**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.: **„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:

|  |
| --- |
| * + - 1. **Zobowiązuję/zobowiązujemy** **się** do wykonania zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Warunków Zamówienia, za łączną **cenę ofertową**: |

**Wartość netto zł:**

Kwota (cyfrowo):………………………………..

Kwota (słownie):………………………………..

**Podatek VAT:** Stawka: ……

Kwota (cyfrowo): ……………………………….

Kwota (słownie): …………………….…………

**Cena brutto zł:**

Kwota (cyfrowo): ………………………….…..

Kwota (słownie): ………………………….…..

**w tym:**

**Wysokość składki ubezpieczeniowej w okresie trwania umowy:**

**1. Roczna składka ubezpieczeniowa** (za I okres rozliczeniowy 01.10.2024 r. – 31.09.2025 r.):

brutto ( wraz z podatkiem VAT ):................................................ złotych;

słownie: ................................................................................................. złotych,

netto: ..................................................................................................... złotych,

słownie: ..................................................................................... ............ złotych

**Miesięczna składka ubezpieczeniowa**:

brutto ( wraz z podatkiem VAT ):.............................................. złotych

słownie:................................................................................................. złotych

netto: ..................................................................................................... złotych

słownie : ............................................................................................... złotych

**2. Roczna składka ubezpieczeniowa** (za II okres rozliczeniowy 01.10.2025 r. – 31.09.2026 r.):

brutto ( wraz z podatkiem VAT ):................................................. złotych;

słownie: ................................................................................................. złotych,

netto: ..................................................................................................... złotych,

słownie: ................................................................................................. złotych

**Miesięczna składka ubezpieczeniowa**:

brutto ( wraz z podatkiem VAT ):............................................... złotych

słownie:................................................................................................ złotych

netto: ..................................................................................................... złotych

słownie : .............................................................................................. złotych

**3. Roczna składka ubezpieczeniowa** (za III okres rozliczeniowy 01.10.2026 r. – 31.09.2027 r.):

brutto ( wraz z podatkiem VAT ):............................................... złotych;

słownie: ................................................................................................. złotych,

netto: ..................................................................................................... złotych,

słownie: ................................................................................................. złotych

**Miesięczna składka ubezpieczeniowa**:

brutto ( wraz z podatkiem VAT ):............................................. złotych

słownie:................................................................................................. złotych

netto: ..................................................................................................... złotych

słownie : .............................................................................................. złotych

|  |
| --- |
| * + - 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 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 2022 poz. 1710 ze zm.)

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznegopn.: **„****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. „**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**

**U M O W A NR 15/ZP/2024 - PROJEKT**

w dniu …………………………. r. w Augustowie pomiędzy :

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Augustowie ul. Szpitalna 12, 16 – 300 Augustów** wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku XII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000037781, NIP : 846-13-75-707

zwanym dalej **Ubezpieczającym**,

w imieniu którego działa:

**Danuta Zawadzka – Dyrektor**

a

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

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

NIP: …………………….…………., Regon: ………………………….., KRS: ……………………………………………..,

reprezentowanym przez: …………………………………………

zwanym dalej **Ubezpieczycielem**,

na podstawie dokonanego przez Zamawiającego wyboru oferty Wykonawcy w postępowaniu   
o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na podstawie   
art. 275 pkt 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych  
(Dz. U. 2023, poz. 1605 ze zm.), została zawarta umowa o następującej treści:

**§ 1**

**Przedmiot umowy**

1. Przedmiotem Umowy jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz minimalną sumę gwarancyjną tego ubezpieczenia określa rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866).
3. Umowa zostanie zrealizowana w 100 %.

**§ 2**

**Miejsce i termin wykonania zamówienia**

1. Umowa zawarta zostaje na okres **36 miesięcy, od dnia podpisania umowy.**
2. Okres Obowiązywania Umowy, dzieli się na następujące po sobie dwunastomiesięczne okresy rozliczeniowe (okresy ubezpieczeniowe), to jest na:
3. I okres rozliczeniowy: od dnia 1 października 2024 r. do dnia 30 września 2025 r.
4. II okres rozliczeniowy: od dnia 1 października 2025 r. do dnia 30 września 2026 r.
5. III okres rozliczeniowy: od dnia 1 października 2026 r. do dnia 30 września 2027 r.

**3.** Na każdy okres rozliczeniowy, Ubezpieczyciel wystawi dokumenty ubezpieczenia (polisy ubezpieczeniowe, certyfikaty itp.) uwzględniające m. in. aktualne sumy gwarancyjne oraz wysokość składki należnej za dany okres rozliczeniowy.

