Szpital Powiatowy
w Zawierciu

42-400 Zawiercie, ul Miodowa 14
32 67 40 200
sekretariat@szpitalzawiercie.pl
www.szpitalzawiercie.pl

Zawiercie, dnia 14.10.2019 r.

ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT

Nr sprawy : EUZ/DTG/...../10/2019

Zamawiający Szpital Powiatowy w Zawierciu zaprasza do złożenia oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 30.000 euro netto na wykonanie usługi transportu medycznego karetką typu S na okres 24 miesięcy (od 04.12.2019 do 03.12.2021r.)

Opis przedmiotu zamówienia: Przedmiotem zamówienia jest – **Transport sanitarny z zespołem specjalistycznym (skład karetki: lekarz, pielęgniarka lub ratownik medyczny oraz kierowca)**

Transport pacjentów będzie zlecany w systemie całodobowym, wliczając w to soboty, niedziele i święta. Środki transportu, łączności oraz aparatura i sprzęt medyczny powinny być dostosowane do wykonywania usługi oraz w pełni sprawne i dopuszczone do użytkowania zgodnie z obowiązującymi przepisami. Pojazdy sanitarne, którymi dysponuje Wykonawca muszą odpowiadać warunkom technicznym określonym w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 27 października 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 2022), zm. Dz.U. z 2016 r. poz. 858 w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia.

1. Termin realizacji usługi: 24 miesiące od 04.12.2019 do 03.12.2021r.
2. Termin obowiązywania umowy: 24 miesiące
3. Warunki płatności: przelew
4. Kryteria wyboru ofert: 100% cena
5. Wzór umowy – w załączniku nr 2
6. Sposób przygotowania oferty: ofertę należy sporządzić na Formularzu Ofertowym w formie pisemnej i umieścić w zabezpieczonej kopercie opisanej w następujący sposób: nazwa i adres Zamawiającego, nazwa i adres Wykonawcy lub na adres e-mail adm-gosp@szpitalzawiercie.pl z dopiskiem:

Oferta dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

Transport sanitarny z zespołem specjalistycznym (skład karetki: co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz).

42-400 Zawiercie, ul Miodowa 14
32 67 40 200
sekretariat@szpitalzawiercie.pl
www.szpitalzawiercie.pl

Nie otwierać przed .....10.2019 r. godz. 12.00

7. Miejsce i termin składania ofert: Ofertę należy złożyć do dnia 22.10.2019 godz. 11:30 w Dziale Administracyjno - Gospodarczym w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu przy ul. Miodowej 14 lub elektroniczne na adres adm-gosp@szpitalzawiercie.pl

9. Termin otwarcia ofert 22.10.2019r. godzina 12:00

10. Pytania od Wykonawców

Ewentualne pytania należy kierować pod adresem e-mail adm-gosp@szpitalzawiercie.pl do dnia 18.10.2019r. do godz. 10:00 Odpowiedzi zostaną zamieszczone na stronie internetowej Zamawiającego www.szpitalzawiercie.pl

11. Postępowanie może być unieważnione na każdym etapie.

12. Zamawiający może wzywać do uzupełnienia dokumentów.

13. 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO", informuję, że:

a. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Zawierciu, ul. Miodowa 14, 42-400 Zawiercie;

b. Szpital wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych z którym może Pan/Pani kontaktować się pod nr tel.502 185 693, e-mail iod@szpitalzawiercie.pl

c. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego;

d. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp";

e. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;

f. obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z

42-400 Zawiercie, ul Miodowa 14
32 67 40 200
sekretariat@szpitalzawiercie.pl
www.szpitalzawiercie.pl

udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;

g. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;

h. posiada Pani/Pan:

– na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do 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 ***;

- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

- 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.

Załącznikami zaproszenia do składania ofert stanowiącymi integralną część oferty są:

- załącznik nr 1 - formularz ofertowo – cenowy,

- załącznik nr 2 – wzór umowy

Szpital Powiatowy
w Zawierciu

42-400 Zawiercie, ul Miodowa 14
32 67 40 200
sekretariat@szpitalzawiercie.pl
www.szpitalzawiercie.pl

załącznik nr 1 do Zaproszenia

FORMULARZ OFERTOWO - CENOWY

Nr sprawy : EUZ/DTG/...../10/2019

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 30.000 euro na: wykonanie usługi transportu sanitarnego z uwzględnieniem transportu osób oraz materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielenia świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu w zakresie: transportu sanitarnego karetką typu „S" zgodnie z warunkami zawartymi w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego z dnia 4 lutego 2019r.(Dz.U.z 2019r.poz.237)

na okres 24 miesięcy (od 04.12.2019 do 03.12.2021)

1. Nazwa i adres Zamawiającego

   Szpital Powiatowy w Zawierciu

   42-400 Zawiercie, ul. Miodowa 14

   tel. 32 67 40 371.

