

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

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

Procedura postępowania konkursowego prowadzona będzie na podstawie art. 26, art. 26a i art. 27 *Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.) oraz art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. 2004 nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

I. PRZEDMIOT KONKURSU

1. Przedmiotem niniejszego konkursu ofert jest wykonywanie na rzecz Zamawiającego świadczeń zdrowotnych dotyczących poszukiwania i doboru niespokrewnionych i/lub haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych, w zakresie określonym w Załączniku nr 2 do niniejszych SWKO.
2. Kody świadczeń stanowiących przedmiot konkursu zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień określonym w *Rozporządzeniu Komisji (WE) nr 213/2008 z dnia 28 listopada 2007 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV): 85145000-7 - usługi świadczone przez laboratoria medyczne, 85121200-5 - specjalistyczne usługi medyczne.*
3. Szczegółowe zasady udzielania świadczeń będących przedmiotem konkursu określa wzór umowy stanowiący Załącznik nr 7 do niniejszych SWKO.

II. WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE

1. Do konkursu mogą przystąpić podmioty, o których mowa w art. 26 *Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.*
2. Zakres udzielanych przez Oferenta świadczeń zdrowotnych określony we wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą musi odpowiadać zakresowi objętemu konkursem.

III. WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM

1. Oferent powinien posiadać:
 - aktualne pozwolenie ministra właściwego do spraw zdrowia na testowanie komórek, tkanek i narządów zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz.1411 z późn. zm.),
 - aktualny certyfikat akredytacji *European Federation for Immunogenetics* (EFI) w zakresie badania antygenów zgodności tkankowej dla celów przeszczepiania komórek krwiotwórczych.

Posiadanie przez Oferenta obu ww. dokumentów jest warunkiem koniecznym udziału w niniejszym postępowaniu konkursowym.

2. Oferent powinien dysponować personelem z uprawnieniami wymaganymi do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym, jak również powinien dysponować odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz sprzętem i aparaturą medyczną spełniającymi wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa.
3. Oferent zobowiązany jest spełniać wymagania określone w Ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz.1411 z późn. zm.), jak również w innych aktach prawnych regulujących kwestie wykonywania działalności w zakresie składanej oferty.

4. **Medyczne laboratorium diagnostyczne Oferenta wykonujące badania laboratoryjne powinno być wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych.**

IV. CZAS TRWANIA UMOWY

Umowa z Wykonawcą wyłonionym w niniejszym postępowaniu konkursowym zostanie zawarta na okres od **25 października 2018 r. do 30 września 2019 r.**

V. WYMOGI FORMALNE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent ma prawo złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie każdej z nich.
2. **Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych - oferta może być złożona jedynie na pełne pakiety świadczeń wymienionych w Załączniku nr 2 (Oferta cenowa) do niniejszych SWKO.**
3. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, **na formularzach załączonych do niniejszych SWKO (prosimy nie modyfikować formularzy)** oraz podpisana przez osobę(y) uprawnioną(e) do reprezentowania Oferenta (**każda strona oferty winna być podpisana oraz opatrzona imienną pieczęcią osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta**).
4. Wszelkie poprawki lub zmiany w składanym tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.
5. Kompletna oferta musi zawierać wszystkie niżej wymienione załączniki:
 - formularz ofertowy, według **załącznika 1 do SWKO**,
 - ofertę cenową, według **załącznika 2 do SWKO**,
 - oświadczenie, według **załącznika 3 do SWKO**,
 - oświadczenie o spełnianiu wymogów określonych w warunkach konkursu ofert dla świadczeń objętych postępowaniem konkursowym, według **załącznika 4 do SWKO**,
 - uwierzytelnioną kopię polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej Oferenta **lub** oświadczenie Oferenta, że najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawi Zamawiającemu kopię przedmiotowego dokumentu, według **załącznika nr 5 do SWKO**,
 - uwierzytelnioną kopię aktualnego pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia na testowanie komórek, tkanek i narządów zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz.1411 z późn. zm.),
 - uwierzytelnioną kopię aktualnego certyfikatu-akredytacji *European Federation for Immunogenetics* (EFI),
 - opis posiadanego lokalu (ze wskazaniem adresu oraz dni i godzin udzielania świadczeń), sprzętu i aparatury wraz z oświadczeniem, że urządzenia poddawane są regularnym przeglądom, a odczynniki posiadają stosowne certyfikaty,
 - zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej albo aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, poświadczające, że Oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu - z dokumentów tych ma wynikać także, że osoby podpisujące ofertę lub udzielające pełnomocnictw są upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta,
 - zaświadczenie o wpisie Oferenta do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - uwierzytelnioną kopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych **lub** oświadczenie Oferenta, że laboratorium wpisane jest do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych ze wskazaniem numeru wpisu,
 - pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę (**jeśli ofertę podpisuje pełnomocnik**),
 - pozostałe dokumenty i informacje dotyczące warunków dodatkowych stanowiących kryteria oceny ofert:

- informację o wykorzystywanych elektronicznych systemach identyfikacji i selekcji dawców **(wg załącznika nr 6 do SWKO)**,
 - uwierzytelnione kopie dokumentów (wyniki, certyfikaty) potwierdzających udział w programach zewnętrznej kontroli jakości w zakresie badania HLA metodami genetycznymi w latach 2015-2017,
 - informację o liczbie pacjentów, dla których świadczeniodawca prowadził procedurę poszukiwania i doboru niespokrewnionego dawcy komórek krwiotwórczych w latach 2015 – 2017 (uwzględnić należy procedury rozpoczęte w latach 2015 – 2017) **(wg załącznika nr 6 do SWKO)**,
 - informację o liczbie pacjentów, dla których oferent prowadził procedurę poszukiwania i doboru dawcy niespokrewnionego w latach 2015 – 2017, dla których:
 - a. dobrano dawcę zaakceptowanego przez ośrodek przeszczepowy,
 - b. nie dobrano dawcy zaakceptowanego przez ośrodek przeszczepowy, ze względu na brak odpowiedniego dawcy,
 - c. odstąpiono od procedury na wniosek ośrodka przeszczepowego**(wg załącznika nr 6 do SWKO)**
 - informację o średnim czasie realizacji doboru – liczoną od dnia otrzymania zlecenia doboru do dnia przedstawienia ośrodkowi przeszczepowemu wyniku doboru do akceptacji – uwzględnić należy wyłącznie procedury zakończone doborem zaakceptowanego dawcy, a w przypadku, jeśli dla danego pacjenta realizowano kolejno po sobie 2 lub więcej formalnych procedur doborowych, z których tylko ostatnia zakończyła się akceptacją dawcy, czas należy liczyć od otrzymania pierwszego zlecenia doboru do dnia przedstawienia do akceptacji wyniku zaakceptowanego dawcy **(wg załącznika nr 6 do SWKO)**,
 - informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających świadczeń będących przedmiotem konkursu **oraz o** ich doświadczeniu w zakresie typowania HLA na poziomie niskiej i wysokiej rozdzielczości oraz współpracy z polskimi i zagranicznymi rejestrami dawców szpiku **(wg załącznika nr 6 do SWKO)**.
6. Dokumenty załączone do formularza oferty winny być złożone w oryginałach bądź uwierzytelnionych za ich zgodność z oryginałem kserokopiach przez osobę(y) uprawnioną(e) do reprezentacji Oferenta, notariusza lub radcę prawnego.
7. Za aktualne w rozumieniu niniejszych SWKO uznaje się dokumenty rejestrowe (KRS/zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, zaświadczenie o wpisie do księgi rejestrowej) wystawione przez właściwe kompetencyjne organy - nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed datą złożenia oferty.
8. Oferenci ponoszą wszystkie koszty związane z przygotowaniem oraz złożeniem oferty.
9. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę. Zmiana oferty następuje poprzez złożenie nowej oferty zawierającej zmiany i uzupełnionej o adnotację o wycofaniu oferty złożonej wcześniej. Wycofanie oferty następuje poprzez pisemne powiadomienie Zamawiającego o tym fakcie.
- Zmiana lub wycofanie oferty może nastąpić nie później niż przed terminem składania ofert.