**§ 3**

**cena i warunki płatności**

* + - 1. Z tytułu Umowy, Ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić łączną składkę wynoszącą ……………………. zł.
      2. Miesięczna składka ubezpieczeniowa w okresie trwania umowy wynosi ……………. zł.
      3. Na łączną składkę, o której mowa w ust. 1 składają się miesięczne składki w następujących okresach rozliczeniowych:
    1. składka za I okres rozliczeniowy wynosząca ………………….. zł,
    2. składka za II okres rozliczeniowy wynosząca …………………. zł,
    3. składka za III okres rozliczeniowy wynosząca ……………….. zł.

1. Składka ubezpieczeniowa będzie płatna w 36 równych ratach miesięcznych płatnych na koniec każdego danego miesiąca.
2. Strony zgodnie ustalają, że za dzień zapłaty składki uważa się dzień uznania rachunku Ubezpieczającego.
3. Składka należna jest za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia, na jaki została zawarta niniejsza Umowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej bez ponoszenia opłat manipulacyjnych lub innych kosztów.
4. Warunki płatności:
5. terminy płatności – składka ubezpieczeniowa będzie płatna w 36 równych ratach miesięcznych płatnych na koniec każdego danego miesiąca.
6. forma płatności - przelew,
7. w przypadku gdy termin płatności przypadnie w dzień ustawowo wolny od pracy lub sobotę, płatność nastąpi w terminie pierwszego dnia roboczego następującego po tych dniach.

**§ 4**

**Zatrudnianie pracowników**

1. Ubezpieczający wymaga zatrudnienia na podstawie umowy o pracę przez Ubezpieczyciela lub podwykonawcę osób wykonujących następujące czynności w trakcie realizacji zamówienia: bezpośrednie prace przy obsłudze świadczenia w przedmiotowym zamówieniu.
2. W trakcie realizacji zamówienia Ubezpieczający uprawniony jest do wykonywania czynności kontrolnych wobec Ubezpieczyciela odnośnie spełniania przez wykonawcę lub podwykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę osób wykonujących wskazane w pkt. 1 czynności. Ubezpieczający uprawniony jest w szczególności do:
3. żądania oświadczeń i dokumentów w zakresie potwierdzenia spełniania ww.  wymogów i dokonywania ich oceny,
4. żądania wyjaśnień w przypadku wątpliwości w zakresie potwierdzenia spełniania   
   ww. wymogów,
5. przeprowadzania kontroli na miejscu wykonywania świadczenia.
6. Na żądanie Ubezpieczającego Ubezpieczyciel przekaże w terminie 10 dni roboczych od podpisania umowy wskazane poniżej dowody w celu potwierdzenia spełnienia wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę przez Ubezpieczyciela lub podwykonawcę osób wykonujących wskazane w pkt. 1 czynności w trakcie realizacji zamówienia:
7. **oświadczenie wykonawcy lub podwykonawcy** o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę osób wykonujących ww. czynności.Oświadczenie to powinno zawierać w szczególności: dokładne określenie podmiotu składającego oświadczenie, datę złożenia oświadczenia, wskazanie, że objęte wezwaniem czynności wykonują osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę wraz ze wskazaniem liczby tych osób, imion i nazwisk tych osób, rodzaju umowy o pracę i wymiaru etatu oraz podpis osoby uprawnionej do złożenia oświadczenia w imieniu wykonawcy lub podwykonawcy;
8. poświadczoną za zgodność z oryginałem odpowiednio przez wykonawcę lub podwykonawcę **kopię umowy/umów o pracę** osób wykonujących w trakcie realizacji zamówienia czynności, których dotyczy ww. oświadczenie wykonawcy lub podwykonawcy (wraz z dokumentem regulującym zakres obowiązków, jeżeli został sporządzony). Kopia umowy/umów powinna zostać zanonimizowana w sposób zapewniający ochronę danych osobowych pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. w szczególności[[4]](#footnote-4) bez adresów, nr PESEL pracowników). Imię i nazwisko pracownika nie podlega anonimizacji. Informacje takie jak: data zawarcia umowy, rodzaj umowy o pracę i wymiar etatu powinny być możliwe do zidentyfikowania.
9. Z tytułu niespełnienia przez wykonawcę lub podwykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę osób wykonujących wskazane w pkt. 1 czynności Ubezpieczający przewiduje sankcję w postaci obowiązku zapłaty przez wykonawcę kary umownej w wysokości 0,1% ceny ofertowej brutto ustalonej w § 10 ust. 1 – za każdy dzień, w którym nastąpiło naruszenie. Niezłożenie przez wykonawcę w wyznaczonym przez Ubezpieczającego terminie żądanych przez zamawiającego dowodów w celu potwierdzenia spełnienia przez Ubezpieczyciela lub podwykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę traktowane będzie jako niespełnienie przez Ubezpieczyciela lub podwykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę osób wykonujących wskazane w pkt. 1 czynności.
10. W przypadku uzasadnionych wątpliwości co do przestrzegania prawa pracy przez Ubezpieczyciela lub podwykonawcę, zamawiający może zwrócić się o przeprowadzenie kontroli przez Państwową Inspekcję Pracy.
11. Każdorazowo na żądanie Ubezpieczającego w terminie wskazanym przez Ubezpieczającego Wykonawca przedłoży Ubezpieczającemu dokumenty wymienione w § 4 ust. 3 umowy.
12. Ubezpieczyciel oświadcza, iż ponosi pełną odpowiedzialność za zatrudnionych przez siebie pracowników i odpowiada za wyrządzone przez nich szkody.