   Godziny urzędowania: od 07:25 do 15:00

   REGON 276271110, NIP 649-19-18-293

   www.szpitalzawiercie.pl email: it@szpitalzawiercie.pl

2. Nazwa i adres Wykonawcy

   Nazwa.....
   .....
   Adres.....
   .....
   NIP ..... REGON .....

   Dane do porozumiewania się

   Tel .....

   Adres poczty elektronicznej .....

3. Cena oferty

   Cena za km .....zł (brutto)

   Cena za h .....zł (brutto)

załącznik nr 2 do Zaproszenia

UMOWA

zawarta w dniu .....r. w Zawierciu pomiędzy:
Szpitalem Powiatowym w Zawierciu, z siedzibą 42-400 Zawiercie, ul. Miodowa 14, wpisanym do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej pod numerem KRS 0000126179, NIP 649-19-18-293, Regon 276271110, zwanym w treści umowy Zamawiającym,
reprezentowanym przez: .....

a ..... KRS:
NIP:
Regon:
który/ą reprezentują: .....
zwanym w treści umowy Wykonawcą

§ 1

PRZEDMIOT UMOWY

1. Zamawiający zleca, a Wykonawca zobowiązuje się do wykonania usług transportu sanitarnego samochodem sanitarnym z zapewnioną opieka medyczną o standardzie odpowiadającym karetkom typu S. Zleceniobiorca zobowiązuje się, do wykonywania usługi zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego z dnia 4 lutego 2019r. (Dz.U. z 2019 r. poz.237 z późn. zm.).
2. Strony zgodnie ustalają następujące lokalizacje przeznaczenia transportu sanitarnego:
   - Lokalizacja I - ul. Miodowa 14 Zawiercie,
   - Lokalizacja II - ul. Powstańców Śląskich 8 Zawiercie,
   - Lokalizacja III - ul. Gałczyńskiego 1 Zawiercie,
   - Lokalizacja IV - ul. Piłsudskiego 80 Zawiercie.

§ 2

OKRES REALIZACJI UMOWY

1. Wykonawca będzie realizował usługi transportu sanitarnego od dnia 04.12.2019 r. do dnia 03.12.2021r.
2. Za datę zawarcia umowy przyjmuje się dzień, w którym Wykonawca otrzyma skan jednostronnie podpisanej umowy z datą wskazaną przez Zamawiającego.

§ 3

WARUNKI REALIZACJI UMOWY

1. Usługa transportowa będzie zamawiana z przynajmniej jednodniowym wyprzedzeniem, zlecenia będą składane telefonicznie na numer wskazany przez Wykonawcę. W razie konieczności wykonania transportu sanitarnego, którego nie można było przewidzieć wcześniej, Zamawiający ma prawo całodobowo (wliczając w to także soboty, niedziele i święta) zlecić usługę telefonicznie uzgadniając jednocześnie czas przyjazdu

karetki, (z tym zastrzeżeniem, że w takim przypadku czas przyjazdu karetki nie może być dłuższy niż 50 min. licząc od momentu zgłoszenia).

2. Zlecenia usługi transportu sanitarnego będą przyjmowane przez Wykonawcę pod numerem telefonu: ....., całą dobę przez wyznaczoną przez Wykonawcę osobę (dyspozytora).

3. Dokumentem potwierdzającym zlecenie usługi transportu sanitarnego będzie dokument sporządzony według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do umowy. Dokumentem zlecenia transportu jest zlecenie na transport sanitarny podpisane ze strony Zamawiającego przez:

a) lekarza zlecającego transport i Kierownika Oddziału lub jego zastępcę,

b) w dni powszednie po godz. 15:00 oraz soboty, niedziele i święta przez lekarza/Kierownika Oddziału.

4. Wykonawca każdorazowo w przypadku rozpoczęcia transportu pacjenta otrzyma oryginał wypełnionego zlecenia na transport sanitarny, co zobowiązany jest potwierdzić na kopii tego dokumentu.