VI. POZOSTAŁE WARUNKI

1. Proponowane ceny jednostkowe świadczeń oraz cena pełnego pakietu świadczeń winny być wyrażone w złotych polskich PLN jako ceny brutto. Ponadto każda wskazana w ofercie cena powinna być ceną kompletną i ostateczną – uwzględniającą wszelkie rabaty i dodatkowe koszty.
2. Oferent gwarantuje niezmiennosc cen w całym okresie obowiązywania umowy.
3. Kryteria wyboru najkorzystniejszej oferty.
Każda z ofert oceniania będzie przy zastosowaniu podanych poniżej kryteriów:

Nazwa kryterium	Sposób oceny oferty
Kryterium I CENA Cena wskazana w pozycji RAZEM w tabeli 1A załącznika nr 2	60 pkt - oferta najkorzystniejsza cenowo Liczba punktów dla kolejnych ofert liczona wg wzoru: 60 x (wartość oferty najkorzystniejszej/wartość danej oferty)
Kryterium II JAKOŚĆ 1. Wskaźnik skuteczności doboru 2. Zewnętrzna kontrola jakości 3. Kwalifikacje personelu wykonującego czynności będące przedmiotem niniejszego konkursu	1. Wskaźnik skuteczności doboru liczony jako iloraz pacjentów dla których dobrano zaakceptowanego dawcę do liczby wszystkich pacjentów dla których dawcę poszukiwano pomniejszonej o liczbę pacjentów, dla których dobór anulowano na wniosek ośrodka przeszczepowego - odpowiednio 15, 10, 5 pkt dla kolejnych ofert. 2. Udział w programach zewnętrznej kontroli jakości w zakresie badania HLA metodami genetycznymi – po 5 pkt za każdy program. 3. Za każdego zatrudnionego diagnostę laboratoryjnego posiadającego specjalizację w zakresie laboratoryjnej immunologii medycznej lub laboratoryjnej genetyki medycznej - po 5 pkt za każdą specjalizację. 4. Za każdego zatrudnionego diagnostę laboratoryjnego posiadającego udokumentowane doświadczenie w badaniu HLA i poszukiwaniu niespokrewnionego dawcy dłuższe niż 5 lat - po 5 pkt
Kryterium III KOMPLEKSOWOŚĆ bezpośredni dostęp do systemów TRAXIS i EMDIS	Za bezpośredni dostęp do systemów EMDIS/TRAXIS - 5 pkt
Kryterium IV DOSTĘPNOŚĆ Średni czas doboru	Średni czas doboru - odpowiednio 15, 10 i 5 pkt dla kolejnych ofert
Kryterium V CIĄGŁOŚĆ Liczba pacjentów dla których realizowano procedurę doboru w latach 2015-2017	15 pkt - dla oferenta, który zrealizował procedurę doboru w latach 2015-2017 dla największej liczby pacjentów. Liczba punktów w przypadku kolejnych ofert: odpowiednio 10 i 5 pkt

4. W przypadku złożenia przez Oferentów ofert w tej samej cenie i uzyskania takiej samej liczby punktów w zakresie pozostałych kryteriów, Komisja Konkursowa może wezwać takich Oferentów do ponownego złożenia dodatkowych ofert w określonym przez Zamawiającego terminie z zastrzeżeniem, iż Oferent nie może zaferować ceny wyższej niż przedstawiona w złożonej ofercie.
5. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, Zamawiający zastrzega sobie możliwość wprowadzenia zmian w treści warunków konkursu ofert. O każdej ewentualnej zmianie Zamawiający powiadomi Oferentów pisemnie oraz poprzez zamieszczenie ogłoszenia na stronie internetowej www.szpitalzdrowia.pl (BIP-KONKURSY).
6. Oferent może zwracać się do Zamawiającego o wyjaśnienie wszelkich wątpliwości związanych z warunkami oraz sposobem przeprowadzenia konkursu ofert. **Zamawiający udzieli wyjaśnień i odpowiedzi pod warunkiem, że pytania wpłyną do Zamawiającego najpóźniej do dnia 10 października 2018 r.** Po tym terminie Zamawiający nie będzie odpowiadał na pytania. **Pisemne zapytania** należy kierować e-mailem na adres ofertowanie@usdk.pl.

VII. TERMIN, MIEJSCE ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Oferta powinna być umieszczona w zaklejonej kopercie lub opakowaniu uniemożliwiającym dostęp oraz podgląd jej zawartości.
2. Koperta/opakowanie oferty powinno być oznaczone w następujący sposób:

- pełna nazwa Oferenta zgodna z wpisem do właściwego rejestru lub czytelnie odcisnięta pieczęć firmowa,
 - nazwa Zamawiającego: **Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków,**
 - dopisek: **"Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych poszukiwania i doboru niespokrewnionych i/lub haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych. Nie otwierać przed dnia 15 października 2018 r., godz. 10⁰⁰".**
3. Prawidłowo przygotowane oferty winny zostać złożone w terminie do **dnia 15 października 2018 r., godz. 9³⁰,** na adres: **Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków (pocztą lub osobiście w Sekretariacie Głównym Szpitala).**
 4. Oferta nadana drogą pocztową złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Zamawiającego przed upływem terminu określonego dla składania ofert - **decyduje data i godzina wpływu.**

VIII. POSTĘPOWANIE KONKURSOWE

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

OTWARCIE OFERT (część jawna konkursu ofert)

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **15 października 2018 r. o godz. 10⁰⁰** w siedzibie Zamawiającego, **pokój J1.0-5.**
2. W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może żądać udzielenia przez Oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.
3. **W przypadku, gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja Konkursowa wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie, pod rygorem odrzucenia oferty, jednakże w trybie tym nie można usunąć braku ceny.**
4. W celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych podanych w treści oferty Zamawiający uprawniony jest do przeprowadzenia kontroli oraz żądania dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje zawarte w ofercie.

WYBÓR OFERTY (część niejawna konkursu ofert)

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

IX. ROZSTRZYgniĘCIE KONKURSU OFERT

1. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi **w dniu 17 października 2018 r.**

2. Ogłoszenie zawierające nazwę i siedzibę wybranego Oferenta zamieszczone zostanie na stronie internetowej www.szpitalzdrowia.pl (BIP-KONKURSY), jak również każdy z Oferentów zostanie pisemnie powiadomiony o wynikach konkursu.

X. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania w przypadkach określonych w art. 150 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.
2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja Konkursowa może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs nie wpłynie więcej ofert.

XI. PROTESTY I ODWOŁANIA

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

XII. OBOWIĄZEK INFORMACYJNY wynikający z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwane dalej „RODO”:

1. Zamawiający (Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie) wypełnia obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwane dalej „RODO”, odnoszący się w szczególności do danych osobowych:
 - pełnomocnika Oferenta będącego osobą fizyczną (np. dane osobowe zamieszczone w pełnomocnictwie),
 - członka organu zarządzającego Oferenta, będącego osobą fizyczną (np. dane osobowe zamieszczone w KRK),
 - osoby fizycznej wyznaczonej do przygotowania oferty w postępowaniu konkursowym oraz do kontaktu ze strony Oferenta,
 - osoby fizycznej przekazanej przez Oferenta w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w przedmiotowym postępowaniu konkursowym lub zawarcia i realizacji
2. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO Zamawiający informuje, że:
 - 2.1. Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, w jaki sposób będą przetwarzane Pani/Pana dane osobowe jest:
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie (dalej „Szpital”)
adres: ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków, tel. 12 658 2011, e-mail: sekretariat@usdk.pl
 - 2.2. Inspektor ochrony danych

Szpital wyznaczył Inspektora ochrony danych. Jest to osoba, z którą może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. Z Inspektorem można kontaktować się w następujący sposób:

- listownie na adres: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków z dopiskiem „Inspektor ochrony danych”
- poprzez e-mail: iod@usdk.pl
- telefonicznie: 12 333 9409

2.3. Cele i podstawa prawna przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Szpital

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych dotyczących poszukiwania i doboru niespokrewnionych i haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych, a w przypadku wyboru oferty – do realizacji umowy.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2.4. Informacja o kategoriach odbiorców danych osobowych

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

Dane osobowe mogą przetwarzać, na podstawie umów powierzenia zgodnie z art. 28 RODO, dostawcy usług dla Szpitala, w tym m.in. podmioty zapewniające obsługę i wsparcie systemów teleinformatycznych, dostawcy usług kurierskich i pocztowych, dostawcy usług związanych z utylizacją dokumentacji oraz innych nośników zawierających dane osobowe.

2.5. Przekazywanie danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy

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

2.6. Okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych

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

2.7. Posiada Pani/Pan:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do treści danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO, W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub Inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazano powyżej.

2.8. Nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

2.9. Prawo wniesienia skargi

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

2.10. Obowiązek podania danych osobowych

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

2.11. Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji

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

-
- ¹ Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania konkursowego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników
- ² Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.
- 3.** Oferent ubiegając się o udzielenie zamówienia w wyniku prowadzonego postępowania konkursowego zobowiązany jest do wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 i 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w przedmiotowym postępowaniu konkursowym.
W celu zapewnienia, że Oferent wypełnił ww. obowiązki informacyjne oraz ochrony prawnie uzasadnionych interesów osób trzecich, których dane zostały przekazane, Zleceniodawca zobowiązuje Oferenta do złożenia oświadczenia zawartego w Załączniku nr 3 do SWKO.

FORMULARZ OFERTY

DANE OFERENTA	
Nazwa	
Adres	
Numery wpisów do właściwych rejestrów oraz oznaczenie organów dokonujących wpisów	
NIP	
REGON	
Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby kontaktowej w zakresie składanej oferty	
DANE DO UMOWY	
Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do podpisania umowy	
Nazwa banku Nr rachunku bankowego	

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

Spis załączników

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć)	
		TAK	NIE
1	Oferta cenowa - według załączonego wzoru - załącznik nr 2 do SWKO		
2	Oświadczenie – według załączonego wzoru – załącznik 3 do SWKO.		
3	Oświadczenie o spełnianiu wymogów określonych w warunkach konkursu ofert dla świadczeń objętych postępowaniem konkursowym – według załączonego wzoru – załącznik 4 do SWKO		
4	Uwierzytelniona kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej / Oświadczenie Oferenta, iż w przypadku wyboru jego oferty najpóźniej w dniu podpisywania umowy przedłoży Zamawiającemu kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej - według załączonego wzoru - załącznik nr 5 do SWKO (niewłaściwe skreślić)		
5	Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej albo aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu		
6	Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą		
7	Uwierzytelniona kopia aktualnego pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia na testowanie komórek, tkanek i narządów zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz.1411 z późn. zm.)		
8	Uwierzytelniona kopia aktualnego certyfikatu-akredytacji <i>European Federation for Immunogenetics</i> (EFI)		
9	Opis posiadanego lokalu, sprzętu i aparatury wraz z oświadczeniem, że urządzenia poddawane są regularnym przeglądom, a odczynniki posiadają stosowne certyfikaty		
10	Uwierzytelniona kopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub oświadczenie Oferenta, że laboratorium wpisane jest do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych ze wskazaniem numeru wpisu		
11	Informacja dotycząca spełnienia warunków dodatkowych stanowiących kryteria oceny ofert (wg załącznika nr 6 do SWKO)		
13	Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę (<u>jeśli dotyczy</u>)		
14	Inne dokumenty (wymienić jakie)		

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

OFERTA CENOWA*

Tabela 1A Cennik podstawowych usług wykonywanych w ramach doboru dawcy.

A. TYPOWANIE biorcy metodą genetyczną na niskim poziomie rozdzielczości	
Locus	Koszt brutto (zł)
HLA A	
HLA B	
HLA C	
HLA DRB1	
HLA DQB1	
SUMA (A):	

B. TYPOWANIE biorcy metodą genetyczną na wysokim poziomie rozdzielczości	
Locus	Koszt brutto (zł)
HLA A	
HLA B	
HLA C	
HLA DRB1	
HLA DQB1	
SUMA (B):	

C. TYPOWANIE dawcy metodą genetyczną na niskim poziomie rozdzielczości	
Locus	Koszt brutto (zł)
HLA A	
HLA B	
HLA C	
HLA DRB1	
HLA DQB1	
SUMA (C):	

D. TYPOWANIE dawcy metodą genetyczną na wysokim poziomie rozdzielczości	
Locus	Koszt brutto (zł)
HLA A	
HLA B	
HLA C	
HLA DRB1	
HLA DQB1	
SUMA (D):	

E. Pozostałe czynności doborowe realizowane przez Oferenta:	
czynność	Koszt brutto (zł)
ekspertyza (ocena szans na dobór i określenie ścieżki doboru itd.),	
koszty sprowadzenia próbki biorcy	
inne*:	
SUMA (E):	

RAZEM (A+B+C+D+E):	

Tabela 1B. Cennik innych badań laboratoryjnych i czynności doborowych.

usługa	cena
typowanie na niskim poziomie rozdzielczości HLA DPB1*	
typowanie na wysokim poziomie rozdzielczości HLA DPB1*	
badanie przeciwciał anty-HLA:	
screening
badanie obecności przeciwciał swoistych
próba krzyżowa:	
CDC
FCXM
inne czynności realizowane przez Oferenta – uznane przez Oferenta za konieczne w wybranych przypadkach:	
1.
2.
3.