**§ 5**

**PODWYKONAWCY**

**1.** Ubezpieczyciel wykona Umowę:

1) samodzielnie (bez udziału podwykonawców);

2) przy pomocy podwykonawcy/ów w zakresie …………………………. , zawierając z nimi stosowne umowy w formie pisemnej, zgodnie z oświadczeniem złożonym w ofercie

**2.** Jeżeli w wykonywaniu Przedmiotu Umowy uczestniczy podwykonawca, Ubezpieczyciel :

1) zobowiązuje się do dostarczenia Zamawiającemu odpisu umów zawartych z podwykonawcami w terminie 7 dni od dnia podpisania Umowy lub podpisania umowy z podwykonawcą;

2) ponosi odpowiedzialność za działania i zaniechania podwykonawcy, w szczególności za zgodność zachowań podwykonawcy z Umową.

**3.** Ubezpieczyciel nie może powierzyć wykonania jakichkolwiek czynności wynikających z Umowy osobie trzeciej bez uprzedniej zgody Ubezpieczającego wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności chyba, że wynika to już z treści złożonej oferty Ubezpieczyciela.

**§ 6**

**Kary umowne**

1. Ubezpieczyciel zapłaci na rzecz Ubezpieczającego karę umowną w wysokości:

1) 10 % wartości umowy brutto, określonej w § 3 ust. 1, gdy Ubezpieczyciel odstąpi od umowy lub ją wypowie bez zachowania okresu wypowiedzenia z powodu okoliczności, za które odpowiada Ubezpieczyciel,

2) 5 % całkowitego wynagrodzenia brutto, określonego w § 3 ust. 1, za każdą osobę zatrudnioną w oparciu o inny stosunek niż stosunek pracy w przypadku osób wykonujących czynności w trakcie realizacji zamówienia.

3) 20 % całkowitego wynagrodzenia brutto, określonego w § 3 ust. 1, w przypadku nierozpoczęcia przez Ubezpieczyciela wykonywania umowy bez uzasadnionej przyczyny oraz nie kontynuowania jej pomimo wezwania ubezpieczającego w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania.

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do dochodzenia odszkodowania przewyższającego karę umowną.
2. Łączna maksymalna wysokość kar umownych nie może przekraczać 25 % wartości umowy brutto, określonej w § 4 ust. 1.

**§ 7**

**Odstąpienie od umowy**

* + - 1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy bez wypowiedzenia w przypadku zaistnienia okoliczności uniemożliwiających dalszą realizację umowy przez co rozumie się w szczególności ;
  1. utratę przez Ubezpieczyciela uprawnień koniecznych do prowadzenia działalności gospodarczej,
  2. przerwę w realizacji przez Ubezpieczyciela obowiązków wynikających z umowy uniemożliwiających Ubezpieczającemu wywiązanie się ze swoich zadań ustawowych i statutowych.

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy w przypadku wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy lub dalsze wykonywanie umowy może zagrażać istotnemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu. Ubezpieczający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.
2. Ubezpieczyciel może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonanej części umowy.
3. W przypadku naruszenia postanowień umowy strony zastrzegają prawo rozwiązania umowy za uprzednim 1 – miesięcznym okresem wypowiedzenia.
4. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie ze skutkiem natychmiastowym w formie zgodnego oświadczenia obu stron.
5. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności takiego oświadczenia i powinno zawierać uzasadnienie.

**§ 8**

**Zmiany umowy**

**1.** Ubezpieczający przewiduje możliwość dokonania zmiany umowy w przypadkach, o których mowa w art. 455 ustawy Pzp, w stosunku do oferty, na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy, w tym w niżej wymienionych przypadkach:

* 1. zmiany wysokości wynagrodzenia Wykonawcy, w przypadku zmiany stawki podatku od towarów i usług z zastrzeżeniem ust. 2.
  2. wystąpienia okoliczności wynikających z działania siły wyższej (przez którą rozumie się wydarzenia, które w chwili podpisania umowy nie mogły być przez Strony przewidziane i zostały spowodowane przez okoliczności od nich niezależne takie jak wojna, pożar, wiatrołomy, susza, powódź, inne naturalne klęski, restrykcje lub prawne rozporządzenia, rządu, strajki itp.) - zmiana dotyczyć może terminu wykonania zamówienia i zakresu świadczenia Wykonawcy

**2.** W przypadku zmiany wskazanej w ust. 1 pkt a) Strony ustalają protokolarnie wartość prac wykonanych wg stanu na dzień poprzedzający zmianę stawki podatku VAT. Nowa stawka podatku będzie miała zastosowanie do prac wykonywanych po dniu zmiany.

**3.** Wszelkie zmiany niniejszej umowy, wymagają aneksu sporządzonego z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**4.** Zgodnie z art. 439 ustawy Pzp określa się zasady wprowadzania zmian wysokości wynagrodzenia należnego Ubezpieczycielowi w przypadku zmiany cen materiałów lub kosztów związanych z realizacją zamówienia, jak niżej:

1) zmiany wynagrodzenia odbywać się będą w oparciu o kwartalny wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych liczony do poprzedniego kwartału publikowany przez Prezesa GUS (wskaźnik GUS),

2) w sytuacji, gdy wskaźnik GUS za dany kwartał 2023 roku zmieni się w stosunku do wskaźnika GUS za poprzedni kwartał o poziom przekraczający 5%, strona umowy może złożyć wniosek o dokonanie odpowiedniej zmiany wynagrodzenia,

3) strona składając wniosek o zmianę powinna przedstawić w szczególności wyliczenie wnioskowanej kwoty zmiany wynagrodzenia oraz wykazać wpływ wzrostu kosztów materiałów lub usług na koszt realizacji zamówienia,

4) zmiana wynagrodzenia może nastąpić w trakcie trwania umowy nie więcej niż raz, nie wcześniej niż po publikacji wskaźnika GUS i dotyczyć wyłącznie usług niewykonanych do pierwszego dnia miesiąca następującego po publikacji wskaźnika,

5) wartość zmiany wynagrodzenia Ubezpieczycielowi na podstawie postanowień niniejszego ustępu nie może być wyższa niż 3% w stosunku do pierwotnej wartości umowy,

6) zmiana wynagrodzenia wymaga zgodnej woli obu stron wyrażonej aneksem do umowy.

**5.** W przypadku dokonania zmiany niniejszej umowy na podstawie ust.1 Ubezpieczycielzobowiązany jest w terminie 5 dni od dnia tej zmiany, do zmiany wynagrodzenia przysługującego podwykonawcy, z którym zawarł umowę na usługi obowiązującą przez okres przekraczający 6 miesięcy w zakresie odpowiadającym zmianom cen materiałów lub kosztów dotyczących zobowiązania podwykonawcy.

**6.** Wykonawca przedstawiając Ubezpieczającemu zmianę umowy podwykonawczej, zobowiązany jest dodatkowo przedstawić wyjaśnienia wskazujące sposób ustalenia zakresu dokonywanej zmiany wynagrodzenia podwykonawcy.

**7.** Jeżeli o zmianę postanowień umowy wnioskuje Ubezpieczyciel, przedkłada wniosek Ubezpieczającemu na co najmniej 2 dni przed zamierzonym wejściem w życie takiej zmiany, z wyjątkiem przypadków należycie uzasadnionych przez Ubezpieczyciela i zaakceptowanych przez Ubezpieczającego.

**5.** Wszystkie powyższe zapisy stanowią katalog zmian, na które Ubezpieczający może wyrazić zgodę. Nie stanowią jednocześnie zobowiązania do wyrażenia takiej zgody

**§ 9**

**Osoby wyznaczone do kontaktu**

* 1. Osobą upoważnioną do kontaktu ze strony Ubezpieczającego w sprawach dotyczących wykonywania Umowy jest:

…………………………….., tel. ………………………………

* 1. Osobą upoważnioną do kontaktu ze strony Ubezpieczyciela w sprawach dotyczących realizacji Umowy jest

………………………….……. tel. ………………………………

* 1. Zmiana osób, o których mowa w ust. 1 i 2, nie powoduje konieczności zmiany Umowy, a jedynie konieczność pisemnego poinformowania drugiej Strony o takiej zmianie.

**§ 10**

**Postanowienia końcowe**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego i Ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych.
2. Ewentualne spory wynikłe w realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez właściwy dla Zamawiającego Sąd Powszechny.
3. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
4. Integralną częścią niniejszej umowy jest oferta Ubezpieczyciela.
5. Przeniesienie na osobę trzecią wierzytelności wynikających z Umowy wymaga zgody Ubezpieczającego, wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności. Ubezpieczyciel przyjmuje do wiadomości, zgodnie z art. 54 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., że czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący. Czynność prawna dokonana bez zgody, o której mowa powyżej, jest nieważna.
6. Spory wynikające z Umowy będą rozstrzygane przez sąd powszechny właściwy według przepisu art. 10 UDUiR.
7. Prawem właściwym dla Umowy jest prawo polskie.
8. Zmiany i uzupełnienia Umowy, wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności chyba, że postanowienia Umowy stanowią inaczej.
9. Zmiana w zakresie danych dotyczących Stron, a w szczególności ich adresów lub nazw, imion i nazwisk osób uprawnionych do reprezentowania, 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.
10. W sprawach nieuregulowanych Umową, mają zastosowanie przepisy PZP, KC, UDUiR, ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z dnia 22 maja 2003 r., a także inne przepisy powszechnie obowiązującego prawa, a także dokumenty zamówienia – numer sprawy: 15/ZP/2024
11. Ubezpieczyciel uznaje i oświadcza, że w trakcie postępowania otrzymał od Ubezpieczającego odpowiedź na każde pytanie, które zadał w terminie określonym przepisami 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.

**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 2022 r., poz. 1710 ze zm.) - dalej: ustawa Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego którego przedmiotem jest:

**„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: **„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.: „**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 9 do SWZ**

**ZESTAWIENIE SZKODOWOŚCI DLA SP ZOZ W AUGUSTOWIE**

stan z dnia 20.02.2024 r. za okres od 01.01.2015 do 17.02.2024

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rok** | **Wypłata szkody/ przyczyna szkody** | | **Liczba wypłat szkód łącznie** | | **Wartość szkody**  **w PLN** |
| **Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej** | | | | | |
| 2016 | Brak wypłaty szkód | | 0 | | 0 |
| 2017 | Brak wypłaty szkód | | 0 | | 0 |
| 2018 | Brak wypłaty szkód | | 0 | | 0 |
| 2019 | Brak wypłaty szkód | | 0 | | 0 |
| 2020 | Brak wypłaty szkód | | 0 | | 0 |
| 2021 |  | | 0 | | 0 |
| 2022 |  | | 1 | | 15 000,00 |
| 2023 |  | | 1 | | 26 460,00 |
| 2024 | Brak wypłaty szkód | | 0 | | 0 |
| **REZERWY** | | | | | |
| Rodzaj ryzyka | | Rok zgłoszenia szkody | | Wysokość rezerwy | |
| Odpowiedzialność cywilna | | 2018 | | 430 780,00 PLN | |
| Odpowiedzialność cywilna | | 2020 | | 154 720,00 PLN | |
| Odpowiedzialność cywilna | | 2020 | | 69 292,90 PLN | |
| Odpowiedzialność cywilna | | 2022 | | 58 020,00 PLN | |
| **RENTY** | | | | | |
| Odpowiedzialność cywilna | | 2017 | | 42 000,00  Wypłacono 147 000,00 | |
| Odpowiedzialność cywilna | | 2020 | | 230 455,44 | |

**Załącznik nr 10 do SWZ**

**INFORMACJE O ZAMAWIAJĄCYM**

**Do ubezpieczenia szpitala** 01 października 2024 – 30 września 2027 (36 miesięcy) z rocznymi okresami polisowania

|  |
| --- |
| **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 |
| ***Kontrakt z NFZ 2024*** | Będzie dopiero przedmiotem negocjacji |
| ***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)
4. Wyliczenie ma charakter przykładowy. Umowa o pracę może zawierać również inne dane, które podlegają anonimizacji. Każda umowa powinna zostać przeanalizowana przez składającego pod kątem przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych; zakres anonimizacji umowy musi być zgodny z przepisami ww. ustawy. [↑](#footnote-ref-4)