



**Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi**

ul. Północna 42  
91-425 Łódź

(42) 63 41 100 – Centrala  
(42) 63 41 112 – Sekretariat  
(42) 67 85 523 – Fax

[www.szpital.lodz.pl](http://www.szpital.lodz.pl)  
[dyrekcja@szpital.lodz.pl](mailto:dyrekcja@szpital.lodz.pl)

ON/ 078 / 9 / 104 / 15

Łódź dnia 12.01.2015r.

**ZAPROSZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OFERTOWYM**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi zaprasza do wzięcia udziału w postępowaniu ofertowym, prowadzonym w trybie art. 26 ust. 4a Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2013. poz.217 ze zmianami).

**I. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA**

Przedmiotem postępowania jest wykonywanie usług medycznych na potrzeby SP ZOZ MSW w Łodzi w zakresie diagnostyki laboratoryjnej – wykaz badań w Załączniku nr 1.

**II. DANE ZAMAWIAJĄCEGO**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi  
Ul. Północna 42, 91-425 Łódź

NIP: 726-00-04-820, REGON: 470805076

Tel. (42) 63-41-112 / 262, FAX. (42) 678-55-23.

Email. [dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl](mailto:dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl)

**III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

- 1) Zamawiający powierza Wykonawcy wykonanie zamówienia polegającego na wykonywaniu usług medycznych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej – wykaz badań w Załączniku nr 1 – stosownie do każdorazowego zamówienia Zamawiającego, na podstawie stosownego skierowania lekarskiego.
- 2) Przedmiot zamówienia składa się z dwóch pakietów – Wykonawca składa ofertę na wybrany pakiet/ pakiety.
- 3) Podano szacunkową ilość badań zleczanych w ciągu roku. Informujemy, że ilości te mogą ulec zmianie, a Oferentowi nie przysługuje prawo roszczenia z tego tytułu.

**IV. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Przedmiot zamówienia będzie realizowany przez Wykonawcę w okresie od 01.02.2014r. do 06.09.2015r.



**ISO 14001**  
LL-C (Certification)



**ISO 9001**  
LL-C (Certification)



**OHSAS**  
LL-C (Certification)



**Szpital  
bez bólu**





**Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi**

ul. Północna 42  
91-425 Łódź

(42) 63 41 100 – Centrala  
(42) 63 41 112 – Sekretariat  
(42) 67 85 523 – Fax

[www.szpital.lodz.pl](http://www.szpital.lodz.pl)  
[dyrekcja@szpital.lodz.pl](mailto:dyrekcja@szpital.lodz.pl)

## **V. WYMAGANIA W STOSUNKU DO WYKONAWCY**

- 1) Zamawiający wymaga by Wykonawca przystępujący do Postępowania Ofertowego wykonywał działalność leczniczą zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2013. poz.217 ze zmianami) oraz posiadał uprawnienia do udzielania świadczeń medycznych w zakresie badań laboratoryjnych określonych w Załączniku nr 1.
- 2) Zamawiający wymaga by miejscem działalności wykonywanej przez Wykonawcę było miasto Łódź.
- 3) Jeżeli w trakcie realizacji przedmiotu umowy wyniknie konieczność zlecenia przez Wykonawcę wykonania przedmiotowych badań innej firmie z przyczyn, których nie dało się wcześniej przewidzieć, Wykonawca ma obowiązek uzyskać pisemną zgodę Zamawiającego na zlecenie badań firmie, która nie jest stroną w umowie będącej wynikiem niniejszego postępowania.
- 4) Po uzyskaniu pisemnej zgody na zlecenie badań swojemu podwykonawcy, Wykonawca ma obowiązek niezwłocznie przekazać Zamawiającemu dane podwykonawcy, wartości referencyjne dot. konkretnego badania (jeżeli się zmieniły) oraz dokumenty potwierdzające uzyskanie przez podwykonawcę pozytywnej oceny kontroli zewnątrzlaboratoryjnych wraz ze stosownymi certyfikatami laboratoryjnymi i dokumentem potwierdzającym wpisanie na listę KIDL.
- 5) W przypadku nie wywiązania się z obowiązku określonego w ust.3 tj. zlecenia badania firmie zewnętrznej bez pisemnej zgody Zamawiającego, Zamawiający obciąży Wykonawcę karą umowną.
- 6) Zamawiający wymaga potwierdzenia przez Wykonawcę faktu posiadania aktualnej polisy ubezpieczeniowej OC, której minimalna suma gwarancyjna jest zgodna z obowiązującymi przepisami prawa.
- 7) W przypadku rzeczywistego wykonania badania, które jest przedmiotem niniejszego postępowania, przez podwykonawcę Wykonawcy, należy udostępnić dane tego podwykonawcy. W tym celu Wykonawca wypełnia w Załączniku nr 1 kolumnę nr 10\* oraz dołącza dodatkowo do oferty dokumentację określoną w pkt. VII ust. 3,5,6.

## **VI. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

- 1) Transport materiału do badań oraz przekazywanie wyników badań leży po stronie Wykonawcy. Szczegóły dotyczące realizacji przedmiotu umowy (np. dni i godziny odbioru materiału) Strony uzgodnią między sobą.

## **VII. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY**

- 1) Wykonawca wypełnia Załącznik nr 1 – Formularz Ofertowy.
- 2) Wykonawca wypełnia Załącznik nr 2 – Oświadczenie Wykonawcy.





**Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi**

ul. Północna 42  
91-425 Łódź

(42) 63 41 100 – Centrala  
(42) 63 41 112 – Sekretariat  
(42) 67 85 523 – Fax

[www.szpital.lodz.pl](http://www.szpital.lodz.pl)  
[dyrekcja@szpital.lodz.pl](mailto:dyrekcja@szpital.lodz.pl)

- 3) Wykonawca załącza Załącznik nr 3 – kopię polisy ubezpieczeniowej OC, o której mowa w pkt. V.
- 4) Wykonawca załącza Załącznik nr 4 – projekt umowy będącej wynikiem niniejszego postępowania, zatwierdzony podpisem Wykonawcy na każdej stronie.
- 5) Wykonawca załącza Załącznik nr 5 – kopię dokumentu lub oświadczenie Wykonawcy potwierdzające umieszczenie zakładu na liście KIDL.
- 6) Wykonawca załącza Załącznik nr 6 – kopię dokumentu potwierdzającego pozytywną ocenę kontroli zewnątrzlaboratoryjnych.
- 7) Wykonawca załącza Załącznik nr 7 – odpis z Księgi Rejestrowej Wojewody – tylko strona pierwsza i strona zawierająca informację o prowadzonej działalności w zakresie zgodnym z przedmiotem niniejszego postępowania.
- 8) Wykonawca załącza Załącznik nr 8 – wykaz poszczególnych alergenów wchodzących w skład możliwych profilów badań (np. wziewne, pokarmowe), a dostępnych do wykonania dla potrzeb Zamawiającego.
- 9) Wszystkie dokumenty i załączniki muszą być podpisane lub potwierdzone za zgodność z oryginałem przez prawnego przedstawiciela firmy lub osobę upoważnioną (wtedy należy załączyć stosowne pełnomocnictwo).
- 10) Wszelkie zmiany lub poprawki w ofercie muszą być paraflowane własnoręcznie.
- 11) Ofertę wraz z załącznikami opatrzoną danymi Wykonawcy należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:

**„Oferta na wykonywanie usług medycznych w zakresie  
diagnostyki laboratoryjnej  
na potrzeby SP ZOZ MSW w Łodzi.”**

**VIII. KRYTERIA OCENY OFERT**

- 1) Przy wyborze oferty Udzielający Zamówienia będzie kierował się kryterium:

- **Ceny ofertowej (tj. łączna wartość brutto) - 100 %**

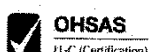
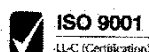
Cena min.