*Instrukcja:

- W tabelach 1A i 1B należy umieścić cenę wszystkich badań i usług realizowanych samodzielnie przez Oferenta w ramach realizacji procedury poszukiwania i doboru niespokrewnionych lub haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych, z uwzględnieniem wszystkich kosztów własnych Oferenta z tym związanych.
- Tabela 1A obejmuje badania i usługi realizowane samodzielnie przez Oferenta standardowo w ramach doboru pojedynczej pary dawca niespokrewniony – biorca. W przypadku oceny w ramach pojedynczej procedury doborowej więcej niż jednego dawcy, przedstawione w tabeli 1A koszty typowania HLA biorcy oraz koszty ekspertyzy nie ulegają zwiększeniu.
- Tabela 1B obejmuje badania i usługi realizowane samodzielnie przez Oferenta w szczególnych przypadkach (jak np. w przypadku doboru dawcy haploidentycznego) – na zlecenie/za zgodą Zamawiającego.
Zamawiający, na etapie postępowania konkursowego, może żądać od Oferenta przedstawienia dokumentów potwierdzających wysokość kosztów wskazanych w Tabeli 1B oraz zastrzega sobie możliwość zlecenia świadczeń wymienionych w Tabeli 1B, w trakcie realizacji umowy, również do innych podmiotów lub ich wykonania samodzielnie.
- Nie należy uwzględniać ponoszonych przez Oferenta w związku z realizacją procedury kosztów na rzecz podmiotów trzecich tj. kosztów uzyskania informacji z rejestru dawcy o dostępności dawcy i jego danych medycznych (IDM), sprowadzenia próbek krwi dawcy/dawców do badań, badań zleconych rejestrowi dawcy itp., które będą refundowane przez Zamawiającego na podstawie przedstawionych kosztowych dokumentów źródłowych.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

Nazwa Oferenta

Adres

Oświadczenie

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści,
- 2) akceptuję bez zastrzeżeń projekt umowy stanowiący **Załącznik nr 7** oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na przedstawionych warunkach,
- 3) będę kontynuował umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy,
- 4) uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
- 5) wypełniłem oraz zobowiązuję się w przyszłości wypełniać obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwane RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem lub pozyskam w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w przedmiotowym postępowaniu konkursowym lub zawarcia i realizacji umowy zawartej w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego¹.

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć Oferenta

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

Nazwa Oferenta

Adres

Oświadczenie

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

Oświadczam, iż spełniam wymogi określone wobec Oferentów w warunkach niniejszego konkursu oraz dysponuję odpowiednimi warunkami lokalowymi, aparaturą i sprzętem medycznym, jak również personelem spełniającym wymogi przewidziane w przepisach prawa dla wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych składaną ofertą.

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć Oferenta

Nazwa Oferenta

Adres

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

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

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

**INFORMACJA DOTYCZĄCA SPEŁNIANIA WARUNKÓW DODATKOWYCH STANOWIĄCYCH
KRYTERIA OCENY OFERT**

Nazwa	Dane
<p>Informacja o liczbie pacjentów, dla których w latach 2015 – 2017:</p> <p>a. oferent prowadził procedurę poszukiwania i doboru dawcy niespokrewnionego</p> <p>b. dobrano dawcę zaakceptowanego przez ośrodek przeszczepowy,</p> <p>c. nie dobrano dawcy zaakceptowanego przez ośrodek przeszczepowy, ze względu na brak odpowiedniego dawcy,</p> <p>d. odstąpiono od procedury na wniosek ośrodka przeszczepowego.</p> <p>Uwzględnić należy pacjentów, dla których procedurę doboru rozpoczęto w latach 2015 – 2017.*</p>	<p>Liczba pacjentów, dla których prowadzono procedurę doboru:</p> <p>Liczba pacjentów, dla których dobrano zaakceptowanego przez ośrodek przeszczepowy dawcę:</p> <p>Liczba pacjentów, dla których nie dobrano zaakceptowanego dawcy:</p> <p>Liczba pacjentów, dla których odstąpiono od procedury na wniosek ośrodka przeszczepowego:</p>
<p>Informacja o średnim czasie realizacji doboru dla pacjentów zgłoszonych w latach 2015-2017* – liczonym od dnia otrzymania zlecenia doboru do dnia przedstawienia ośrodkowi przeszczepowemu wyniku doboru do akceptacji - należy wskazać liczbę dni.</p> <p>Uwzględnić należy wyłącznie procedury zakończone doбором zaakceptowanego dawcy. W przypadku, jeśli dla danego pacjenta realizowano kolejno po sobie 2 lub więcej formalnych procedur doborowych, z których tylko ostatnia zakończyła się akceptacją dawcy, czas należy liczyć od otrzymania pierwszego zlecenia doboru do dnia przedstawienia wyniku zaakceptowanego dawcy.</p>	
<p>Informacja o wykorzystywanych elektronicznych systemach identyfikacji i selekcji dawców (do których Oferent ma bezpośredni dostęp)</p>	
<p>Informacja o uczestnictwie w programach zewnętrznej kontroli jakości w zakresie badania HLA metodami genetycznymi w latach 2015-2017 (jaki program, lata uczestnictwa)</p>	
<p>Informacja o zatrudnionych pracownikach Oferenta <u>wykonujących czynności będące przedmiotem niniejszego konkursu:</u></p>	<p>Liczba diagnostów laboratoryjnych realizujących czynności będące przedmiotem niniejszego konkursu:</p> <p>Liczba diagnostów laboratoryjnych posiadających specjalizację z laboratoryjnej immunologii medycznej:</p> <p>Liczba diagnostów laboratoryjnych posiadających specjalizację z laboratoryjnej genetyki medycznej:</p>

	Liczba diagnostów laboratoryjnych posiadających udokumentowane doświadczenie w badaniu HLA i poszukiwaniu niespokrewnionego dawcy dłuższe niż 5 lat:
Uwagi:	

***Uwaga:**

- Jeśli dla danego pacjenta realizowano kolejno po sobie 2 lub więcej formalnych procedur doborowych, należy uwzględnić ostateczny rezultat poszukiwań, na zasadzie 1 pacjent - 1 rezultat.
- Nie należy uwzględniać pacjentów, dla których procedurę rozpoczęto w roku 2014, a w roku 2015 jedynie kontynuowano (otwierając formalnie kolejną procedurę).
- Należy uwzględnić pacjentów, dla których procedurę rozpoczęto w roku 2017, a czynności doborowe kontynuowano w roku 2018, uwzględniając ostateczny rezultat.