5. Czas i odległość zleconej usługi transportu sanitarnego liczone będą od chwili wyjazdu Wykonawcy z lokalizacji Zamawiającego do chwili zakończenia transportu pacjenta.

6. Transport pacjentów będzie zlecany w systemie całodobowym, wliczając w to soboty, niedziele i święta.

7. Wykonawca zobowiązany będzie realizować transport sanitarny najkrótszą trasą, która zapewnia najkrótszy czas dojazdu.

8. W przypadku awarii pojazdu (karetki) Wykonawcy w trakcie wykonywania usługi, Wykonawca zobowiązany jest do niezwłocznego zapewnienia innego pojazdu (karetki) na własny koszt w celu zapewnienia ciągłości wykonywanych usług transportu sanitarnego. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za skutki działań bądź zaniechań w tym zakresie.

9. Wykonawca oświadcza, iż zobowiązuje się poddać kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. (Dz.U. z 2016 poz. 1793 z późn. zm.) w zakresie wynikającym z umowy.

10. Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przepisów sanitarnych i z tego tytułu ponosił będzie pełną odpowiedzialność przed służbami sanitarno-epidemiologicznymi.

11. Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

12. Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

13. Wykonawca oświadcza, że osoby wykonujące usługę transportu sanitarnego posiadają odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zawodowe oraz wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.

14. Wykonawca oświadcza, że środki transportu i łączności, oraz aparatura i sprzęt medyczny stosowane do wykonywania usługi są w pełni sprawne i dopuszczone do użytkowania zgodnie z obowiązującymi przepisami.

15. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność cywilną za wszelkie szkody wyrządzone Zamawiającemu oraz pacjentom w związku z realizacją usługi transportu sanitarnego.

16. Wykonawca zobowiązany jest posiadać opłacone ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności związane z przedmiotem zamówienia wymagane przepisami prawa, stwierdzone polisą. Kopię opłaconej polisy należy dostarczyć Zamawiającemu w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy.

§ 4

WYNAGRODZENIE I WARUNKI PŁATNOŚCI

1.Wynagrodzenie za wykonane usługi transportowe obliczane będzie na podstawie poniższych stawek:

- stawka kilometrowa .....zł (brutto) /1km
- stawka godzinowa ..... zł/ (brutto) /1h

2. Rozliczenie za niepełną godzinę będzie obliczane proporcjonalnie w przeliczeniu na minuty.

3. Podstawą do zapłaty należności za wykonanie usługi transportu sanitarnego będzie prawidłowo wystawiona faktura VAT wraz z dołączonym zestawieniem wykonanych w danym miesiącu kalendarzowym usług oraz czytelnymi kserokopiami pisemnych potwierdzeń zleceń na transport sanitarny. Zestawienie musi zawierać następujące dane w odniesieniu do każdego zleconego transportu:

a) imię i nazwisko pacjenta;

b) datę i godzinę transportu;
c) nazwę oddziału zamawiającego;
d) imię i nazwisko lekarza zlecającego;
e) miejsce do którego zlecono transport;
g) ilość przejechanych kilometrów;
h) czas pracy zespołu

4. Wykonawca wystawi fakturę do 10-go dnia każdego miesiąca po zakończeniu miesiąca kalendarzowego, w którym wykonano przedmiotową usługę.

5. Zapłata za wykonane usługi nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy: ..... w ciągu 30 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT w formie pisemnej.

W przypadku gdyby Wykonawca zamieścił na fakturze inny termin płatności niż określony w niniejszej umowie obowiązuje termin płatności określony w umowie.

6. Za datę dokonania zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

§ 5

KARY UMOWNE

1. Zamawiający obciąży Wykonawcę następującymi karami umownymi:
a) w wysokości 50,00 zł (słownie: pięćdziesiąt złotych 00/100), za każdą rozpoczętą godzinę opóźnienia przyjazdu karetki do miejsca wskazanego w zleceniu na transport sanitarny w stosunku do czasu wskazanego przez Zamawiającego w zleceniu składanym z przynajmniej jednodniowym wyprzedzeniem;
b) w wysokości 50,00 zł (słownie: pięćdziesiąt złotych 00/100), za każdą rozpoczętą godzinę opóźnienia przyjazdu karetki w odniesieniu do terminu określonego zgodnie z §3 ust. 1 niniejszej umowy;
c) w wysokości 20% wynagrodzenia brutto, określonego w §4 ust 1 niniejszej umowy w przypadku odstąpienia od umowy lub rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym przez Zamawiającego z przyczyn, leżących po stronie Wykonawcy;
d) w wysokości 200,00 zł (słownie: dwieście złotych 00/100) za każdy przypadek dotyczący odmowy przyjazdu karetki.

2. W sytuacji, gdy w wyniku nienależytego wykonywania umowy przez Wykonawcę, Zamawiający, dla zachowania ciągłości udzielanych świadczeń, będzie zmuszony do zlecenia transportu sanitarnego innemu podmiotowi, Wykonawca zostanie obciążony wszystkimi poniesionymi w związku z tym faktem kosztami.

3. Zamawiający ma prawo dochodzić kar umownych poprzez potrącanie ich na podstawie księgowej noty obciążeniowej z jakimikolwiek należnościami Wykonawcy, aż do całkowitego zaspokojenia roszczeń.

4. W przypadku braku możliwości zaspokojenia roszczeń z tytułu kar umownych na zasadach określonych powyżej, księgowa nota obciążeniowa płatna będzie w do 14 dni od daty jej wystawienia przez Zamawiającego.

5. Zamawiający ma prawo żądać odszkodowania przewyższającego kary umowne na zasadach ogólnych.

§ 6

ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD UMOWY

1. Zamawiający może rozwiązać umowę w całości lub części ze skutkiem natychmiastowym w razie zaistnienia którejkolwiek z poniższych okoliczności:
a) trzykrotnie dojdzie do opóźnienia przyjazdu karetki w odniesieniu do terminu określonego zgodnie z §3 ust.1 umowy;
b) utraty przez Wykonawcę uprawnień do realizacji przedmiotu umowy;
c) braku kopii opłaconej polisy OC lub jej niedostarczenie w terminie 7 dni od daty podpisania umowy.
d) niedostarczenia kopii polisy OC w terminie 7 dni od daty zawarcia nowej polisy.

2. Oświadczenie Zamawiającego o odstąpieniu lub o rozwiązaniu umowy zostanie wysłane listem poleconym na adres Wykonawcy podany w umowie lub na inny adres, który Wykonawca wskazał Zamawiającemu na piśmie jako aktualny adres do korespondencji.
3. Rozwiązanie umowy na podstawie pkt 1 nie zwalnia Wykonawcy od obowiązku zapłaty kar umownych i odszkodowań.

§ 7

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodność z regulacjami dotyczącymi ochrony danych osobowych:
1. W związku z zawarciem niniejszej umowy, strony zobowiązują się zawrzeć odrębną umowę o powierzenie przetwarzania danych osobowych;
2. Strony zobowiązują się zapewnić zgodność przetwarzania danych osobowych z regulacjami dotyczącymi ochrony danych a także z zapisami umowy o powierzenie przetwarzania danych osobowych przez cały czas trwania niniejszej Umowy.

§8

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie spory wynikłe na tle realizacji umowy będzie rozstrzygał sąd powszechny właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.
2. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa egzemplarze dla Zamawiającego, jeden egzemplarz dla Wykonawcy.
3. Zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga zachowania formy pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.
4.Osoba upoważniona do kontaktów na etapie realizacji umowy:
a) po stronie Zamawiającego: Beata Kawalec, Małgorzata Świderska.
b) po stronnie Wykonawcy.....

Wykonawca **Zamawiający**

Załączniki do umowy:
1.Zlecenie na transport

Z UP. DYREKTORA SZPITALA
Z-CA DYREKTORA DS. LECZNICZYCH
SZPITALA POWIATOWEGO
W ZAMOŚCIU
mgr inż. Iwona Sroga

Agata Cup
RADCA PRAWNY
KR-4150

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU
ul. Miodowa 14, 42–400 Zawiercie
tel. (0 32) 67-40-200;
www.szpitalzawiercie.pl
REGON: 276271110; NIP 649-19-18-293

«2$33_ąJednostki»
Kod res.cz. I: «1403$10625_ąInstytucja»
Kod res.cz. V: «2$11828_ąJednostki» «A[grupa»«N2$11828_ąJednostki»SZPITAL «[koniec» «A[grupa»«N2$11828_ąJednostki»OPIEKA PALIATYWNA«[koniec»«A[grupa»«N2$11828_ąJednostki»AMBULATORIUM«[koniec»
Kod res.cz. VII: «2$10629_ąJednostki»
Kod res.cz. VIII: «2$10631_ąJednostki»

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 80/2019 Dyrektora Szpitala Powiatowego w Zawierciu z dnia 08.08.2019r.

Zawiercie, ...

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Zlecam przewiezienie chorego/-ej:		
PESEL:	**Wiek:**	**Nr ks. Gł:**
Adres:		**Telefon:**
Rozpoznanie:		
Sposób przewożenia pacjenta:	pozycja leżąca ☐	pozycja siedząca ☐

RODZAJ TRANSPORTU SANITARNEGO:

1. Sanitarny bez opieki medycznej: kierowca	☐
2. Sanitarny ze średnim personelem medycznym (pielęgniarka lub ratownik medyczny lub sanitariusz oraz kierowca)	☐
3. Lekarski: lekarz, pielęgniarka lub ratownik oraz kierowca	☐

Właściwe zaznaczyć znakiem „X"

WYJAZD z:	
miejsce odbioru pacjenta	
w dniu:	o godz. .....

POWRÓT/ PRZEKAZANIE PACJENTA	
do	o godz. .....
miejsce zakończenia transportu	
Podpis osoby przejmującej pacjenta po zakończonym transporcie:	.....
Ilość przejechanych km:	Godzina zakończenia transportu: .....
Imię i nazwisko lekarza, z którym uzgodniono konsultację lub przyjęcie do Szpitala:	.....

Właściwe zaznaczyć znakiem „X"

Informacje na temat stanu ogólnego pacjenta oraz wymagania na czas transportu:
.....
.....

CEL PRZEWOZU

1. Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	
2. Potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie)	
3. Dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)	
4. Inne, wyżej niewymienione (odpłatnie lub za częściową odpłatnością) - pouczenie	
a) 100%	
b) 60%	

Właściwe zaznaczyć znakiem „X"

.....
Podpis i pieczęć Kierownika Oddziału

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

Pouczenie dla ubezpieczonego:
W przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonemu w celu innym niż punkcie 1,2 i 3 tabeli **pacjent pokrywa** 60% **kosztów przejazdów środkami transportu sanitarnego,** gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że pacjent jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych, *(podst. prawna: art. 41 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.) Winnych wyżej nie wymienionych przypadkach* **pacjent pokrywa 100% kosztów przejazdów.**
Transporty powyżej 100km wyłącznie za zgodą Dyrektora Szpitala.
Oświadczam, że zapoznałem się z powyższym pouczeniem informującym o zasadach zlecania bezpłatnego transportu sanitarnego

.....
Podpis ubezpieczonego

OŚWIADCZENIE

.....
Nazwisko i imię

PESEL | | | | | | | | | | | |

.....
Adres zamieszkania

zobowiązuję się do pokrycia kosztów **transportu pełnopłatnego / częściowo odpłatnego*** na podstawie wystawionej faktury w Kasie Szpitala Powiatowego w Zawierciu lub przelewem na rachunek podany na fakturze.

.....
Podpis pacjenta

*niepotrzebne skreślić

Do korzystania z transportu sanitarnego **częściowo odpłatnego** uprawnieni są pacjenci, w przypadku łącznego spełniania następujących warunków:

1. **zlecenie** na taki transport **wystawi lekarz** ubezpieczenia zdrowotnego oraz
2. ze zlecenia na transport wynika, iż uprawnionym jest **pacjent, który przy korzystaniu ze środków transportu publicznego wymaga pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych** oraz
3. pacjent **cierpi na jedną z następujących jednostek chorobowych**:
   - choroby krwi i narządów krwiotwórczych,
   - choroby nowotworowe,
   - choroby oczu,
   - choroby przemiany materii,
   - choroby psychiczne i zaburzenia zachowania,
   - choroby skóry i tkanki podskórnej,
   - choroby układu krążenia,
   - choroby układu moczowo – płciowego,
   - choroby układu nerwowego,
   - choroby układu oddechowego,
   - choroby układu ruchu,
   - choroby układu trawiennego,
   - choroby układu wydzielania zewnętrznego,
   - choroby zakaźne i pasożytnicze,
   - urazy i zatrucia,
   - wady rozwojowe wrodzone,
   - zniekształcenia i aberracje chromosomowe.

Lekarz wystawiający zlecenie wykonania transportu sanitarnego jest zobowiązany do dokonania stosownej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta oraz dokumentacji prowadzonej na potrzeby podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.