**Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** |  | | |
| **Adres (siedziba) Wykonawcy** |  | | |
| **Województwo, powiat** |  | **KRS** (jeżeli dotyczy) |  |
| **NIP:** |  | **REGON:** |  |
| **Telefon:** |  | **e-mail:** |  |
| **Wykonawca jest:** | ☐   mikroprzedsiębiorstwem,\*  ☐   małym przedsiębiorstwem,\*  ☐  średnim przedsiębiorstwem,\*  ☐  jednoosobową działalnością gospodarczą,\*  ☐  osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,\*  ☐  innym rodzajem\*  *(zaznacz właściwe)*  [] Wykonawca jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  [] Inny rodzaj  (właściwą odpowiedź zaznaczyć) | | |
| Korespondencja związana z niniejszym postępowaniem prowadzona jest za pośrednictwem Platformy e-Zamówienia, która jest dostępna pod adresem: <https://ezamowienia.gov.pl>.   * + 1. numer telefonu: ………………………………………………...………………………………………………………........     2. adres e-mail**: ….…………………………………………………………………….…….…………………………..……**     3. Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym:   …………………………………………..…………………………………………………………………………………………...…   * + 1. Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/-ów i podpisująca ofertę:   ................................................................................................................................................................................................ | | | |

**1. OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**

W związku z ogłoszeniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na zadanie pn.: **„****Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej** **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie”**

**oferuję/oferujemy** wykonanie zamówienia zgodnie z zakresem zamieszczonym   
w opisie przedmiotu zamówienia zawartym w SWZ:

|  |
| --- |
| **Zobowiązuję/zobowiązujemy** **się** do wykonania zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Warunków Zamówienia, **za łączną** **cenę ofertową**: |

1. **Cena ofertowa (łączna składka):**

|  |
| --- |
| ………………………………………….…………………………….. zł |
| ***ww. cena stanowi sumę składek podanych w pkt 1), 2) i 3)*** |

1. **Składka ubezpieczeniowa za I okres rozliczeniowy: 30.03.2025 r. do 30.09.2025 r.:**

|  |
| --- |
| ……………………………………….……………………………….. zł |

1. **Składka ubezpieczeniowa za II okres rozliczeniowy: od 01.10.2025 r. do 30.09.2026 r.:**

…………………………………………….………………….…..…… zł

1. **Składka ubezpieczeniowa za III okres rozliczeniowy: od 01.10.2026 r. do 30.09.2027 r.:**

|  |
| --- |
| ………………………………………….…………………….………... zł |

1. **Ogólne (Szczególne) Warunki Ubezpieczenia** mające zastosowanie w ubezpieczeniu (należy podać dokładną nazwę OWU, rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia / wejścia ich w życie, i jeżeli posiada symbol / numer):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………..……………

|  |
| --- |
| * + - 1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE POSTANOWIEŃ TREŚCI SWZ:**  1. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia zamieszczonymi w SWZ wraz z załącznikami. 2. Oświadczam/y, że zrealizuję/emy zamówienie zgodnie z SWZ i Projektem Umowy. 3. Oświadczam/y, że akceptuję/emy zasady korzystania z Platformu ezamówienia (wskazane w Instrukcji użytkownika i SWZ) zawierająca wiążące Wykonawcę informacje związane z korzystaniem z platformy w szczególności opis sposobu składania /zmiany/wycofania oferty w niniejszym postępowaniu. 4. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty i złożone oświadczenia opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień składania ofert (art. 297 kk). 5. Oświadczam/y, że informacje i dokumenty zawarte w Ofercie na stronach od nr ............ do nr ........... stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane. Informacje i dokumenty zawarte na pozostałych stronach Oferty są jawne.   *(W przypadku utajnienia oferty Wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w szczególności określając, w jaki sposób zostały spełnione przesłanki, o których mowa w art. 11 pkt. 2 ustawy z 16 kwietnia 1993 r. o  zwalczaniu nieuczciwej konkurencji).*   1. Składając niniejszą ofertę, zgodnie z art. 225 ust. 1 ustawy Pzp informuję, że wybór oferty[[1]](#footnote-1): 2. **nie będzie** prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć, 3. **będzie** prowadzić do powstania po stronie Zamawiającego obowiązku podatkowego następujących towarów/usług:   …………………………………………………… - ………………………………………………………….. zł netto  *Nazwa towaru/usług wartość bez kwoty podatku VAT*  *\*Zgodnie z art. 225 ust. 2 ustawy Pzp, Wykonawca, składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.* ***Należy zaznaczyć właściwe. Brak zaznaczenia będzie oznaczał, że wybór oferty Wykonawcy, nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.***   1. Oświadczam/y, że powyższa cena zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający  w przypadku wyboru niniejszej oferty na zasadach wynikających z umowy. 2. Oświadczam/y, że uważam/y się za związanych niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ. 3. Oświadczam/y, że zrealizuję/emy zamówienie zgodnie z SWZ i wzorem umowy. 4. Wadium zostało wniesione w formie (*jeżeli dotyczy*) ......................................................................   Wadium należy zwrócić na nr konta: w banku *(jeżeli dotyczy)* .....................................................   1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[2]](#footnote-2).   Zobowiązujemy się dotrzymać wskazanego terminu realizacji zamówienia. |
| **D. ZOBOWIĄZANIE W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**   1. Akceptuję proponowany przez Zamawiającego Projekt umowy, który zobowiązuję się podpisać w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego. 2. W przypadku wybrania mojej oferty, przed podpisaniem umowy wniosę zabezpieczenie należytego wykonania umowy w wysokości **5 % całkowitej ceny oferty brutto *(jeżeli dotyczy)****.* 3. Osobami uprawnionymi do merytorycznej współpracy i koordynacji w wykonywaniu zadania ze strony Wykonawcy są:   ……………………………………………………………………………………………………………………………………  nr telefonu ………………….………………, e-mail: ……………………………………………………….…..……  Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:   1. ............................................................................................................................................ 2. ............................................................................................................................................ |

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby upoważnionej / osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym pełnomocnictwie .***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

**Załącznik nr 2 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej**

**Samodzielnego Publicznego Zakładu opieki zdrowotnej w Augustowie**

1. **Przedmiot ubezpieczenie odpowiedzialności cywilne obejmuje:**
   1. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nadwyżkowej podmiotu leczniczego
2. **Warunki dla ubezpieczenia będące przedmiotem zamówienia jakie muszą spełniać oferty**

**UBEZPIECZAJĄCY / UBEZPIECZONY:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie ,ul. Szpitalna 12,  
16-300 Augustów

**TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

1. Termin realizacji zamówienia wynosi **30 miesięcy** od dnia rozpoczęcia realizacji usługi,   
   z podziałem na trzy okresy rozliczeniowe (tożsame z okresami ubezpieczenia):
2. pierwszy okres rozliczeniowy: od 30.03.2025 r. do 30.09.2025 r.
3. drugi okres rozliczeniowy: od 01.10.2025 r. do 30.09.2026 r.
4. trzeci okres rozliczeniowy: od 01.10.2026 r. do 30.09.2027 r.

**WARUNKI UBEZPIECZENIA**

Umowa ubezpieczenia zostanie zawarte w oparciu o zapisy zawarte w opisie oraz o ogólne  
i szczególne warunki ubezpieczenia wykonawcy (towarzystwa ubezpieczeń).

**KLAUZULE DODATKOWE: OBLIGATORYJNE I FAKULTATYWNE**

* 1. Treść umowy ubezpieczenia stanowią również klauzule dodatkowe o treści podanej przy poszczególnych rodzajach ubezpieczeń – z zastrzeżeniem warunków opisanych poniżej w pkt. 5.
  2. Klauzule dodatkowe zostały podzielone na klauzule obligatoryjne (obowiązkowe) i fakultatywne (dobrowolne)
  3. Klauzule obligatoryjne nie mogą być wyłączone z zakresu ochrony ubezpieczeniowej.
  4. Klauzule fakultatywne stanowią warunki dodatkowe do umowy ubezpieczenia.

**WARUNKI ZASTOSOWANIA KLAZUL DODATKOWYCH (OBLIGATORYJNYCH I FAKULTATYWNYCH)**

* 1. Treść umowy ubezpieczenia stanowią również klauzule o treści podanej przy poszczególnych rodzajach ubezpieczeń, pod warunkiem, że ich postanowienia są korzystniejsze dla Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, niż zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia lub postanowienia umowy ubezpieczenia w pozostałej części oraz nie zawężają odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
  2. W przypadku, w którym niemożliwa jest ocena czy warunek, o którym mowa w pkt. 5.1. został spełniony, Ubezpieczający/Ubezpieczony jest uprawniony do dokonania wyboru pomiędzy treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia, postanowieniami umowy ubezpieczenia w pozostałej części, a treścią klauzul.
  3. W przypadku, w którym poniższe klauzule spełniają warunek, o którym mowa w pkt. 5.1. jedynie co do części swojej treści, część ta stanowi treść umowy ubezpieczenia. W pozostałym zakresie obowiązują zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia lub postanowienia umowy ubezpieczenia w pozostałej części, które nie są z nimi sprzeczne.

**KLAUZULA ZMIAN WŁASNOŚCIOWYCH, POŁĄCZENIA I PRZEKSZTAŁCENIA**

W przypadku zmiany w strukturze własności Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego, przekształcenia lub połączenia Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego, ochrona ubezpieczeniowa będzie udzielana przez Ubezpieczyciela również wobec podmiotów przejmujących, nowo zawiązanych lub przekształconych na warunkach i w zakresie wynikającym z zawartej umowy ubezpieczenia, bez konieczności uzyskania zgody Ubezpieczyciela. Ubezpieczającemu, podmiotom przejmującym, nowo zawiązanym lub przekształconym przysługuje prawo rozwiązania umowy ubezpieczenia za 30 dniowym wypowiedzeniem.

W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej w systemie pro rata za dzień ochrony, bez potrącania kosztów manipulacyjnych.

**PRZEDMIOT, SUMY UBEZPIECZENIA, STAWKI I SKŁADKI**

* 1. Przedmiot i sumy ubezpieczenia zostały podane i opisane przy opisie ubezpieczenia. W trakcie trwania umowy Ubezpieczyciel gwarantuje niezmienność stawek i składek. Oznacza to, że ewentualne doubezpieczenia będą rozliczane wg stawek obowiązujących zgodnych z zawartą umową Naliczenie składek za okres krótszy nastąpi na zasadzie pro-rata temporis.
  2. Zgłoszenia o których mowa powyżej składane są w formie pisemnej w wybrany sposób: pocztą, poczta elektroniczną lub faksem.
  3. Zgłoszenia o których mowa powyżej mogą być dokonywane przez osoby upoważnione przez Ubezpieczającego lub za pośrednictwem pełnomocnika/brokera.

**WARUNKI DOTYCZĄCE REALIZACJI OBOWIAZKÓW Z UMOWY**

* 1. Wszelkie postanowienia umowy ubezpieczenia, zwanej dalej również Umową, będą obowiązywały i będą interpretowane z uwzględnieniem specyfiki działalności Ubezpieczającego/Ubezpieczonego jako podmiotu leczniczego.
  2. Wskazana w Umowie suma ubezpieczenia (suma gwarancyjna) i limity odpowiedzialności odnoszą się do każdego okresu rozliczeniowego (ubezpieczenia).
  3. O ile w Umowie nie wskazano limitów odpowiedzialności Ubezpieczyciela oznacza to, iż ustanowienie jakichkolwiek limitów przez Ubezpieczyciela jest niedopuszczalne.
  4. Polisa (polisy) na następny okres ubezpieczenia (rozliczeniowy) zostanie wystawiona co najmniej na 7 dni przed rozpoczęciem tego okresu.
  5. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do drugiej strony uznaje się za skuteczne i dopuszczalne, jeżeli zostały dokonane, pocztą, drogą faksową lub elektroniczną. Niniejsze nie dotyczy oświadczenia woli o wypowiedzeniu lub odstąpieniu od Umowy, ani oświadczeń o zmianie lub uzupełnieniu Umowy.
  6. Gdziekolwiek w ogólnych lub szczególnych warunkach ubezpieczenia, mających zastosowanie do Umowy, przewidziane są postanowienia zobowiązujące Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego do usunięcia zagrożeń lub szczególnie niebezpiecznych okoliczności, ulegają one zmianie na: „Ubezpieczający/ Ubezpieczony zobowiązany jest do podjęcia działań zmierzających do zminimalizowania szczególnego zagrożenia. Powyższe dotyczy także zagrożenia, którego zminimalizowania domagał się Ubezpieczyciel”.
  7. Jeżeli ogólne lub szczególne warunki ubezpieczenia, mające zastosowanie do Umowy, definiują w jakikolwiek sposób wzrost zagrożenia, zwiększenie ryzyka lub sytuacje, w których uważa się, że zagrożenie powstania szkody wzrosło, albo też przesłanki pozwalające określić zagrożenie jako szczególne, to postanowień takich nie stosuje się. Dotyczy to zwłaszcza uzyskania w takim przypadku przez Ubezpieczyciela uprawnienia do jednostronnego wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, jak również sankcji w postaci natychmiastowego braku ochrony ubezpieczeniowej. W zamian tych postanowień zastosowanie znajdą odpowiednie przepisy powszechnie obowiązującego prawa, przede wszystkim przepisy kodeksu cywilnego dotyczące umowy ubezpieczenia.

**POLISY UBEZPIECZENIOWE**

* 1. W odniesieniu do wymienionego ryzyka zostanie wystawiona polisa potwierdzająca fakt zawarcia umowy ubezpieczenia .
  2. Polisy będą wystawiane na każdy okres rozliczeniowy i będą uwzględniały aktualne sumy gwarancyjne oraz wysokość składki za dany okres rozliczeniowy.

**PŁATNOŚĆ SKŁADKI**

* 1. Składka ubezpieczeniowa w każdym okresie rozliczeniowym zostanie opłacona w postaci rat, płatnych na koniec danego miesiąca. Terminy płatności rat składek zostaną podane w umowie oraz w p.14
  2. W przypadkach, gdy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, to brak wpłaty składki lub jej pierwszej raty w terminie, nie może być podstawą do wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym. Ubezpieczyciel zobowiązany jest wyznaczyć na piśmie dodatkowy, co najmniej 14 dniowy, termin do zapłaty. W przypadku niedokonania wpłaty składki lub jej pierwszej raty w wyżej wymienionym terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

**MIEJSCE UBEZPIECZENIA**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Augustowie, oraz teren RP.

**SZKODOWOŚĆ**

Szkodowość z ubezpieczeń została podana w załączniku nr 9 do SWZ

**TERMINY PŁATNOŚCI SKŁADEK:**

Składka będzie płatna w ratach według poniższego harmonogramu:

Pierwszy okres rozliczeniowy:

**I rata** do 30 kwietnia 2025

**II rata** do 31 maja 2025

**III rata** do 30 czerwca 2025

I**V rata** do 31 lipca 2025

**V rata** do 31 sierpnia 2025

**VI rata** do 30 września 2025

Drugi i trzeci okres rozliczeniowy:

Po 12 rat płatnych na koniec każdego miesiąca.

1. **UBEZPIECZANE RYZYKA**

**3. Zakres ubezpieczenia, przedmiot i suma ubezpieczenia oraz klauzule**

**UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ – DOBROWOLNE - PODMIOTU LECZNICZEGO ORAZ ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ NADWYŻKOWEJ.**

* 1. **Przedmiot ubezpieczenia i zakres ubezpieczenia**

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną (deliktową i kontraktową) Ubezpieczonego za szkody na osobie wyrządzone osobom trzecim w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych lub niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną podmiotu leczniczego za szkody nie objęte zakresem obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego. **Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również szkody w zakresie objętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego, w zakresie szkód, które nie mogą być zaspokojone z tytułu tego obowiązkowego ubezpieczenia z powodu wyczerpania sumy gwarancyjnej – OC nadwyżkowe.**

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje szkody powstałe w wyniku wypadków mających miejsce w okresie ubezpieczenia, niezależnie od czasu zgłoszenia roszczeń, jednak w terminie ustawowo określonym.

Wypadkiem ubezpieczeniowym jest działalnie lub niezgodne z prawem zaniechanie świadczenia zdrowotnego w wyniku, którego została wyrządzona szkoda, której skutkiem jest śmierć, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, a także utracone korzyści, które poszkodowany mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. W odniesieniu do szkód na osobie ochroną objęty jest również obowiązek zapłaty zadośćuczynienia.

Udzielana w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do szkód osobowych obejmuje straty, które poszkodowany poniósł (damnum emergens), korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono (lucrum cessans) oraz obowiązek zapłaty zadośćuczynienia o ile wynika on ze szkody osobowej definiowanej jako szkoda powstała wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych - spowodowane rażącym niedbalstwem ubezpieczającego lub osób, za które ponosi odpowiedzialność.

* 1. **Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również m.in.:**
     1. rozszerzenie zakresu ochrony o szkody wyrządzone wskutek przeniesienia choroby zakaźnej (w tym HIV,

WZW – żółtaczka, gronkowiec oraz inne).

* + 1. szkody wyrządzone przez osoby nie będące pracownikami Ubezpieczającego/Ubezpieczonego ani osobami świadczącymi pracę na podstawie umów innych niż umowa o pracę, za które Zamawiający ponosi odpowiedzialność w ramach stosunku prawnego łączącego strony, a w szczególności wolontariusze, studenci i uczniowie odbywający praktyki zawodowe lub praktyczną naukę zawodu
    2. szkody wyrządzone przez pracowników Ubezpieczającego w trakcie odbywania staży specjalistycznych, praktyk na podstawie określonych umów w innych jednostkach oraz uczestnictwa w sympozjach w granicach ustawowej odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego,
    3. OC z tytułu prowadzenia apteki wewnątrzszpitalnej, w tym za szkody powstałe z tytułu niewykonania lub niewłaściwego wykonania leku,
    4. szkody wynikające z rażącego niedbalstwa,
    5. szkody spowodowane wadą dostarczanych towarów (środków i materiałów medycznych)
    6. szkody powstałe na skutek uszkodzenia lub wadliwego działania maszyn, urządzeń technicznych oraz aparatury medycznej,
    7. szkody związane z naruszeniem zasad higieny i aseptyki,
    8. szkody wyrządzone przez podwykonawców Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, w tym osoby zatrudnione w oparciu o umowy inne niż umowa o pracę - umowy cywilno-prawne dotyczące między innymi obsługi dyżurów lekarskich oraz pielęgniarskich, badania w innych placówkach medycznych, praktykantów, lekarzy, stażystów, rezydentów oraz wolontariuszy
    9. szkody wyrządzone osobom, za które Ubezpieczającego/Ubezpieczonego ponosi odpowiedzialność w sytuacji, kiedy staną się pacjentami Szpitala oraz wyrządzone osobom bliskim osób, za które Ubezpieczającego/Ubezpieczonego ponosi odpowiedzialność w sytuacji, kiedy staną się pacjentami Szpitala.
    10. Jeżeli działalność Ubezpieczającego/Ubezpieczonego ulegnie zmianie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej (np. uruchomione zostaną nowe oddziały, poradnie, itp.) Ubezpieczyciel automatycznie obejmie ochroną tę nową działalność. Powyższy zapis nie wyłącza stosowania art. 816 k.c.
  1. **Suma gwarancyjna:** 500.000,00 Euro na jeden i na wszystkie wypadki w każdym okresie ubezpieczenia.
  2. **Franszyzy**

Franszyza integralna: brak.

Franszyza redukcyjna: 300 zł

Udział własny: brak.

* 1. **Klauzule obligatoryjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Klauzula czasu ochrony**  Niezależnie od ustalonego w umowie ubezpieczenia terminu zapłaty składki, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się z chwilą określoną w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia |
| **2** | **Klauzula płatności rat**  W przypadku wypłaty odszkodowania, Ubezpieczyciel nie jest uprawniony do potrącenia z kwoty odszkodowania rat jeszcze nie wymagalnych lub żądania zapłaty pozostałych rat; |

**Załącznik nr 3 do SWZ**

*...........................................................................................*

*(miejscowość, data)*

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**PODMIOT W IMIENIU KTÓREGO SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE[[3]](#footnote-3):**

Wykonawca, w tym wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia

Podmiot udostępniający zasoby

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.   
Prawo zamówień publicznych (Dz.U 2024, poz. 1320)

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznegopn.: **„Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej** **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej   
w Augustowie”** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów

1. **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

- Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.

- Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawyz dnia 16 kwietnia 2022 r o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.  U  z  2022 poz. 835),

- Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w  art.  108 ust. 1 ustawy Pzp).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

*………………………………………………………………………………………………………………………………………….............………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………….............……………………………………………*

1. **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmioty, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj:

………………………………………………………………………………………………………………………………............……….………  
…………………………………………………………………………………………………………………………............…………….………

*(podać pełną nazwę/firmę, adres a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmioty, będący/e podwykonawcą/ami: ……………............…………………..

…………………………………………………………………………………………………….…………………............………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………............…………………….

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KSR/CEiDG)*

nie podlegają wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

Oświadczam, że jestem/śmy w stanie, na żądanie i bez zwłoki przedstawić zaświadczenia i inne rodzaje dowodów wymagane w SWZ na potwierdzenie spełnienia warunków udziału i nie podleganiu wykluczeniu z postępowania, z wyjątkiem przypadków, w których zamawiający ma możliwość uzyskania odpowiednich dokumentów potwierdzających bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim.

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby upoważnionej / osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym pełnomocnictwie .***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

**Załącznik nr 4 do SWZ**

*...........................................................................................*

*(miejscowość, data)*

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11września 2019 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej** **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie”**, prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustówoświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu i Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby upoważnionej / osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym pełnomocnictwie .***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**UMOWA NR 4/ZP/2025**

zawarta dnia …………………………… w Augustowie, po przeprowadzeniu postępowania   
o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym zgodnie z przepisem   
art. 275 pkt 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1320 ze zm.) pn.: **„Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej** **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie”,**  zwana dalej również **„Umową”**, pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów,** wpisanym do rejestru Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku z siedzibą w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000037781, NIP 8461375707 oraz numer REGON: 790317038, zwanym dalej również **„Ubezpieczającym”,**

reprezentowanym przez:

a

**………………………………………………** ul. ……………………………………………………….. wpisanym do rejestru przedsiębiorców przez Sąd …………… Wydział ……………pod numerem KRS ………………, NIP …………………., REGON ……………., zwanym dalej **„Ubezpieczycielem”,**

reprezentowanym przez:

……………………………………………………………………….,

……………………………………………………………………….,

Ubezpieczający i Ubezpieczyciel zwani są dalej również łącznie **„Stronami”**, a każdy z osobna **„Stroną”**.

**§ 1**

**Przedmiot i zakres ubezpieczenia**

1. Na warunkach niniejszej Umowy, Ubezpieczyciel udzieli Ubezpieczającemu/ Ubezpieczonemu ochrony w zakresie **dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nadwyżkowej podmiotu leczniczego.**
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia, w tym szczegółowe warunki ubezpieczeń, przedmiot ubezpieczenia, zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, zawiera Załącznik nr 1 do Umowy (opis przedmiotu zamówienia). W przypadku rozszerzeń zakresu ochrony (odpowiedzialności) – o ile takie zostały zaoferowane przez Ubezpieczyciela w ofercie – zastosowanie będą miały warunki dodatkowe wskazane w ofercie Ubezpieczyciela złożonej w postępowaniu.

**§ 2**

**Ogólne warunki ubezpieczenia**

1. Do Umowy, w zakresie w niej nieuregulowanym, zastosowanie mają: ogólne warunki ubezpieczenia …………………………………………. wskazane w ofercie Ubezpieczyciela złożonej w postępowaniu.
2. Limity ograniczające odpowiedzialność Ubezpieczyciela, nie przewidziane w Umowie lub w SWZ, a zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia, nie mają zastosowania.
3. Postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia oraz Umowy sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego albo uprawnionego z Umowy.
4. Ustala się, że w razie rozbieżności pomiędzy postanowieniami Umowy, a ogólnymi warunkami ubezpieczeń, zastosowanie znajdą te postanowienia, które są korzystniejsze dla Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub poszkodowanego.
5. W przypadku, w którym niemożliwa lub utrudniona jest ocena, które postanawiania są korzystniejsze dla Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub poszkodowanego, Ubezpieczający, Ubezpieczony lub poszkodowany jest uprawniony do dokonania wyboru pomiędzy treścią ogólnych warunków ubezpieczeń a postanowieniami Umowy w pozostałej części.
6. W przypadku, gdy jedynie część danego postanowienia jest korzystniejsza dla Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub poszkodowanego, część ta stanowi treść Umowy, a w pozostałym zakresie obowiązują zapisy ogólnych warunków ubezpieczeń oraz postanowienia Umowy w pozostałej części, które nie są z tymi postanowieniami sprzeczne.

**§ 3**

**Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela**

1. Umowa zawarta zostaje na okres **30 miesięcy** **od dnia rozpoczęcia świadczenia usługi, tj.** (dalej również jako „okres obowiązywania Umowy”).
2. Okres obowiązywania Umowy dzielić się będzie na dwa dwunastomiesięczne i jeden sześciomiesięczny okresy rozliczeniowe :
3. I okres rozliczeniowy: od 30.03.2025 r. do 30.09.2025 r.
4. II okres rozliczeniowy: od 01.10.2025 r. do 30.09.2026 r.
5. III okres rozliczeniowy: od 01.10.2026 r. do 30.09.2027 r.

**§ 4**

**Dokumenty ubezpieczenia**

1. Ubezpieczyciel potwierdzi fakt zawarcia Umowy wystawiając w każdym okresie rozliczeniowym, o którym mowa w § 5, dokumenty ubezpieczenia dla Ubezpieczającego.

**§ 5**

**Składka ubezpieczeniowa**

1. Składkastanowiąca wynagrodzenie Ubezpieczyciela należne z tytułu Umowy w okresie obowiązywania Umowy, którą Ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić za zamówienie wynosi ……………………. zł, w tym:
2. I okres rozliczeniowy: od 30.03.2025 r. do 30.09.2025 r. - ……………………….. zł,
3. II okres rozliczeniowy: od 01.10.2025 r. do 30.09.2026 r. - ……………………….. zł,
4. III okres rozliczeniowy: od 01.10.2026 r. do 30.09.2027 r. - ……………………….. zł,
5. Ubezpieczający zapłaci składkę ubezpieczeniową w każdym okresie ubezpieczenia (okresie rozliczeniowym) zgodnie z warunkami zamówienia.
6. Płatność składki lub jej raty, będzie następować na rachunek bankowy Ubezpieczyciela wskazany na dokumencie ubezpieczenia.
7. Składka należna jest za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta niniejsza Umowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w każdym okresie rozliczeniowym bez ponoszenia opłat manipulacyjnych lub innych kosztów.
8. Ubezpieczyciel zobowiązuje się, na wniosek Ubezpieczającego / Brokera, w terminie do 7 dni roboczych, licząc od dnia złożenia wniosku, przygotować i doręczyć drogą elektroniczną lub pisemnie, raport płatności za składki ubezpieczeniowe należne Ubezpieczycielowi w wykonaniu niniejszej Umowy.

**§ 6**

**Zmiany Umowy**

1. Strony, na podstawie art. 455 ust. 1 pkt 1 ustawy Pzp, dopuszczają wprowadzenie następujących zmian do Umowy bez przeprowadzania nowego postępowania o udzielenie zamówienia:
2. w zakresie objęcia ochroną dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego, jeżeli konieczność zmiany ujawniła się po terminie składania ofert w postępowaniu – z zastrzeżeniem, że wskutek każdej kolejnej przedmiotowej zmiany dodatkowa składka, nie przekroczy 50% wartości pierwotnej składki, o której mowa w § 5 ust. 1. Zmiana może nastąpić na wniosek Ubezpieczającego / Ubezpieczonego.
3. w zakresie zmiany przedmiotu ubezpieczenia,zakresu ubezpieczenia, nowego ryzyka ubezpieczeniowego, wysokości sumy gwarancyjnej, sublimitów, franszyz, udziałów własnych, klauzul, miejsc w których znajduje się mienie Ubezpieczającego, składek, okresów ubezpieczenia,
4. jeżeli konieczność zmiany ujawniła się po terminie składania ofert w postępowaniu,
5. w przypadku nierozstrzygnięcia we właściwym terminie postępowania o udzielenie zamówienia zapewniającego zachowanie ciągłości ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego,
6. w przypadku zmiany w obowiązujących przepisach prawa mających wpływ na ubezpieczenia,
7. w przypadku konieczności objęcia nowego ryzyka ubezpieczeniowego ochroną ubezpieczeniową, przyjęcia do ubezpieczenia nowej działalności Ubezpieczającego / Ubezpieczonego,
8. zmiany rodzaju lub wartości mienia posiadanego przez Ubezpieczającego / Ubezpieczonego,
9. wyczerpania lub obniżenia sumy gwarancyjnej bądź sublimitów w wyniku wypłaty odszkodowania,
10. zmiany w strukturze organizacyjnej Ubezpieczającego / Ubezpieczonego,
11. konieczności zwiększenia sumy gwarancyjnej w związku z potrzebą urealnienia kwot na pokrycie szkód (np. wskutek inflacji, dynamicznego wzrostu cen materiałów i usług), lub innych okoliczności,

– z zastrzeżeniem, że wskutek przedmiotowej zmiany wzrost lub obniżenie składki spowodowany każdą zmianą nie przekroczy 50% wartości pierwotnej składki, o której mowa w § 5 ust. 1. Dodatkowa składka lub jej zwrot zostanie rozliczona pro rata temporis za każdy dzień udzielanej ochrony ubezpieczeniowej na zmienionych w tym zakresie warunkach Umowy. Zmiany mogą zostać wprowadzone niezależnie od możliwości skorzystania przez Ubezpieczającego z opcji. Zmiana może nastąpić na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela.

1. gdy nowe ogólne warunki ubezpieczeń mają zastąpić dotychczasowe ogólne warunki ubezpieczeń wskazane w § 2 ust. 1 – z zastrzeżeniem, że wskutek tej zmiany zostaną wprowadzone ogólne warunki ubezpieczeń na korzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, a taka zmiana nie będzie skutkować wzrostem składki określonej pierwotnie w § 5 ust. 1 lub ust. 2 lub stawek określonych w Załączniku nr 2 do Umowy. Zmiana może nastąpić na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela.
2. w zakresie zmiany terminu okresu obowiązywania Umowy maksymalnie o dodatkowe 12 miesięcy:
3. Wskutek przedmiotowej zmiany wzrost składki spowodowany wszystkimi zmianami nie przekroczy 2/3 wartości pierwotnej składki, o której mowa w § 5 ust. 1.
4. Łączne zmiany (przedłużenia) okresu obowiązywania Umowy / okresu ubezpieczenia nie przekroczą terminu określonego w art. 434 ust. 2 PrZamPubl (4 lata).
5. Gdy zmiana terminu wykonania zamówienia jest korzystna z powodów ekonomicznych dla Ubezpieczającego (np. wystąpiła zmiana na rynku ubezpieczeń poprzez wzrost składek, a zmiana terminu obowiązywania Umowy spowoduje oszczędności co wynikać będzie np. z rekomendacji Brokera) lub gdy wskutek przedłużonego bądź nierozstrzygniętego postępowania o zamówienie publiczne wystąpi ryzyko niezachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
6. Dodatkowa składka za wprowadzenie zmiany terminu, zostanie obliczona pro rata temporis według stawek lub składek dotychczasowych.
7. Zmiana nastąpi na wniosek Ubezpieczającego.
8. Ubezpieczyciel, w terminie siedmiu dni roboczych liczonych od dnia otrzymania wniosku Ubezpieczającego, zobowiązany jest poinformować Ubezpieczającego o swoim stanowisku co do proponowanej przez Ubezpieczającego zmiany terminu obowiązywania Umowy. Brak odpowiedzi Ubezpieczyciela w tym terminie, będzie uznawany za brak akceptacji wniosku Ubezpieczającego.
9. W celu uniknięcia wątpliwości, Strony ustalają, że w wyniku zmiany, Ubezpieczyciel powtórzy świadczenie ochrony ubezpieczeniowej w przedłużonym okresie na warunkach wskazanych w Umowie, za co Ubezpieczający zobowiązany będzie do dopłaty składki, z zastrzeżeniem, że sumy gwarancyjne i sublimity odpowiedzialności mające zastosowanie w ubezpieczeniu zostały ustalone dla każdego okresu rozliczeniowego odrębnie.
10. gdy nastąpią zmiany w strukturze organizacyjnej Ubezpieczającego / Ubezpieczonego, jego przekształcenia, połączenia, podziału lub im podobnych (w tym utworzenia nowego podmiotu powiązanego kapitałowo z Ubezpieczającym) oraz jeżeli zmiana ta ma wpływ na zmianę wysokości składki, o której mowa w § 5 ust. 1 – również w zakresie zmiany wysokości takiej składki. Ubezpieczyciel zobowiązany będzie do udzielania ochrony ubezpieczeniowej również wobec podmiotów przejmujących, nowo zawiązanych, przekształconych lub wydzielonych na warunkach i w zakresie wynikającym z Umowy. Wszelkie rozliczenia płatności składki z tytułu zmiany, o której mowa, dokonywane będą w systemie pro rata temporis. Zmiana może nastąpić na wniosek Ubezpieczającego. W przypadku braku zgody Stron na zmiany, o których mowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej w systemie pro rata za dzień ochrony, bez potrącania kosztów manipulacyjnych,
11. w zakresie zmiany terminów płatności, wysokości i liczby rat składki – taka zmiana może zostać dokonana, bez dodatkowej zwyżki składki, na wniosek Ubezpieczającego / Ubezpieczonego złożony przed upływem terminu płatności raty składki przewidzianym w Umowie oraz dokumentach ubezpieczenia,
12. w zakresie określonym w art. 816 KC, w razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego (np. zmiana zadań wykonywanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego), poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak, niż od początku bieżącego okresu rozliczeniowego, na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela.
13. Ciężar wykazania wpływu danej okoliczności na prawdopodobieństwo zajścia wypadku ubezpieczeniowego spoczywa na wnioskodawcy, który domaga się odpowiedniej zmiany wysokości składki.
14. Żądanie zmiany wysokości składki powinno być sprecyzowane i uzasadnione co do wysokości.
15. Odpowiednia zmiana składek oznacza jej zwiększenie lub zmniejszenie do takiej wysokości, w jakiej składka byłaby pobrana w razie uwzględnienia okoliczności zmieniającej prawdopodobieństwo nastąpienia wypadku ubezpieczeniowego.
16. Brak wypowiedzenia Umowy w odpowiedzi na zgłoszone żądanie zmiany wysokości łącznej składki, nie jest uznawane za akceptację żądania.
17. Zmiany wskazane w ust. 1, są możliwe za zgodą obu Stron, wyrażoną pod rygorem nieważności w formie pisemnego aneksu do Umowy.

**§ 7**

**Zasady wprowadzenia zmian wysokości wynagrodzenia**

* + - 1. Ubezpieczający przewiduje odpowiednią zmianę wysokości wynagrodzenia należnego Ubezpieczycielowi w przypadku zmiany:

1. ustawowej stawki podatku od towarów i usług (VAT), czy podatku akcyzowego – wówczas w zależności od faktu, czy stawka została podwyższona czy zmniejszona, wynagrodzenie Ubezpieczyciela może zostać zmienione (zwiększone lub obniżone); w szczególności zwiększenie wynagrodzenia będzie możliwe w przypadku wykazania przez Ubezpieczyciela, iż zmiana ta wpływa na koszty wykonania przedmiotu Umowy przez Ubezpieczyciela (wraz z określeniem konkretnego zakresu tego wpływu); przedmiotowe wykazanie (udowodnienie) wpływu zmian prawnych musi odnosić się do złożonej przez Ubezpieczyciela oferty i zawierać szczegółowe uzasadnienie postulowanej wysokości wynagrodzenia oraz przedstawiać faktyczny i rzeczywisty wpływ na koszty wykonania zamówienia (wysokość wynagrodzenia Ubezpieczyciela) zmiany ustawowej stawki podatku od towarów i usług (VAT), czy podatku akcyzowego,
2. wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej, ustalonych na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1773 z późn. zm.) – wówczas w przypadku wykazania przez Ubezpieczyciela, iż zmiana ta wpływa na koszty wykonania przedmiotu Umowy przez Ubezpieczyciela (wraz z określeniem konkretnego zakresu tego wpływu) wynagrodzenie Ubezpieczyciela może zostać zmienione; przedmiotowe wykazanie (udowodnienie) wpływu zmian prawnych musi odnosić się do złożonej przez Ubezpieczyciela oferty i zawierać szczegółowe uzasadnienie postulowanej wysokości wynagrodzenia oraz przedstawiać faktyczny i rzeczywisty wpływ na koszty wykonania zamówienia (wysokość wynagrodzenia Ubezpieczyciela) zmiany wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej,
3. zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu, czy też wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne – wówczas w przypadku wykazania przez Ubezpieczyciela, iż zmiana ta wpływa na koszty wykonania przedmiotu Umowy przez Ubezpieczyciela (wraz z określeniem konkretnego zakresu tego wpływu) wynagrodzenie Ubezpieczyciela może zostać zmienione; przedmiotowe wykazanie (udowodnienie) wpływu zmian prawnych musi odnosić się do złożonej przez Ubezpieczyciela oferty i zawierać szczegółowe uzasadnienie postulowanej wysokości wynagrodzenia oraz przedstawiać faktyczny i rzeczywisty wpływ na koszty wykonania zamówienia (wysokość wynagrodzenia Ubezpieczyciela) zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu, czy też wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne,
4. zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 427 z późn. zm.) – wówczas w przypadku wykazania przez Ubezpieczyciela, iż zmiana ta wpływa na koszty wykonania przedmiotu Umowy przez Ubezpieczyciela (wraz z określeniem konkretnego zakresu tego wpływu) wynagrodzenie Ubezpieczyciela może zostać zmienione; przedmiotowe wykazanie (udowodnienie) wpływu zmian prawnych musi odnosić się do złożonej przez Ubezpieczyciela oferty i zawierać szczegółowe uzasadnienie postulowanej wysokości wynagrodzenia oraz przedstawiać faktyczny i rzeczywisty wpływ na koszty wykonania zamówienia (wysokość wynagrodzenia Ubezpieczyciela) zmiany zasad gromadzenia i wysokości wpłat do PPK, przy uwzględnieniu ust. 2.
   * + 1. Zmiana wynagrodzenia Ubezpieczyciela w przypadku zaistnienia zmian prawnych, o których mowa w ust. 1, będzie mogła nastąpić, jeżeli zmiany te będą powodowały udokumentowany wzrost lub zmniejszenie kosztów niewykonanej części zamówienia o więcej niż 3 % wynagrodzenia przewidywanego za ich realizację. Zmiana wynagrodzenia Ubezpieczyciela w trybie określonym w ust. 1 może dotyczyć usług realizowanych po wejściu w życie określonej zmiany prawnej, jeżeli będzie ona miała wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Ubezpieczyciela, a wpływ ten zostanie wykazany w sposób konkretny i rzeczywisty. Wpływ zmian, o których mowa w ust. 1, na koszty wykonania zamówienia winien zostać wykazany przez stronę, która wnioskuje o zmianę wysokości wynagrodzenia. W ramach wykazania tego wpływu należy przedstawić m.in. kalkulację kosztów wykonania zamówienia z uwzględnieniem zaistniałej zmiany będącej podstawą składanego wniosku (tzw. kalkulację wtórną – odnoszącą się do kalkulacji bazowej będącej podstawą złożenia oferty, pozwalającą na porównanie danych kalkulacyjnych) oraz dokumenty, dowody, informacje, etc. potwierdzające dane kalkulacyjne.
       2. W kontekście zaistnienia podstaw do zmiany wynagrodzenia umownego w trybie określonym w ust. 1 Ubezpieczający zobowiązuje się do pokrycia maksymalnie 50% zwiększonych w wyniku zmian, o których mowa w ust. 1, kosztów wykonania zamówienia.
       3. Zmiana wysokości wynagrodzenia należnego Ubezpieczycielowi w przypadku zaistnienia przesłanki, o której mowa w ust. 1, będzie obejmować wyłącznie część wynagrodzenia Ubezpieczyciela, w odniesieniu do której nastąpiła zmiana wysokości kosztów wykonania Umowy przez Ubezpieczyciela w związku z wejściem w życie przepisów wprowadzających te zmiany. Zmiana, o której mowa w zdaniu poprzednim, obowiązywać będzie od dnia wejścia w życie zmian, o których mowa w ust. 1.
       4. W przypadku wykazania wpływu zmian, o których mowa w ust. 1, na koszty wykonania zamówienia przez Ubezpieczyciela, stosowna zmiana wysokości wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, nastąpi na mocy aneksu.

**§ 10**

**Klauzula waloryzacyjna**

* 1. Zmiany /zwiększenie/zmniejszenie/ wysokości wynagrodzenia należnego Ubezpieczycielowi, w przypadku zmiany /wzrostu lub spadku/ cen materiałów lub kosztów związanych z realizacją zamówienia (umowy) w rozumieniu art. 439 ustawy Pzp. Przez zmianę ceny materiałów lub kosztów rozumie się wzrost odpowiednio cen lub kosztów, jak i ich obniżenie, względem ceny lub kosztu przyjętych w celu ustalenia wynagrodzenia Ubezpieczyciela zawartego w ofercie.
  2. Zmiana zostanie dokonana na następujących zasadach:
  3. Wynagrodzenie będzie podlegało waloryzacji najwcześniej po sześciu miesiącach od dnia zawarcia Umowy, z zastrzeżeniem art. 439 ust. 3 ustawy Pzp. Kolejne zmiany wynagrodzenia mogą nastąpić nie wcześniej niż po upływie sześciu miesięcy od poprzedniej zmiany.
  4. Zmiana wynagrodzenia dotyczy części przedmiotu Umowy które nie zostały zrealizowane/wykonane (działa na przyszłość od momentu dokonania zmiany).
  5. Waloryzacja będzie się odbywać w oparciu „Wskaźnik waloryzacji” wyliczony jako iloczyn sumy kolejnych miesięcznych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem (opublikowanych przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Biuletynie Statystycznym GUS) poprzedzających termin waloryzacji i wagi 50%:

Wskaźnik waloryzacji = (Wm1 + Wm2 + Wm3 + Wm4 + Wm5 + Wm6 +...) x 50%

gdzie:

* Wm1, Wm2, Wm3, Wm4, Wm5, Wm6 ...- miesięczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, opublikowane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Biuletynie Statystycznym GUS, na stronie internetowej GUS, odpowiadające kolejnym miesiącom poprzedzającym termin waloryzacji
* 50 % - waga

4) Zmiana wynagrodzenia wyliczona zostanie jako iloczyn Wskaźnika waloryzacji i wartości usług niezrealizowanych.

5) Łączna wartość wszystkich korekt wynikająca z waloryzacji nie przekroczy 5% pierwotnego wynagrodzenia, o którym mowa w § 5 ust. 1. Przez łączną wartość korekt należy rozumieć wartość wzrostu lub wartość spadku wynagrodzenia Ubezpieczyciela wynikającą z waloryzacji.

6) Zmiana wynagrodzenia /zwiększenie/ następować będzie pod warunkiem osiągnięcia przez Wskaźnik waloryzacji poziomu równego lub wyższego niż 2. Zmiana wynagrodzenia /zmniejszenie/ następować będzie pod warunkiem osiągnięcia przez Wskaźnik waloryzacji poziomu równego lub niższego niż (-) 2.

7) Ubezpieczyciel, którego wynagrodzenie zostało zmienione zgodnie z niniejszym paragrafem Umowy, zobowiązany jest do zmiany wynagrodzenia przysługującego podwykonawcy, z którym zawarł umowę, w zakresie odpowiadającym zmianom wynagrodzenia dokonanych zgodnie z niniejszą Umową, jeżeli przedmiotem umowy z podwykonawcą są usługi, a okres jej obowiązywania przekracza 6 miesięcy.

8) Postanowień umownych w zakresie waloryzacji nie stosuje się od chwili osiągnięcia limitu, o którym mowa w pkt 2.5.

9) W przypadku likwidacji Wskaźnika, o którym wyżej mowa lub zmiany podmiotu, który urzędowo go ustala, wskazany mechanizm stosuje się odpowiednio do wskaźnika i podmiotu, który zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zastąpi dotychczasowy Wskaźnik lub podmiot lub w przypadku, gdyby te wskaźniki przestały być dostępne, zastosowanie znajdą inne najbardziej zbliżone wskaźniki publikowane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

1. Waloryzacja odbywa się na wniosek Strony Umowy. Ubezpieczyciel zobowiązany jest zwrócić się do Ubezpieczającego z wnioskiem o dokonanie odpowiedniej zmiany wynagrodzenia – wskaże podstawę dokonania zmiany, kwotę usług podlegającą waloryzacji, oraz wyliczoną wartość waloryzacji wynagrodzenia, na podstawie czego zostanie sporządzony aneks do Umowy.
2. Za dzień ustalenia wartości usług niewykonanych podlegających waloryzacji ustala się dzień złożenia wniosku przez Ubezpieczyciela do Ubezpieczającego o waloryzację wynagrodzenia.

**§ 11**

**Podwykonawstwo**

* + - 1. Ubezpieczyciel odpowiada za działania i zaniechania podwykonawców jak za działania własne.
      2. Ubezpieczający zastrzega obowiązek osobistego wykonania przez Ubezpieczyciela kluczowej części Umowy (zamówienia) polegającej na udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w postaci gotowości zapłaty określonego w Umowie odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w Umowie wypadku ubezpieczeniowego.
      3. Ubezpieczyciel będzie realizował przedmiot Umowy samodzielnie / za pomocą następującego podwykonawcy: …………………………………………
      4. W przypadku wskazania przez Ubezpieczyciela części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom zastosowanie mieć będą przepisy art. 462 ust. 5 ustawy Pzp.
      5. Umowa o podwykonawstwo nie może zawierać postanowień kształtujących prawa i obowiązki podwykonawcy, w zakresie kar umownych oraz postanowień dotyczących warunków wypłaty wynagrodzenia, w sposób dla niego mniej korzystny niż prawa i obowiązki wykonawcy, ukształtowane postanowieniami umowy zawartej między zamawiającym a wykonawcą.

**§ 12**

**Postanowienia końcowe**

1. Zamawiający i wykonawca wybrany w postępowaniu o udzielenie zamówienia obowiązani są współdziałać przy wykonaniu Umowy, w celu należytej realizacji zamówienia.
2. W sprawach nieuregulowanych Umową, mają zastosowanie przepisy ustawy Pzp, KC, Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 838 z późn. zm.), a także inne przepisy powszechnie obowiązującego prawa oraz dokumenty zamówienia, w tym SWZ.
3. Prawem właściwym dla Umowy jest prawo polskie.
4. Strony będą dążyły do ugodowego rozstrzygania sporów, wynikłych w toku realizacji postanowień Umowy, ewentualnie spory, których nie uda się rozstrzygnąć ugodowo, Strony poddają pod rozstrzygnięcie Sądu właściwego dla siedziby Ubezpieczającego.
5. Zmiany i uzupełnienia Umowy, wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności chyba, że postanowienia Umowy stanowią inaczej.
6. Zmiana w zakresie danych dotyczących Stron, a w szczególności ich adresów lub nazw, imion i nazwisk osób uprawnionych do reprezentowania lub kontaktów, nie stanowią istotnej zmiany postanowień Umowy i nie wymagają zgody Stron. Zmiana, o której mowa w zdaniu poprzednim, jest dokonywana jednostronnym oświadczeniem złożonym drugiej Stronie w formie dokumentowej.
7. Przeniesienie na osobę trzecią wierzytelności wynikających z Umowy wymaga zgody Ubezpieczającego, wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności. Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela Ubezpieczającego może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący.
8. Ubezpieczyciel uznaje i oświadcza, że w trakcie postępowania otrzymał od Ubezpieczającego odpowiedź na każde pytanie, które zadał w terminie określonym przepisami ustawy Pzp i są mu znane wszelkie okoliczności oraz informacje niezbędne do zawarcia Umowy i realizacji przedmiotu niniejszej Umowy, w tym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Wszelkie inne informacje Ubezpieczyciel uznaje za nieistotne.
9. Za dni robocze uznaje się dni od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy.
10. Ubezpieczyciel zobowiązuje się, na wniosek Ubezpieczającego, w terminie 7 dni licząc od dnia otrzymania wniosku, przygotować i doręczyć Ubezpieczającemu drogą elektroniczną lub pisemnie raport szkodowy. Raport szkodowy powinien zawierać co najmniej informację na temat postępowania likwidacyjnego obejmujące: datę zdarzenia, datę zgłoszenia szkody (zawiadomienia o wypadku), przedmiot roszczenia / szkody, wysokość roszczenia/ szkody, stan sprawy na dzień sporządzenia raportu szkodowego: wypłata/ odmowa/ w trakcie, wysokości założonych rezerw, wysokości wypłaconego odszkodowania, dane polisy / certyfikatu, z których dana szkoda jest likwidowana.
11. W przypadku Umowy zawieranej w formie elektronicznej, Umowę sporządza się w jednym egzemplarzu podpisywanym przez obydwie Strony, podlegającym zwielokrotnieniu. W przypadku Umowy zawieranej na piśmie z odręcznymi podpisami, Umowę sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
12. Integralną część Umowy stanowi załącznik:
13. Załącznik nr 1 do Umowy -Opis przedmiotu zamówienia.
14. Załącznik nr 2 do Umowy- Oferta wykonawcy.

………………………. ……………………….

**Ubezpieczyciel Ubezpieczający**

**Załącznik Nr 6 do SWZ**

**Wzór oświadczenia Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**PODMIOTY W IMIENIU KTÓRYCH SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE:**

…………………………………………………..…..……………….……

……………………………………………………………...…..…………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

…………………………………………………..……………...…………

…………………………………………………..……………...…………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowane przez:

…………………………………………………..…..……………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie składane na podstawie art. 117 ust. 4** **ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024., poz. 1320) - dalej: ustawa Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego którego przedmiotem jest:

**„Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej** **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie”**

prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie,   
ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów **działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie oświadczam, że:**

**Wykonawca:**

…………………………………………………..…..……………………………………………………………..…..…………

*Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:*

…………………………………………………..…..……………………………………………………………..…..…………

**Wykonawca:**

…………………………………………………..…..……………………………………………………………..…..…………

*Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:*

……………………………………………………………………………………………………………………..…..…………

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą.

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby upoważnionej / osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym pełnomocnictwie .***

**Załącznik nr 7 do SWZ**

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby, składne na podstawie art. 118 ust. 3, 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych, do oddania do dyspozycji Wykonawcy / Wykonawcom wspólnie ubiegający się o zamówienie\* niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia o nazwie: **„Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej** **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej   
w Augustowie”.**

W związku z ubieganiem się Wykonawcy / Wykonawców występujących wspólnie\*

........................................................................................................................... *(nazwa Wykonawcy / siedziba)*

o udzielenie ww. zamówienia publicznego zobowiązuję / zobowiązujemy się jako podmiot (firma/osoba fizyczna/ osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą\*) udostępniający zasoby:

................................................................................*(nazwa podmiotu udostępniającego zasoby, siedziba)*

do oddania do dyspozycji ww. Wykonawcy / Wykonawcom wspólnie ubiegającym się o zamówienie na potrzeby realizacji niniejszego zamówienia niezbędnych zasobów na zasadach określonych w art. 118 ustawy Prawo zamówień publicznych, celem wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, których opis sposobu dokonania oceny spełnienia zawarto w specyfikacji warunków zamówienia.

I. Zakres dostępnych wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby:

………………………………………………………………………………………………………………,

II. Sposób i okres udostępnienia wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia:

………………………………………………………………………………………………………………,

III. Zakres i okres udziału innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia:

………………………………………………………………………………………………………………,

IV. Podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje przedmiot zamówienia, których wskazane zdolności dotyczą, w następującym zakresie:

………………………………………………………………………………………………………………,

V. Zapewnienie wykonania zamówienia / części zamówienia, w tym wskazanie charakteru stosunku, jaki będzie łączył wykonawcę z innym podmiotem:

………………………………………………………………………………………………………………,

UWAGA:

1. **DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ (tylko w sytuacji gdy wykonawca powołuje się na zasoby innego podmiotu)**
2. Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf
3. Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowalnym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez podmiot/osobę udostępniający/ącą zasoby.

**Załącznik Nr 8 do SWZ**

**Oświadczenie Wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu,****o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp (wzór)**

***(składane na wezwanie Zamawiającego)***

**WYKONAWCA:**

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Niniejszym potwierdzam aktualność informacji zawartych w oświadczeniu wstępnym złożonym w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, pn.: „**Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej** **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie”**, na podstawie w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp, w zakresie braku podstaw wykluczenia z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 7 ust 1 ustawy z dnia 16 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby upoważnionej / osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym pełnomocnictwie .***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

**Załącznik nr 10 do SWZ**

**INFORMACJE O ZAMAWIAJĄCYM**

**Do ubezpieczenia szpitala** 30 kwietnia 2025 r. – 30 września 2027 r. (30 miesięcy) z rocznymi okresami plisowania

|  |
| --- |
| **DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO** |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Pełna nazwa***  ***Adres***  ***Kod/ Miejscowość***  ***REGON***  ***NIP***  ***KRS***  ***Numer konta bankowego***  ***Strona www***  ***WWW-mail*** | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie  ul. Szpitalna 12  16-300 Augustów  790317038  846-13-75-707  0000037781  37 1440 1101 0000 0000 0974 4177  www.spzoz.augustow.pl  sekretariat@spzoz.augustow.pl |
| ***Siedziba główna***(adres) | 16-300 Augustów, ul. Szpitalna 12 |
| ***Miejsca ubezpieczenia***  *(lokalizacje, odziały ubezpieczającego – dokładne adresy)* | 16-300 Augustów, ul. Szpitalna 12 |
| ***Rok założenia firmy*** | 1997 |
| ***Kontrakt z NFZ 2023*** | 55 397 660 zł |
| ***Liczba zatrudnionych*** | 410 |
| ***Liczba łóżek*** | 161 |
| ***Opis prowadzonej działalności*** | Porady lekarskie, wizyty domowe, zabiegi, lecznictwo otwarte, lecznictwo zamknięte, transport chorych, konsultacje |
| ***PKD*** (z opisem) | 86.10.Z Działalność szpitali |
| ***Numer rejestracji ZOZ*** | 20-00104 |
| ***Numer rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*** | 000000010716 |
| ***Przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego*** | 1.Szpital  2.Poradnie Specjalistyczne |
| ***Organ Założycielski*** | Powiat Augustowski |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Liczba pacjentów przyjętych  w 2023 r.*** | ***Lecznictwo otwarte*** | ***Lecznictwo zamknięte*** | |
| **64 065** | **8 711** | |
| ***Liczba lekarzy pracujących: umowa o pracę/ kontrakt*** | 59 | | |
| ***Liczba lekarzy wykonujących zabiegi:umowa o pracę/ kontrakt*** | 17 | | |
| ***Inny personel*** |  | | ***Liczba*** |
| Pielęgniarki | | 153 |
| Położne | | 22 |
| Technik RTG | | 8 |
| Technik farmacji | | 0 |
| Technik fizjoterapeuta | | 10 |
| Inny średni | | 34 |
| Salowe | | 45 |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁALNOŚCI SZPITALA** |

Kuchnię i pralnię prowadzą firmy zewnętrzne.

Szpital posiada miejsca parkingowe przy budynkach.

Szpital nie prowadzi banku krwi pępowinowej.

Szpital otrzymuje krew z RCKiK w Białymstoku.

Sprzątanie prowadzą pracownicy szpitala.

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O APTECE SZPITALNEJ** |

Apteka pracuje wyłącznie na potrzeby szpitala.

Przekazuje leki gotowe i robione.

Liczba zatrudnionych: 3 osoby.

Obrót w 2023 r. – 2 506 272,17 PLN

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O PRZYCHODACH SZPITALA** |

**PRZYCHODY ZE ŚRODKÓW PRYWATNYCH**

Przychód ze świadczeń medycznych finansowanych ze środków prywatnych w 2023 r. (współpraca   
z NZOZ, leczenie obcokrajowców i osób nie ubezpieczonych, medycyna pracy): **411 693,23 PLN**.

Przychód z działalności niemedycznej w 2023 r. (dzierżawa pomieszczeń, gruntów, inne): **915 893,88 PLN**.

Działalność wymieniona w p.1 jest ujęta w działalności statutowej szpitala. Zasady dzierżawy gruntów i pomieszczeń oraz garaży reguluje Uchwała Rady Powiatu.

Szpital nie posiada innych nr PKD

|  |
| --- |
| **WYKAZ ODDZIAŁÓW, PORADNI I PRACOWNI SZPITALA** |

1) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – 20 łóżek

2) Oddział Chirurgii Ogólnej – 30 łóżek

3) Oddział Ginekologiczno – Położniczy – 15 łóżek

4) Oddział Pediatryczny – 15 łóżek

5) Oddział Chorób Wewnętrznych – 50 łóżek

6) Oddział Obserwacyjno – Zakaźny – 20 łóżek

7) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 6 łóżek

8) Szpitalny Oddział Ratunkowy – 5 łóżek

9) Blok Operacyjny

10) Apteka szpitalna

11) Centralna Sterylizatornia

* 1. ambulatoryjną:

1) Poradnia Chirurgii Ogólnej,

2) Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

3) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza

4) Poradnia Chorób Zakaźnych

5) Poradnia Rehabilitacyjna

6) Poradnia Pediatryczna

7 ) Poradnia Chorób Wewnętrznych

8) Poradnia Okulistyczna

9) Poradnia Alergologiczna

10) Poradnia Dermatologiczna

11) Dział Fizjoterapii

12) Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy

13) Podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

14) Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

15) Poradnia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

16) Poradnia położnej podstawowej opieki zdrowotnej

17) Pracownia RTG

18) Pracownia USG

19) Pracownia Spirometryczna

20) Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej

21) Pracownia Endoskopowa Przewodu Pokarmowego

22) Izba Przyjęć Oddziału Obserwacyjno - Zakaźnego

23) Prosektorium

|  |
| --- |
| **CHARAKTERYSTYKA WPŁYWAJĄCA NA OCENĘ RYZYKA SZPITALA**  **STANDARDY, PROCEDURY, INSTRUKCJE STOSOWANE W SZPITALU** |

**W SP ZOZ ZOSTAŁ OPRACOWANY I WDROŻONY REGULAMIN IZBY PRZYJĘĆ OGÓLNEJ I PRZYJMOWANIA CHORYCH DO SZPITALA**

**S T A N D A R D Y**

1. Technika zakładania wkłuć dożylnych
2. Standard higieny rąk
3. Standard opieki położniczej nad pacjentką po porodzie fizjologicznym
4. Standard przyjęcia pacjenta do szpitala.
5. Standard postępowania po zgonie pacjenta
6. Standard edukacji pacjenta –prawa pacjenta

**P R O C E D U R Y**

1. Postępowanie z odpadami medycznymi.
2. Postępowanie z bielizną czystą i brudną
3. Dezynfekcja i mycie ręczne instrumentów medycznych.
4. Przygotowanie personelu do operacji.
5. Postępowanie w szpitalu z MRSA u pacjentów.
6. Przygotowanie pacjenta do operacji.
7. Zasady ruchu w obrębie bloku operacyjnego.
8. Zasady izolacji chorych.
9. Postępowanie w przypadku wystąpienia ogniska epidemiologicznego w SP ZOZ
10. Stosowanie i zasady doboru preparatów dezynfekcyjnych.
11. Stosowanie odzieży ochronnej- wg przepisów BHP
12. Postępowanie w przypadku pacjenta zanieczyszczonego- dekontaminacja.

**Procedura postępowania po ekspozycji na wirusa WZW typu B**

**Procedura postępowania po ekspozycji na zakażenie HIV.**

**Procedura postępowania po ekspozycji na wirusa WZW typu C**

**I N S T R U K C J E**

1. Postępowanie w przypadku skaleczenia użytym sprzętem.
2. Instrukcja postępowania z odzieżą chorego w szpitalu.
3. Postępowanie po ekspozycji.
4. Postępowanie w razie śmierci chorego oraz mycia i dezynfekcji sprzętu mającego kontakt ze zmarłym pacjentem w oddziale szpitala.
5. Mycie i dezynfekcja respiratorów.
6. Postępowanie z dozownikiem tlenu po użyciu.
7. Postępowanie ze ssakami po użyciu.
8. Postępowanie zasady mycia i dezynfekcji inkubatorów.
9. Postępowanie z łóżkiem.
10. Postępowanie - zasady mycia i dezynfekcji inhalatorów po użyciu.
11. Stosowanie środków ochrony indywidualnej

Instrukcja higieny i bezpieczeństwa pracy dotyczące stosowania preparatów dezynfekcyjnych.

W szpitalu zostały opracowane zasady utrzymania czystości

**ZADANIA ZESPOŁU DO SPRAW ZAPOBIEGANIA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH.**

1. Bieżące monitorowanie i rejestracja zakażeń szpitalnych.
2. Aktywne zwalczanie ognisk epidemiologicznych zakażeń zakładowych.
3. Opracowywanie rocznych programów kontroli zakażeń.
4. Realizacja kontroli zakażeń szpitalnych.
5. Formułowanie raportów dla komitetu i dyrekcji.
6. Planowanie i realizacja doraźnych działań w przypadku wystąpienia zakażenia.
7. Udział w pracach zespołu ds. antybiotykoterapii, prowadzenie dokumentacji dotyczącej rejestracji i monitorowania zakażeń.
8. Planowanie i realizacja edukacji personelu w zakresie zakażeń.
9. Opracowanie, wprowadzenie i kontrola realizacji i skuteczności procedur.
10. Kontrola wszystkich ogniw odpowiedzialnych za realizację programu kontroli zakażeń.
11. Aktywna współpraca z laboratorium, oddziałami szpitala i apteką w zakresie kontroli zakażeń.
12. Uaktualnianie zaleceń, standardów i rekomendacji.

**W SP ZOZ pracuje komisja ds. jakości ( w zależności od potrzeb).**

Pielęgniarka epidemiologiczna – po kursach kwalifikacyjnych , dodatkowo rozpoczyna specjalizację.

Szkolenia pracowników- co miesiąc oddziałowe, tez z zasad BHP

Pracownia mikrobiologiczna – prowadzi firma zewnętrzna.

Laboratorium –pełny zakres - prowadzi firma zewnętrzna.

Pielęgniarki łącznikowe –pracę koordynuje pielęgniarka naczelna.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Lp. | Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej | TAK/NIE | | 1. | Szpital wielospecjalistyczny | NIE | | 2. | Sanatorium | NIE | | 3. | Zakład rehabilitacji leczniczej (stacjonarny) | NIE | | 4. | Zakład opiekuńczo-leczniczy | NIE | | 5. | Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy | NIE | | 6. | Hospicjum | NIE | | 7. | Leczenie uzależnień | NIE | | 8. | Psychiatryczna opieka zdrowotna | NIE | | 9. | Przychodnie | TAK | | 10. | Ambulatorium z izbą chorych | TAK | | 11. | Ambulatorium –opieka doraźna | TAK | | 12. | Zakład badań diagnostycznych | TAK | | 13. | Medyczne laboratorium diagnostyczne | NIE | | 14. | Stacja dializ | NIE | | 15. | Pogotowie ratunkowe | NIE | |

1. Należy odpowiednio zaznaczyć punkt a) albo b). [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. Odrębne oświadczenia składa wykonawca oraz podmiot udostępniający zasoby [↑](#footnote-ref-3)