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć Oferenta

UMOWA (WZÓR)

o wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie poszukiwania i doboru niespokrewnionych i/lub haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych

zawarta w dniu r. w Krakowie pomiędzy:

UNIWERSYTECKIM SZPITALEM DZIECIĘCYM W KRAKOWIE

UL. WIELICKA 265, 30-663 KRAKÓW,

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

1. Dyrektora Szpitala - prof. dr hab. Krzysztofa Fyderka

2. Głównego Księgowego – mgr Annę Rybak

zwanym dalej **ZLECENIODAWCĄ**

a

..... KRS, NIP, REGON, reprezentowanym przez:zwanym dalej **ZLECENIOBIORCĄ**

W wyniku przeprowadzonego konkursu ofert na podstawie art. 26, art. 26a i art. 27 *Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.* (Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) oraz art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. 2008, Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) Zleceniodawca zawiera z Zleceniobiorcą umowę o następującej treści:

§1

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca przyjmuje do wykonania udzielanie świadczeń medycznych polegających na realizacji poszukiwania i doboru niespokrewnionych i/lub haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych, zwanych również w dalszej części „procedurami”.
2. Procedury, o których mowa w ust. 1, obejmują czynności niezbędne do wytypowania optymalnego dostępnego dawcy niespokrewnionego albo optymalnego rodzinnego dawcy haploidentycznego, w tym:
 - a) poszukiwanie równoważnych pod względem medycznym dawców szpiku w rejestrach w następującej kolejności: 1/ Centralny Rejestr Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej (CRNPDSiKP), 2/ rejestry innych krajów europejskich, 3/ rejestry krajów pozaeuropejskich,
 - b) pozyskiwanie z rejestru dawcy informacji o dostępności potencjalnie zgodnych dawców oraz dotyczących ich danych medycznych istotnych z punktu widzenia doboru dawcy,
 - c) zlecenie rejestrowi dawcy wykonania ewentualnych badań dodatkowych potencjalnego dawcy - w porozumieniu i za zgodą Zleceniodawcy,
 - d) ekspertyzę dotyczącą oceny szans na dobór i określenia ścieżki doboru (przedstawioną w formie pisemnej),
 - e) sprowadzenie do badań próbki krwi potencjalnego dawcy (dawców),
 - f) sprowadzenie do badań próbki krwi biorcy – we współpracy ze Zleceniodawcą – przy czym za pobranie próbki i przygotowanie do transportu odpowiada Zleceniodawca a za przewóz do laboratorium Zleceniobiorcy – Zleceniobiorca,
 - g) badanie HLA biorcy i dawców na niskim i wysokim poziomie rozdzielczości (standardowo loci A, B, C, DRB1, DQB1),

- h) badanie obecności u biorcy przeciwciał przeciw HLA dawcy – w przypadku dawców haploidentycznych, a także w przypadku dawców nie w pełni zgodnych w zakresie HLA – opcjonalnie na zlecenie Zleceniodawcy
 - i) uzgadnianie szczegółów procedury poszukiwania i doboru dawcy z ośrodkiem transplantacyjnym,
 - j) przekazanie Zleceniodawcy wyników i posiadanej dokumentacji dobranej dawcy w sposób umożliwiający wystąpienie do odpowiedniego rejestru o pobranie komórek hematopoetycznych od wskazanego dawcy,
 - k) inne konieczne czynności i badania podyktowane względami medycznymi realizowane w porozumieniu ze Zleceniodawcą – tj. na jego zlecenie lub za jego zgodą.
3. Zleceniobiorca działając jako podwykonawca Zleceniodawcy w zakresie objętym przedmiotem umowy pomiędzy Zleceniodawcą a Poltransplantem (Umowa z dnia, której kopia stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy), zobowiązuje się wykonywać czynności zleczone niniejszą umową w sposób i w terminach zapewniających możliwość niezakłóconego wykonywania umowy wiążącej Zleceniodawcę z Poltransplantem.

§2

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu umowy z należytą starannością, na poziomie odpowiadającym współczesnej wiedzy medycznej, przy uwzględnieniu właściwej jakości świadczeń i obowiązujących wymagań formalno-prawnych, z uwzględnieniem:
- a) aktualnych wytycznych Poltransplantu – w tym zwłaszcza zaleceń określonych w dokumentach:
 - *Zalecany Algorytm Poszukiwania i Doboru Niespokrewnionych Dawców Komórek Krwiotwórczych w okresie od 1 października 2018 r. do 30 września 2019 roku* – dołączony jako załącznik 1b do umowy z Poltransplantem,
 - *Zalecany Algorytm Doboru Haploidentycznych Dawców Komórek Krwiotwórczych w okresie od 1 października 2018 r. do 30 września 2019 roku* - dołączony jako załącznik 1c do umowy z Poltransplantem.
 - b) aktualnych standardów European Federation for Immunogenetics (EFI).
2. Zleceniobiorca oświadcza, że:
- a) posiada aktualne pozwolenie ministra właściwego do spraw zdrowia na testowanie komórek, tkanek i narządów zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz.1411 z późn. zm.),
 - b) posiada aktualny certyfikat akredytacji European Federation for Immunogenetics (EFI) w zakresie badania antygenów zgodności tkankowej dla celów przeszczepiania komórek krwiotwórczych,
 - c) medyczne laboratorium diagnostyczne Zleceniodawcy wykonujące badania laboratoryjne jest wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych,
 - d) spełnia wymagania określone w Ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 2017, poz. 1000), jak również w innych aktach prawnych regulujących kwestie wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy,
 - e) sprzęt i aparatura medyczna wykorzystywana przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych umową spełnia wymagania określone w obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa i są poddawane regularnym przeglądom i walidacjom, a pomieszczenia, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne odpowiadają wymogom sanitarnym określonym w stosownych przepisach,
 - f) świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy wykonywane będą wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz spełniających wymagania zdrowotne określone w odrębnych (minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych),
 - g) odczynniki wykorzystywane do realizacji badań wykonywanych w ramach realizacji niniejszej umowy posiadają wymagane certyfikaty jakości,

- h) jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie co najmniej działań związanych z realizacją przedmiotu umowy.
- Zleceniobiorca zobowiązuje się do posiadania pozwoleń/certyfikatów, o których mowa w pkt a), b) i c), spełniania wymagań, o których mowa w pkt d), e), f), g) oraz posiadania ubezpieczenia, o którym mowa w pkt. h) przez cały okres trwania umowy.
- W przypadku utraty/zawieszenia pozwolenia, o którym mowa w pkt a) lub certyfikatu-akredytacji, o którym mowa w pkt b), Zleceniobiorca poinformuje o tym fakcie niezwłocznie Zleceniodawcę. Sytuacja taka stanowi podstawę do rozwiązania umowy przez Zleceniodawcę bez zachowania okresu wypowiedzenia.
- W przypadku, kiedy polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w pkt h) jest zawarta na czas krótszy niż niniejsza umowa, Zleceniobiorca zobowiązany jest przedłożyć Zleceniodawcę potwierdzenie przedłużenia ubezpieczenia, najpóźniej w dniu wygaśnięcia poprzedniej polisy.
3. Zleceniobiorca nie może zlecać wykonania przedmiotu umowy ani udostępniać informacji na temat chorego i procedury podmiotom trzecim. Nie dotyczy to przekazywania niezbędnych informacji rejestrowi dawcy, zlecenia wykonania badań przez rejestr dawcy ani zlecenia przewozu próbek biologicznych firmie kurierskiej.
 4. Zleceniobiorca, w związku z realizacją przedmiotu umowy, zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie oraz do poszanowania praw pacjenta.
 5. Zleceniobiorca wyraża zgodę na przeprowadzenie przez Zleceniodawcę audytu w zakresie realizacji czynności objętych niniejszą umową. Termin audytu zostanie uzgodniony wspólnie przez Zleceniodawcę i Zleceniobiorcę. Audyt może być przeprowadzony po zrealizowaniu co najmniej 5 zleconych procedur.
 6. Zleceniodawca oświadcza, że:
 - a) posiada aktualne pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia na alogeniczne przeszczepianie komórek krwiotwórczych zgodnie z art. 36 Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1000), a w przypadku jego utraty poinformuje o tym fakcie niezwłocznie Zleceniobiorcę,
 - b) zobowiązuje się do dokonywania wszelkich wymaganych prawem od ośrodka przeszczepowego czynności związanych z rejestracją pacjenta zakwalifikowanego do alogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego (w tym wpis do rejestrów prowadzonych przez Poltransplant) i pozyskiwania wymaganych zgód/pozwoleń.

§3

1. Podstawą wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową będą imienne zlecenia wystawione przez Zleceniodawcę z wykorzystaniem wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

Do zlecenia Zleceniodawca dołącza kopię wyniku genetycznego typowania HLA pacjenta i jego rodziny na poziomie niskiej rozdzielczości (co najmniej loci A, B i DR).
2. Oryginały zleceń należy przesać pocztą lub przesyłką kurierską (opcjonalnie razem z próbką krwi biorcy). Procedura może być już jednak rozpoczęta na podstawie skanu zlecenia przesłanego na adres elektroniczny wskazany przez Zleceniobiorcę w niniejszej umowie, na zasadach określonych w pkt 8.
3. Niezbędny do wykonania badania HLA materiał biologiczny pacjenta i potencjalnych rodzinnych dawców haploidentycznych pobiera Zleceniodawca lub ośrodek kierujący pacjenta do przeszczepienia. Za jego pobranie i przygotowanie do przesyłki odpowiada Zleceniodawca, za organizację przesyłki Zleceniobiorca, który również pokrywa jej koszty.
4. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przedstawiania na bieżąco w formie pisemnej informacji o stanie realizacji procedury, w tym do określenia szans na dobór i zaproponowania ścieżki doboru.
5. W przypadku dostępności kilku potencjalnych dawców o podobnym stopniu zgodności Zleceniobiorca zobowiązany jest przed sprowadzeniem próbek krwi potencjalnych dawców zasięgnąć opinii Zleceniodawcy, co do dawcy/dawców, których próbki będą sprowadzane

w pierwszej kolejności oraz co do tego, czy sprowadzać je równoczasowo, czy „po kolei”.

6. Akceptacja Zleceniodawcy wymagana jest też do wykonania dodatkowych, niestandardowych badań lub przeprowadzenia innych generujących dodatkowe koszty czynności związanych z realizacją zleconej procedury.
7. Korespondencja, o której mowa w pkt 2, 4 i 5 prowadzona będzie przez uprawnionych pracowników Zleceniobiorcy i Zleceniodawcy za pomocą poczty elektronicznej, z wykorzystaniem wskazanych w niniejszej umowie adresów poczty elektronicznej, a w szczególnych przypadkach z wykorzystaniem wskazanych numerów faksu.
8. Wyniki badań wykonanych przez Zleceniobiorcę i informacji pozyskanych z rejestru dawcy będą przesyłane Zleceniodawcy pocztą elektroniczną (skany, przesyłane na bieżąco) oraz pocztą (zbiorczo – po zakończeniu procedury). Skany zawierające dane osobowe powinny być przesyłane w formie zaszyfrowanej. W szczególnych przypadkach pocztą elektroniczną można zastąpić faksem.
9. Wszystkie czynności dotyczące poszukiwania i doboru dawcy dla danego pacjenta, niezależnie od liczby potencjalnych dawców poddawanych badaniu stanowią pojedynczą procedurę. Co do zasady badania i czynności wskazane w tabeli 1 A zał. 4 dotyczące pojedynczej pary dawca- biorca realizowane będą na podstawie podstawowego zlecenia wystawionego zgodnie z §3 pkt 1. Poszerzenie procedury doboru dawcy o badania kolejnego dawcy lub o badania i czynności nie uwzględnione w tabeli 1A zał. nr 4 wymagają zgody zleceniodawcy – zgodnie z zapisami w pkt. 4 – 7, powyżej. Co do badań wymienionych w tabeli 1B zał. nr 4 Zleceniodawca zastrzega sobie możliwość wykonania niektórych z nich samodzielnie lub zlecenia ich wykonania innemu wykonawcy. Poszerzenie procedury o badanie kolejnych dawców nie jest podstawą do zwiększenia przedstawionych w cenniku kosztów związanych z badaniem HLA biorcy ani z ekspertyzą.
10. Podstawą do zakończenia procedury jest decyzja Zleceniodawcy. Może ona być wyrażona w postaci:
 - a) formalnej akceptacji dobranej pary dawca-biorca,
 - b) formalnego braku akceptacji żadnego dawcy, gdy wyniki wykonanych badań wskazują na brak dostępnego dawcy o akceptowalnym stopniu zgodności,
 - c) formalnego wniosku o przerwaniu procedury z innych przyczyn (np. zmiana sytuacji klinicznej biorcy).

W każdym z przypadków decyzja Zleceniodawcy musi być wyrażona w formie pisemnej z użyciem formularza stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszej umowy i wysłana pocztą, przy czym jest ona skuteczna od momentu jej przekazania za pomocą poczty elektronicznej (w postaci skanu), a w szczególnych przypadkach zamiast poczty elektronicznej można użyć faksu.

§4

1. Wynagrodzenie z tytułu wykonywania przedmiotu umowy wypłacane będzie przez Zleceniodawcę na podstawie faktur wystawianych przez Zleceniobiorcę, w terminie **60** dni od daty otrzymania faktury.
2. Faktura będzie wystawiana przez Zleceniobiorcę po zakończeniu realizacji procedury dotyczącej danego pacjenta – biorcy, dla każdego pacjenta oddzielnie.
3. W wystawionej przez Zleceniodawcę fakturze uwzględnić należy wszystkie koszty związane z procedurą poszukiwania i doboru dawcy niespokrewnionego albo dawcy haploidentycznego dla danego pacjenta, tj.:
 - a) koszty czynności zrealizowanych przez Zleceniobiorcę – w tym typowania HLA biorcy i dawcy, ekspertyzy oraz dodatkowych badań wykonanych przez Zleceniobiorcę w ramach realizacji zleconej procedury - według załączonego do niniejszej umowy cennika – załącznik nr 4,
 - b) koszty poniesione przez Zleceniobiorcę w związku z realizacją procedury tj. koszty uzyskania informacji z rejestru dawcy o dostępności dawcy i jego danych medycznych (IDM), sprowadzenia próbek krwi dawcy/dawców do badań, badań zleconych rejestrowi dawcy - udokumentowane fakturą źródłową/rachunkiem bezpośrednio z rejestru dawcy, firmy przewozowej itp.Zarówno faktura, jak i wszystkie kosztowe dokumenty źródłowe muszą w treści jednoznacznie wskazywać, którego pacjenta dotyczą.
4. Każdorazowo wynagrodzenie Zleceniobiorcy za jedną zakończoną procedurą poszukiwania i doboru dawcy (rozumianą zgodnie z zapisem w pkt 9 §3) nie może przekroczyć kwoty 23 500 zł (słownie dwadzieścia trzy tysiące pięćset zł), o ile Zleceniodawca nie uzyska wcześniej zgody Poltransplantu na przekroczenie tej kwoty albo nie podejmie decyzji o pokryciu części kosztów przekraczających limit

ze środków własnych. Zleceniobiorca nie jest upoważniony do podejmowania czynności generujących koszty przekraczające określony tu limit bez pisemnej zgody Zleceniodawcy. Jeśli w ocenie Zleceniobiorcy koszty procedury miałyby przekroczyć limit 23 500 PLN, Zleceniobiorca poinformuje o tym Zleceniodawcę i przedstawi wyliczenia oraz podstawy wyliczeń, tak aby Zleceniodawca mógł się zwrócić do Poltransplantu z wnioskiem o wyrażenie zgody na przekroczenie limitu.

5. Do wystawionej faktury Zleceniobiorca załącza:
 - szczegółowe rozliczenie merytoryczno-finansowe procedury doboru,
 - kopie wyników badań laboratoryjnych biorcy i dawców wykonanych przez Zleceniobiorcę w ramach rozliczanej procedury doboru, w tym typowania HLA i badań dodatkowych (np. przeciwciał anti-HLA),
 - ostateczne zestawienie wyników antygenów zgodności tkankowej dobranej pary dawca-biorca potwierdzone przez diagnostę laboratoryjnego, z podaniem daty wykonania badania,
 - komplet dokumentów potwierdzających poniesienie kosztów określonych w pkt 3 b).Dokumenty te należy sporządzić zgodnie z wymaganiami Poltransplantu określonymi w załączonej umowie pomiędzy USD w Krakowie i Poltransplantem.
6. Zleceniobiorca gwarantuje niezmiennosc cen świadczeń objętych umową, określonych w Załączniku nr 4 do umowy, przez cały okres trwania umowy.
7. Wynagrodzenie płatne będzie przelewem na konto bankowe Zleceniobiorcy
Zapłata następuje w dniu obciążenia rachunku bankowego Zleceniodawcy.
8. Strony ustalają, że Zleceniobiorca nie może bez zgody Zleceniodawcy przenieść skutecznie na osobę trzecią wierzycielności przysługujących mu wobec Zleceniodawcy.
9. Zgoda, o której mowa powyżej, związana z czynnością prawną mającą na celu zmianę wierzyciela, może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący Zleceniodawcy, zgodnie z art. 54 ust. 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
10. Wyklucza się stosowanie przez strony umowy konstrukcji prawnej, o której mowa w art. 518 Kodeksu Cywilnego (w szczególności Zleceniobiorca nie może zawrzeć umowy poręczenia z podmiotem trzecim) oraz wszelkich innych konstrukcji prawnych skutkujących zmianą podmiotową po stronie wierzyciela.

§5

1. Zleceniobiorcy nie przysługuje prawo do wynagrodzenia, jeśli nie wykonywał przedmiotu umowy.
2. Zleceniobiorcy nie przysługuje wynagrodzenie za czynności podjęte przed formalnym zleceniem procedury, bez zgody Zleceniodawcy, tam gdzie jest ona zgodna z warunkami niniejszej umowy wymagana, ani za czynności podjęte po otrzymaniu decyzji Zleceniodawcy o zakończeniu umowy. Uwzględnione mogą być koszty czynności będących w trakcie realizacji w momencie zakończenia procedury, zwłaszcza jeśli jest ona przerywana decyzją Zleceniodawcy w sposób nagły np. w związku ze zmianą sytuacji klinicznej biorcy, jednak Zleceniobiorca zobowiązany jest podjąć udokumentowane działania zmierzające do minimalizacji tych kosztów.
3. W przypadku odmowy refundowania kosztów realizacji procedury przez Poltransplant, obciążenia Zleceniodawcy karą umowną lub roszczeniami odsetkowymi z tytułu niewykonania albo nienależytego wykonania umowy wiążącej Zleceniodawcę z Poltransplantem, z przyczyn tkwiących po stronie Zleceniobiorcy, Zleceniobiorca zobowiązuje się do zwrotu Zleceniodawcy poniesionych strat finansowych.
4. Zleceniobiorca na żądanie Zleceniodawcy w każdym czasie udzieli mu informacji o przebiegu wykonywania umowy.
5. W zakresie wykonywania umowy Zleceniobiorca zobowiązany jest ponadto do prowadzenia dokumentacji medycznej, jak również sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
6. Prawa i obowiązki wynikające z treści niniejszej umowy nie mogą być przeniesione na osoby trzecie, bez uprzedniej zmiany niniejszej umowy obejmującej zgodę stron na dokonanie takiej czynności.
7. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają zgody obu stron wyrażonej w formie pisemnego aneksu pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem art. 27 ust. 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.

o działalności leczniczej.

8. Do celów oficjalnej korespondencji prowadzonej w postaci elektronicznej na potrzeby realizacji niniejszej umowy, strony wykorzystywać będą **wyłącznie** wskazane niżej adresy elektroniczne:
Zleceniodawca: **otdobory@usdk.pl**
Zleceniobiorca:
9. W szczególnych przypadkach, np. w sytuacji awarii systemu informatycznego, dopuszcza się przysyłanie korespondencji za pomocą faksu z wykorzystaniem następujących numerów:
Zleceniodawca: 126574089
Zleceniobiorca:
10. Wykaz osób uprawnionych do realizacji czynności związanych z niniejszą umową ze strony Zleceniobiorcy i Zleceniodawcy zawiera załącznik nr 5.
11. Zlecający i Zleceniobiorca z tytułu i dla zapewnienia współpracy celem realizacji zapisów niniejszej Umowy udostępniają dane osobowe swoich pracowników stronie drugiej w zakresie zgodnym z załącznikiem nr 5.
12. Zlecający i Zleceniobiorca prześlą swoim pracownikom i współpracownikom, wskazanym w załączniku nr 5 do niniejszej umowy, wszelkie informacje określone w art. 13 i 14 RODO, w sposób pozwalający stronie drugiej skorzystać z prawa do odstąpienia od wykonania obowiązku informacyjnego – vide art. 13 pkt 4 oraz art. 14 pkt 5 RODO.

§6

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest przy wykonywaniu Umowy do zapewnienia skutecznej i należytej ochrony danych osobowych, do których uzyskał dostęp w związku z wykonywaniem niniejszej umowy, jak również do niewykorzystywania tych danych do celów innych niż realizacja niniejszej Umowy.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych w zakresie i w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami prawa, w tym na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych „RODO”).
3. Strony szczegółowo ustaliły warunki przetwarzania danych osobowych w umowie powierzenia przetwarzania danych osobowych stanowiącej załącznik nr 6 do Umowy.

§7

1. Umowę zawiera się na czas określony, tj. od **25 października 2018 r.** do **30 września 2019 r.**, z zastrzeżeniem przedłużenia okresu obowiązywania umowy przewidzianym w ust. 6.
2. Zlecenia będą kierowane do Zleceniobiorcy zgodnie z potrzebami Zleceniodawcy. Zleceniobiorca deklaruje gotowość realizacji w okresie obowiązywania niniejszej umowy co najmniej 10 zleceń. Umowa niniejsza nie określa minimalnej liczby procedur zleconych przez Zleceniodawcę.
3. Umowa może być rozwiązana z trzymiesięcznym terminem wypowiedzenia liczoną na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Umowa ulega rozwiązaniu wskutek oświadczenia jednej ze stron bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.
5. Zmiany umowy i oświadczenia dotyczące rozwiązania umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej.
6. Procedury rozpoczęte w czasie obowiązywania umowy, wskazanym w ust. 1, będą realizowane do ich zakończenia na zasadach opisanych w niniejszej umowie, także po dniu 30 września 2019 r.. W przypadku wypowiedzenia umowy przez którąś ze stron z zachowaniem okresu trzymiesięcznego wypowiedzenia, nowe zlecenia nie będą składane w okresie wypowiedzenia, chyba że strony zgodnie postanowią inaczej.
7. W przypadku zaistniałej lub przewidywanej utraty możliwości realizacji umowy przez Zleceniobiorcę zobowiązany jest on do niezwłocznego poinformowania o tym Zleceniodawcy.

§ 8

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

§ 9

Spory wynikłe na tle stosowania niniejszej umowy będzie rozstrzygał sąd właściwy dla siedziby Zleceniodawcy.

§ 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

(PODPISY STRON)

Załącznik nr 1 do umowy z dnia

Kopia Umowy Nr 5K/2018 z dnia 6 września 2018 r. w sprawie Poszukiwania i Doboru Niepokrewnionych i/lub Haploidentycznych Dawców Komórek Krwiotwórczych zawartej pomiędzy Poltransplantem i USD w Krakowie wraz z załącznikami w tym m.in.:

- Załącznikiem nr 1a: *Zasady Poszukiwania i Doboru Niepokrewnionych i Haploidentycznych Dawców Komórek Krwiotwórczych w okresie od 1 października 2018 do 30 września 2019 roku*
- Załącznikiem nr 1b: *Zalecany Algorytm Poszukiwania i Doboru Niepokrewnionych Dawców Komórek Krwiotwórczych w okresie od 1 października 2018 r. do 30 września 2019 roku*
- Załącznikiem nr 1c: *Zalecany Algorytm Doboru Haploidentycznych Dawców Komórek Krwiotwórczych w okresie od 1 października 2018 r. do 30 września 2019 roku*

Załącznik nr 2 do umowy z dnia

Zlecenie poszukiwania i doboru alternatywnego dawcy komórek krwiotwórczych - wzór

Załącznik nr 3 do umowy z dnia

Decyzja o zakończeniu procedury - wzór

Załącznik nr 4 do umowy z dnia

CENNIK - z oferty

Załącznik nr 5 do umowy z dnia

Wykaz osób uprawnionych do realizacji czynności związanych z niniejszą umową ze strony Zleceniobiorcy i Zleceniodawcy – zostanie sporządzony na etapie podpisywania umowy

Załącznik nr 6 do umowy z dnia

Umowa powierzenia przetwarzania danych zostanie - sporządzona na etapie podpisywania umowy

Załącznik nr 2 do umowy z dnia

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Ośrodek Transplantacji

CIC 507

30- 663 Kraków, ul. Wielicka 265, tel./fax (12) 657 40 89

Kierownik: dr hab. n. med. Jolanta Goździk

e-mail: otodobory@usdk.pl

Dane Zleceniobiorcy

Zlecenie poszukiwania i doboru alternatywnego dawcy komórek krwiotwórczych

Proszę o:

- przeszukanie rejestrów i dobór dawcy niespokrewnionego
- dobór rodzinnego dawcy haploidentycznego

dla pacjenta (imię, nazwisko, data urodzenia):

..... ur.

.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

płeć:

grupa krwi:

status CMV:

waga:

Rozpoznanie:

Typowanie HLA pacjenta (kopia wyników badań w załączeniu):

A*	B*	C*	DRB1*	DQB1*
A *	B*	C*	DRB1*	DQB1*

Typowanie HLA rodziny (kopia wyników badań w załączeniu):

	matka	ojciec	rodzeństwo	rodzeństwo
HLA-A*				
HLA-B*				
HLA-DRB1*				

Dodatkowe dane dotyczące doboru dawcy haploidentycznego:

wstępnie proponowany dawca:

czy wykonać badania obecności przeciwciał przeciw HLA? Tak Nie Decyzja w przyszłości

Data zlecenia:

dane i podpis lekarza:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych "RODO") (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) informujemy, że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie (dalej „Szpital”)
- adres: ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków, tel. 12 658 2011, e-mail: sekretariat@usdk.pl
- Szpital wyznaczył Inspektora ochrony danych. Jest to osoba, z którą może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. Z Inspektorem można kontaktować się w następujący sposób: listownie na adres Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków z dopiskiem „Inspektor ochrony danych”, poprzez e-mail: iod@usdk.pl lub telefonicznie: 12 333 9409.
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisów prawa.
- Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z obowiązujących przepisów prawa.
- Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych pacjentów opublikowana jest pod adresem: <https://www.szpitalzdrowia.pl/dla-rodzicow-i-pacjentow/ochrona-danych-osobowych/>

- Wyrażam zgodę na realizację świadczenia zdrowotnego poszukiwania i doboru niespokrewnionego i/lub haploidentycznego dawcy komórek krwiotwórczych. Wiem, że obejmuje ono badanie antygenów zgodności tkankowej metodą genetyczną - z wyizolowanego DNA pacjenta.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich/mojego dziecka przez podmioty lecznicze w celu świadczenia usług medycznych w zakresie poszukiwania i doboru dawcy haploidentycznego lub dawcy niespokrewnionego zarejestrowanego w europejskich bądź światowych rejestrach dawców komórek krwiotwórczych, w tym w światowym rejestrze dawców komórek Bone Marrow Donor Worldwide (tj. zarejestrowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym w tzw. państwach trzecich).

Data i podpis Pacjenta lub Jego opiekuna prawnego

Załącznik nr 3 do umowy z dnia

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Ośrodek Transplantacji

CIC 507

30- 663 Kraków, ul. Wielicka 265, tel./fax (12) 657 40 89

Kierownik: dr hab. n. med. Jolanta Goździk

e-mail: otdobory@usdk.pl

Dane Zleceniobiorcy

Decyzja o zakończeniu procedury

poszukiwania i doboru dawcy niespokrewnionego/alternatywnego

Niniejszym **proszę o zakończenie procedury poszukiwania i doboru dawcy**

- niespokrewnionego
- alternatywnego

dla pacjenta:

..... ur.

ze względu na:

- zaakceptowanie dawcy:
dawca:
z rejestru*:
- brak akceptacji żadnego z dostępnych dawców
- inną przyczynę:
.....
.....

Uwagi:


.....
.....

Data:

.....
pieczętka i podpis lekarza OT USD

* w przypadku rodzinnych dawców haploidentycznych wpisać: „nd”

ZATWIERDZAM SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

DYREKTOR
Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego
w Krakowie

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Fyderek