----- x waga kryterium, gdzie:

Cena oferty badanej

Cena min. – najniższa łączna wartość brutto spośród wszystkich ocenianych ofert

Waga kryterium – 100 pkt.





**Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi**

ul. Północna 42  
91-425 Łódź

(42) 63 41 100 – Centrala  
(42) 63 41 112 – Sekretariat  
(42) 67 85 523 – Fax

[www.szpital.lodz.pl](http://www.szpital.lodz.pl)  
[dyrekcja@szpital.lodz.pl](mailto:dyrekcja@szpital.lodz.pl)

- 2) Zamawiający wybierze najlepszą ofertę cenową dla każdego pakietu badań. Umowa zostanie podpisana z Wykonawcami, którzy złożą najkorzystniejszą ofertę w ramach poszczególnych pakietów.
- 3) Zamawiający oświadcza, że lista dostępnych alergenów (tj. wykonywanych przez Oferenta) jest niezbędna w celach orientacyjnych jakie alergeny będą dostępne w przypadku podpisania umowy z danym Oferentem. Zakres alergenów nie ma wpływu na wybór Oferenta. Kryterium oceny oferty jest cena za jedno dowolne oznaczenie.
- 4) W przypadku ofert równoważnych Zamawiający wybierze ofertę tego Wykonawcy, który zaoferuje najkrótszy czas oczekiwania na wynik badania.

#### **IX. TERMIN I FORMA SKŁADANIA OFERT**

- 1) Ofertę należy złożyć najpóźniej do dnia 19.01.2015r. do godz. 08:30.
- 2) Ofertę należy złożyć osobiście lub przesłać pocztą/kurierem w oryginale w Kancelarii Szpitala od poniedziałku do piątku w godzinach 08:00-15:00 w terminie określonym w ust.1. W przypadku przesłania oferty drogą pocztową/kurierską liczy się data i godzina dostarczenia oferty do Kancelarii Szpitala.

#### **X. SPOSÓB POROZUMIENIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO I WYKONAWCY**

- 1) Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego z pytaniami o wyjaśnienie warunków postępowania bądź sposobu przygotowania oferty w okresie czasu przed złożeniem oferty telefonicznie, mailowo bądź na piśmie. Zamawiający udzieli odpowiedzi Wykonawcy w najkrótszym możliwym czasie.
- 2) Osobami upoważnionymi do kontaktu ze strony Zamawiającego są pracownicy Działu Organizacji i Nadzoru SP ZOZ MSW w Łodzi, telefon: (42) 63-41-262 / 112, Fax. (42) 678-55-23, email: [dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl](mailto:dyrekcja@zoz-mswia-lodz.pl).
- 3) Zamawiający powiadomi przystępujące do postępowania firmy o wyniku postępowania drogą mailową bądź telefaksu niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.

#### **XI. TERMIN ZWIĄZANIA Z OFERTĄ**

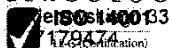
Termin związania z ofertą wynosi 30 dni licząc od dnia następnego po ostatnim dniu terminu składania ofert.

**DYREKTOR  
SP ZOZ MSW w ŁODZI**

*dr n. med. Robert Starzec MBA*

**ŚLAWOMIR CHMIELEWSKI**  
Specjalista chorób dzieci  
**ALERGOLOG**

Łódź ul.





**Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi**

ul. Północna 42  
91-425 Łódź

(42) 63 41 100 – Centrala  
(42) 63 41 112 – Sekretariat  
(42) 67 85 523 – Fax

[www.szpital.lodz.pl](http://www.szpital.lodz.pl)  
[dyrekcja@szpital.lodz.pl](mailto:dyrekcja@szpital.lodz.pl)

Załącznik nr 1 – Formularz Ofertowy

.....  
Pieczęć Wykonawcy

**Oferta na wykonywanie usług medycznych na potrzeby SP ZOZ MSW w Łodzi  
w zakresie diagnostyki laboratoryjnej**

Nazwa i adres Wykonawcy .....

.....

.....

Wykonawca wpisany do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy .....  
....., ..... Wydział Krajowego  
Rejestru Sądowego pod numerem KRS.....

NIP: .....

REGON:.....

Telefon.....Fax.....

Adres email.....

Numer rachunku bankowego .....

Numer KIDL .....

Numer Księgi Rejestrowej Wojewody.....

.....  
Data i podpis Wykonawcy





**Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi**

ul. Północna 42  
91-425 Łódź

(42) 63 41 100 – Centrala  
(42) 63 41 112 – Sekretariat  
(42) 67 85 523 – Fax

[www.szpital.lodz.pl](http://www.szpital.lodz.pl)  
[dyrekcja@szpital.lodz.pl](mailto:dyrekcja@szpital.lodz.pl)

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

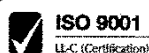
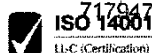
**OFERTA CENOWA WYKONAWCY:**

Numer pakietu	Rodzaj badania	Cena jednostkowa netto (za jedno dowolne oznaczenie)	Cena jednostkowa brutto (za jedno dowolne oznaczenie)	Czas oczekiwania na wynik badania	Wartości referencyjne	Szczególne warunki pobrania i przechowania materiału	Uwagi	Szacunkowa ilość badań w ciągu roku	Dane podwykonawcy*
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pakiet 1	Swoiste przeciwciała IgE – panel pokarmowy – jedno dowolne oznaczenie							150-200	
Pakiet 2	Swoiste przeciwciała IgE – panel wziewny – jedno dowolne oznaczenie							150-200	

.....  
Data i podpis Wykonawcy

ŚLAWOMIR CHMIELEWSKI  
Specjalista chorób dzieci

Łódź, ul. Paderewskiego 33-m 8





**Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi**

ul. Północna 42  
91-425 Łódź

(42) 63 41 100 – Centrala  
(42) 63 41 112 – Sekretariat  
(42) 67 85 523 – Fax

[www.szpital.lodz.pl](http://www.szpital.lodz.pl)  
[dyrekcja@szpital.lodz.pl](mailto:dyrekcja@szpital.lodz.pl)

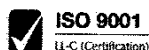
Załącznik nr 2 – Oświadczenie Wykonawcy

.....  
Pieczętka Wykonawcy

**Oświadczenie Wykonawcy**

1. Oświadczam, że **spełniam warunki** określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 poz. 217 ze zmianami).
2. Oświadczam, że **zapoznałem się** z opisem przedmiotu zamówienia i warunkami przystąpienia do postępowania i nie wnoszę w tym zakresie uwag.
3. Oświadczam, że **zainteresowałem się** wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że **pozostanę związany** ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są **zgodne** z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że **zobowiązuję się** do wykonywania usług z należytą starannością swego działania wymagana od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
7. Oświadczam, że **umowę będę realizował** zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym przepisami NFZ.
8. Oświadczam, że **liczba i kwalifikacje personelu** wykonującego świadczenie zdrowotne, są **zgodne** z obowiązującymi przepisami prawa, w tym przepisami NFZ.
9. Oświadczam, że warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny są **zgodne** z aktualnymi standardami i przepisami prawa, w tym przepisami Ustawy o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001r. (Dz. U. 2014 poz. 1384).

.....  
Data i podpis Wykonawcy



## PROJEKT

UMOWA nr ...../2014

zawarta w dniu ..... w wyniku przeprowadzonego postępowania ofertowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej na potrzeby SP ZOZ MSW w Łodzi - na podstawie art. 26 ust. 4a Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2013. poz.217 ze zmianami), pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi, z siedzibą w Łodzi przy ul. Północnej nr 42, wpisanym do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieście w Łodzi, XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000023744, posiadający nr NIP: 7260004820, REGON: 470805076, reprezentowanym przez:

Dyrektora – dr n. med. Roberta Starca,

zwanym w dalszej części umowy „Udzielającym Zamówienia”,

a

.....  
.....  
.....  
reprezentowanym przez:

.....  
zwanym w dalszej części umowy „Przyjmującym Zamówienie”,

o następującej treści:

### § 1

#### Przedmiot umowy

1. Udzielający Zamówienia powierza, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wykonać zamówienie polegające na przeprowadzeniu laboratoryjnych badań diagnostycznych stosownie do każdorazowego zamówienia Udzielającego Zamówienia, zgodnie z Załącznikiem nr 1 do niniejszej umowy.
2. Strony zgodnie uznają, że przez zamówienie rozumie się imienne skierowanie na badania, wystawione przez uprawnionego lekarza zatrudnionego w zakładzie Udzielającego Zamówienia, bądź w przypadku badań płatnych skierowanie wypełnione przez pracownika Punktu Pobrań SP ZOZ MSW w Łodzi, opatrzone pieczęcią Punktu Pobrań Szpitala.
3. Skierowanie, o którym mowa w ust.2, wymaga podpisu lekarza oraz zaopatrzenia jego pieczęcią i pieczęcią Udzielającego Zamówienia.
4. Transport materiału do badań oraz dostarczanie wyników badań leżą po stronie Przyjmującego Zamówienie. Szczegóły dotyczące realizacji przedmiotu umowy ( dni i godziny odbioru materiału) Strony uzgodnią między sobą.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przystąpić do badań niezwłocznie po otrzymaniu materiału do badania, a wynik badania będzie dostępny do odbioru w terminie nie dłuższym niż określony w Załączniku nr 1.

### § 2

#### Oświadczenia i Zobowiązania

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonania badań określonych w §1 zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i praktyki laboratoryjnej, przy zachowaniu należytej staranności w tym zakresie, do poszanowania praw pacjenta, oraz do zachowania w tajemnicy spraw



związanych z badaniami objętymi niniejszą umową, zgodnie z zasadami i warunkami określonymi przez NFZ.

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w szczególności zgodnie z wymogami określonymi przez NFZ.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do osobistego świadczenia przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1, i nie może powierzyć jego wykonywania osobom trzecim bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie.
4. Jeżeli w trakcie realizacji przedmiotu umowy wyniknie konieczność zlecenia przez Przyjmującego Zamówienie wykonania przedmiotowych badań innej firmie z przyczyn, których nie dało się wcześniej przewidzieć, po uzyskaniu zgody o której mowa w ust.3, Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek bezzwłocznie przekazać Udzielającemu Zamówienie dane podwykonawcy, wartości referencyjne dot. konkretnego badania (jeżeli się zmieniły) oraz dokumenty potwierdzające uzyskanie przez podwykonawcę pozytywnej oceny kontroli zewnątrzlaboratoryjnych wraz ze stosownymi certyfikatami laboratoryjnymi i dokumentem potwierdzającym wpisanie na listę KIDL.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przedłożyć Udzielającemu Zamówienia szczegółowe procedury postępowania z materiałem badanym tj. sposób pobrania materiału, zabezpieczenia, przechowywania, itp. W przypadku konieczności zastosowania niestandardowych warunków pobrania materiału Przyjmujący Zamówienie powinien zapewnić i dostarczyć niezbędny do tego celu sprzęt jednorazowy.
6. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż miejsce świadczenia usług, opis warunków lokalowych, sprzęt diagnostyczny, zatrudniony personel, wartości referencyjne są zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, w tym przepisami NFZ.

### § 3

#### Odpowiedzialność

1. Strony ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu usług zdrowotnych, chyba że szkoda jest wyrządzona przez Przyjmującego Zamówienie umyślnie bądź jest wynikiem zaniedbania obowiązków wynikających z przedmiotu niniejszej umowy przez Przyjmującego Zamówienie.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do posiadania przez cały czas trwania niniejszej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, której minimalna suma gwarancyjna jest zgodna z obowiązującymi przepisami prawa. Kopia polisy stanowi **Załącznik nr 2** do niniejszej umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do udokumentowania zawarcia nowej umowy ubezpieczenia OC w okresie najpóźniej 1 dnia przed zakończeniem okresu obowiązywania poprzedniej umowy OC.
4. Przez udokumentowanie, o którym mowa w § 3 ust.3, rozumieć należy złożenie do Działu Organizacji i Nadzoru Udzielającego Zamówienia kserokopii polisy potwierdzonej za zgodność z oryginałem oraz udostępnienie w siedzibie Przyjmującego Zamówienie oryginału polisy do wglądu Kierownikowi w/w działu.

### § 4

#### Okres Obowiązywania

Umowa zostaje zawarta od dnia 01.02.2015r. do dnia 06.09.2015r.

## § 5

### Rozwiązanie Umowy

1. Strony ustalają, że Udzielający Zamówienia ma prawo rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku:
  - a) narażenia pacjenta na utratę zdrowia lub życia, uszkodzenia ciała bądź rozstroju zdrowia przez Przyjmującego Zamówienie;
  - b) nie udokumentowania przez Przyjmującego Zamówienie faktu zawarcia nowej umowy ubezpieczenia po upływie terminu obowiązywania dotychczasowej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w §3 ust.3,
  - c) udzielania świadczenia niezgodnie z zadeklarowanymi w ofercie konkursowej warunkami;
  - d) naruszenia zasad NFZ, w szczególności dotyczących finansowania świadczeń ze środków publicznych,
  - e) złamania zakazu, o którym mowa w § 8 ust. 6,
  - f) przeciwko osobie skierowanej przez Przyjmującego Zamówienie do wykonania w zakresie udzielonego zamówienia świadczeń medycznych wszczęto postępowanie dyscyplinarne lub postępowanie karne, a Przyjmujący Zamówienie nie skierował zamiast tej osoby innego pracownika do wykonywania zadań powierzonych niniejszą umową.
2. W przypadku rozwiązania umowy przez Udzielającego Zamówienia z przyczyn, o których mowa w pkt .1, Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienia karę umowną w wysokości 100% wartości brutto faktury VAT wystawionej w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, w którym rozwiązano umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia. Dopuszcza się potrącenie powyższej kwoty kary umownej z wierzytelnościami przysługującymi Przyjmującemu Zamówienie z tytułu wykonania niniejszej umowy.
3. Każda ze stron może rozwiązać niniejszą umowę z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Strony dopuszczają możliwość rozwiązania niniejszej umowy za porozumieniem stron.

## § 6

### Warunki Płatności

1. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się zapłacić Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie stanowiące iloczyn ilości badań wykonanych na podstawie skierowania o którym mowa w § 1 umowy oraz ceny jednostkowej za badanie zgodnie z przedstawioną ofertą, która stanowi **Załącznik nr 1** do niniejszej umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest złożyć fakturę VAT wraz z zestawieniem zawierającym listę przebadanych pacjentów, daty badań i nazwisko lekarza kierującego do 5. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wykonane były badania.
3. Zapłata za usługi wykonane przez Przyjmującego Zamówienie, określone w § 1 umowy, nastąpi przelewem w terminie 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej i zaakceptowanej przez Udzielającego Zamówienie faktury VAT.
4. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje Udzielającemu Zamówienia niezmiennosc cen badań w czasie trwania umowy.
5. Wynagrodzenie o którym mowa w ust. 1 i ust. 2, wyczerpuje całość zobowiązań finansowych Udzielającego Zamówienia względem Przyjmującego Zamówienie.
6. W przypadku nie wywiązania się z obowiązku określonego w § 2 ust.4 tj. zlecenia wykonania badania firmie zewnętrznej bez pisemnej zgody Zamawiającego, Zamawiający obciąży Wykonawcę karą umowną w wysokości wartości brutto wynagrodzenia dotyczącego zleconych badań bez zgody Zamawiającego.

7. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania przedmiotu umowy, Zamawiający obciąży Wykonawcę karą umowną w wysokości 1% wartości brutto wynagrodzenia za poprzedni miesiąc
8. W przypadku nieterminowego wykonania przedmiotu umowy, Zamawiający obciąży Wykonawcę karą umowną w wysokości 1% wartości brutto wynagrodzenia za poprzedni miesiąc za każdy dzień zwłoki.

## §7

### Kontrole

1. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek poddać się kontroli przeprowadzonej przez NFZ i Udzielającego Zamówienia oraz osoby przez niego upoważnionej w zakresie wykonywania warunków niniejszej umowy, a w szczególności kontroli jakości udzielanych świadczeń.
2. W przypadku ewentualnego negatywnego wyniku kontroli koszty nałożonych kar ponosi Przyjmujący Zamówienie.

## § 8

### Postanowienia Końcowe

1. Strony postanawiają, że Przyjmujący Zamówienie nie ma prawa dokonywać przelewu wierzytelności wynikających z niniejszej umowy w stosunku do Udzielającego Zamówienia bez jego pisemnej zgody, pod rygorem nieważności. Przelew wierzytelności bez zgody Udzielającego Zamówienia będzie skutkować rozwiązaniem umowy w trybie natychmiastowym i obowiązkiem zapłaty przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Udzielającego Zamówienia kary umownej w wysokości równowartości przeniesionej wierzytelności.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się względem Udzielającego Zamówienia do nie przyjmowania bez jego zgody, od osób trzecich, żadnych zabezpieczeń wierzytelności przysługujących Przyjmującemu Zamówienie względem Udzielającego Zamówienia i wynikających z niniejszej umowy, w szczególności Przyjmujący Zamówienie nie przyjmie bez zgody Udzielającego Zamówienia poręczenia za dług Udzielającego Zamówienia wynikający z niniejszej umowy. Przyjęcie zabezpieczenia wierzytelności bez zgody Udzielającego Zamówienia będzie skutkować rozwiązaniem umowy w trybie natychmiastowym i obowiązkiem zapłaty przez Przyjmujący Zamówienie na rzecz Udzielającego Zamówienia kary umownej w wysokości równowartości poręczenia lub przyjętego w innej formie zabezpieczenia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji pozyskanych w związku z realizacją niniejszej umowy.
4. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.
5. Wszelkie spory wynikłe w trakcie realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby Udzielającego Zamówienia.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do nie nakłaniania pacjentów Udzielającego Zamówienia do zmiany laboratorium diagnostycznego, jak również do nie reklamowania wśród w/w pacjentów innej jednostki. Za naruszenie powyższego zakazu Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienie karę umowną w wysokości określonej w § 5 ust. 2 niniejszej umowy.
7. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 poz. 217 ze zmianami) oraz zasady NFZ, w szczególności dotyczące finansowania świadczeń ze środków publicznych.
8. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach - po jednym dla każdej ze Stron.

**Przyjmujący Zamówienie**

**Udzielający Zamówienia**

RADCA PRAWNY  
[Podpis]

Załącznik nr 1 do umowy ..... nr .....

Numer pakietu	Rodzaj badania	Cena jednostkowa netto (za jedno dowolne oznaczenie)	Cena jednostkowa brutto (za jedno dowolne oznaczenie)	Czas oczekiwania na wynik badania	Wartości referencyjne	Szczególne warunki pobrania i przechowania materiału	Uwagi	Szacunkowa ilość badań w ciągu roku	Dane podwykonawcy*
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pakiet 1	Swoiste przeciwciała IgE – panel pokarmowy – jedno dowolne oznaczenie							150-200	
Pakiet 2	Swoiste przeciwciała IgE – panel wziewny – jedno dowolne oznaczenie							150-200	

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienie