą realizacji świadczeń z zakresu chirurgii szczękowo - twarzowej potwierdzam wykonanie u pacjenta następującej procedury ICD-9:

- ☐ 76.312 Subtotalna resekcja żuchwy
- ☐ 76.391 Połowicze wycięcie szczęki (z przeszczepem kostnym lub protezą)
- ☐ 76.451 Całkowite wycięcie szczęki
- ☐ 16.51 Wytrzewienie oczodołu z usunięciem przyległych struktur
- ☐ 16.95 Dekompresja oczodołu
- ☐ 23.2202 Repozycja i unieruchomienie wielokrotnego, z odcinkami pośrednimi złamania żuchwy
- ☐ 24.21 Plastyka dziąsła z przeszczepem kości lub tkanek miękkich
- ☐ 27.591 Plastyka korekcyjna twarzy po porażeniu nerwu twarzowego mięśniami skroniowymi/ mięśniami żwaczem
- ☐ 76.2 Miejscowe usunięcie lub zniszczenie zmiany kości twarzy
- ☐ 76.43 Rekonstrukcja żuchwy - inna
- ☐ 76.46 Rekonstrukcja kości twarzy - inna
- ☐ 76.63 Plastyka trzonu żuchwy
- ☐ 76.65 Segmentarna osteoplastyka szczęki
- ☐ 76.72 Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej

- ☐ 76.74 Otwarte nastawienie złamania szczęki
- ☐ 76.76 Otwarte nastawienie złamania żuchwy
- ☐ 76.771 Nastawienie złamania żębodołu ze stabilizacją zębów
- ☐ 76.791 Otwarte nastawienie złamania oczodołu
- ☐ 76.911 Autogenny przeszczep kostny kości twarzy
- ☐ 76.921 Alloplastyczny wszczep do kości twarzy
- ☐ 76.94 Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego
- ☐ 76.99 Operacje kości twarzy/ stawów - inne
- ☐ 16.011 Nacięcie oczodołu z dostępu bocznego
- ☐ 40.31 Poszerzone wycięcie regionalnych węzłów chłonnych
- ☐ 26.322 Radykalne usunięcie ślinianki
- ☐ 25.4 Radykalne usunięcie języka
- ☐ 27.56 Przeszczep skóry w zakresie jamy ustnej - inne
- ☐ 86.4 Radykalne wycięcie zmiany skóry
- ☐ 86.743 Zamknięcie ubytku przez uszypułowany płat skórno-podskórny
- ☐ 86.71 Preparowanie skórno-podskórnego płata uszypułowanego
- ☐ 86.601 Przeszczep skóry pośredniej grubości
- ☐ 86.602 Przeszczep skóry pełnej grubości
- ☐ 27.57 Płat cylindryczny lub uszypułowany w zakresie jamy ustnej i warg
- ☐ 27.01 Drenaż z okolicy twarzy
- ☐ 27.02 Drenaż przestrzeni powięziowej twarzy
- ☐ 23.1704 Usunięcie zęba przez dłutowanie zewnątrz żębodołowe z wytworzeniem płata śluzówkowo-okostnowego
- ☐ 23.1705 Operacyjne usunięcie zęba zatrzymanego
- ☐ 23.1706 Operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba z założeniem pętli drucianej dla celów ortodontycznych
- ☐ 23.1707 Operacyjne usunięcie zawiązków zębów ze wskazań ortodontycznych
- ☐ 27.32 Rozległe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki podniebienia twardego
- ☐ 27.493 Wycięcie zmiany w zakresie przedsionka i dna jamy ustnej
- ☐ 76.71 zamknięte nastawienie złamania kości jarzmowej
  
- ☐ Inne ..... [wpisać ICD-9 i informację nt. zabiegu]

***proszę zaznaczyć właściwą opcję***

**Wykorzystano instrumentarium *Przyjmującego Zamówienie***

- ☐ TAK
- ☐ NIE

.....  
**PODPIS LEKARZA USDK**

.....  
**PODPIS LEKARZA SU**

**DOKUMENT NALEŻY PRZEKAZAĆ DO SEKCJI ROZLICZEŃ LECZNICTWA SZPITALNEGO  
 UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA DZIECIĘCEGO W KRAKOWIE**

-----  
**ZATWIERDZAM SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

**dr hab. Wojciech Cyruł, prof. UJ**  
**Dyrektor**

**Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie**