

**UMOWA nr .../.../2021
na świadczenia zdrowotne**

w dniu r. w Warszawie pomiędzy:

Samodzielnym Zespołem Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa – Ochota, z siedzibą w Warszawie (02-353), przy ul. Szczęśliwickiej 36, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego – rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej; pod nr KRS: 0000188485, NIP: 526-17-71-472, REGON: 010202670, reprezentowanym przez:
Pana Krzysztofa Marcina Zakrzewskiego – Dyrektora,
zwanym w treści umowy „**Udzielającym zamówienia**”,

a

.....
.....
działającym osobiście,
zwanym w treści umowy "**Przyjmującym zamówienie**".

Strony ustalają co następuje:

§ 1

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do realizacji świadczeń zdrowotnych **z zakresu konsultacji medycznych oraz zabiegów z medycyny estetycznej** zwanych dalej „świadczeniami zdrowotnymi”, których wykaz stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej Umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania zadań Udzielającego zamówienia, jako podmiot wykonujący działalność leczniczą/osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w niniejszej umowie i przepisach prawa.
3. Świadczenia zdrowotne będą udzielane wyłącznie uprawnionym osobom wskazanym przez Udzielającego zamówienia.

§ 2

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się również do:

- 1) prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą;
- 2) prowadzenia dokumentacji udzielanych świadczeń, w tym do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z obowiązującymi przepisami i do każdorazowego udostępniania Udzielającemu zamówienia prowadzonej dokumentacji;
- 3) przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego i regulacji wewnętrznych Udzielającego zamówienia, w tym w szczególności przepisów bhp i p.poż.

§ 3

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych z należytą starannością i zgodnie z wymogami aktualnej wiedzy medycznej i technicznej.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż posiada stosowne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej i będzie je posiadał przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmuje również odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV oraz WZW.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do utrzymywania ważnego ubezpieczenia i nie zmniejszania jego zakresu oraz sumy przez cały okres obowiązywania umowy.

5. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej ulega rozwiązaniu w trakcie obowiązywania umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest dostarczyć Udzielającemu zamówienia kopię nowej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.

§ 4

1. Świadczenia zdrowotne realizowane będą w jednostkach i komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie nie może prowadzić na terenie jednostki i/lub komórki organizacyjnej, o której mowa w ust. 1, innej działalności niż wynikająca z niniejszej umowy.
3. Przyjmujący zamówienie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wskazanych w harmonogramie określonym przez Udzielającego zamówienia, stanowiącym **załącznik nr 2 do Umowy**.
4. Zmiany w harmonogramie, o którym mowa w ust. 3 Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany zgłosić Udzielającemu zamówienia najpóźniej w przeddzień dokonania zmiany.
5. W przypadku nieobecności we wskazanym w harmonogramie dniu Przyjmujący zamówienie obowiązany jest wskazać inny termin, w którym udzieli świadczeń pacjentom nieprzyjętym w dniach zgodnie z harmonogramem.
6. Informacja o dniach i godzinach udzielania świadczeń zdrowotnych będzie wywieszona na tablicy informacyjnej w siedzibie jednostki i/lub komórki organizacyjnej, o której mowa w ust. 1, na stronach internetowych Udzielającego zamówienia oraz podana do Narodowego Funduszu Zdrowia. W informacji tej mogą być podane dane Przyjmującego zamówienia.

§ 5

1. Przyjmujący zamówienie może korzystać z wyrobów medycznych i produktów leczniczych Udzielającego zamówienia w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie.
2. Udzielający zamówienia zobowiązuje się do nieodpłatnego dostarczenia Przyjmującemu zamówienia obowiązujących druków sprawozdawczo-rozliczeniowych i dokumentacji medycznej.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do noszenia w widocznym miejscu identyfikatora dostarczonego przez Udzielającego zamówienia, w sposób umożliwiający odczytanie danych zamieszczonych na identyfikatorze.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w odzież ochronnej oraz obuwiu ochronnym, zgodnie z wymogami bezpieczeństwa i higieny pracy, które zabezpieczy we własnym zakresie i na własny koszt.

§ 6

Pacjenci zgłaszający się do udzielenia świadczeń zdrowotnych będą zapisywani i rejestrowani przez Udzielającego zamówienia.

§ 7

1. Świadczenia zdrowotne będą wykonywane przez osoby o odpowiednich uprawnieniach.
2. Przyjmujący zamówienie nie może wykonywać świadczeń zdrowotnych przez osobę trzecią, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W sytuacjach nadzwyczajnych, niezależnych od Przyjmującego zamówienia i których nie można było przewidzieć, może on, po uzyskaniu pisemnej zgody Udzielającego zamówienia, powierzyć wykonywanie świadczeń zdrowotnych innej osobie posiadającej kwalifikacje i uprawnienia, co najmniej odpowiadające kwalifikacjom i uprawnieniom wymaganym od Przyjmującego zamówienia. Za wykazanie tych kwalifikacji odpowiada Przyjmujący zamówienie.

4. Wszelkie koszty udzielania świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy przez inną osobę, o której mowa w ust. 3, ponosi Przyjmujący zamówienie.
5. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za udzielanie świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy przez inną osobę, o którym mowa w ust. 3, jak też ponosi odpowiedzialność za wszelkie szkody spowodowane przez tę osobę.
6. Przyjmujący zamówienie obowiązany jest niezwłocznie powiadomić Udzielającego zamówienie o wszelkich przeszkodach uniemożliwiających mu wykonanie umowy.

§ 8

Umowa obowiązuje **od dnia**r. **do dnia** r.

§ 9

- 1) Udzielający zamówienia może w każdym czasie przeprowadzić kontrolę realizacji świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie, w szczególności w zakresie ilości, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych oraz zasad organizacji ich udzielania, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się tej kontroli.
- 2) Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli udzielania świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy zawartej pomiędzy Udzielającym zamówienia a Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 10

1. Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy w następującej wysokości:
 - 1) **za udzieloną konsultację i zabieg**: wyszczególniony w wykazie stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszej umowy w pkt: 1-5, w wysokości: % wartości opłaty wynikającej z Cennika;
 - 2) **za przeprowadzony zabieg**, wyszczególniony w wykazie stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszej umowy w pkt: 6-43, w wysokości: % wartości opłaty wynikającej z Cennika;
 - 3) **za przeprowadzony zabieg**, wyszczególniony w wykazie stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszej umowy w pkt: 44-77, w wysokości: % wartości opłaty wynikającej z Cennika.
6. W przypadku, w którym w Cenniku wartość opłaty za udzielone świadczenie nie jest określona w sposób sztywny, Przyjmujący zamówienie ustala, indywidualnie dla każdego Pacjenta, wartość opłaty mieszczącą się w ramach podanego w ww. Cenniku przedziału cenowego.
7. Przyjmującemu zamówienie za realizację świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy przysługuje wyłącznie wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1.
8. Przyjmujący zamówienie nie może pobierać na własną rzecz jakichkolwiek opłat od pacjentów ani innych podmiotów.
9. Zmiana wartości opłat, przewidzianych w Cenniku, nie stanowi zmiany niniejszej Umowy i nie stanowi podstawy żadnych roszczeń względem Udzielającego zamówienie.
10. O każdej zmianie Cennika Przyjmujący zamówienie będzie informowany, a jego aktualny tekst dostępny będzie na stronie internetowej www.szpzo-ochota.pl.

§ 11

1. Przyjmujący zamówienie będzie informował Udzielającego zamówienia o realizacji świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy poprzez prowadząc dzienną ewidencję przyjęć pacjentów, która podlega weryfikacji przez Udzielającego zamówienia.

2. Udzielający zamówienia poinformuje Przyjmującego zamówienie o potwierdzeniu albo odmowie potwierdzenia rozliczenia świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy określonych dziennej ewidencji przyjęć pacjentów, w terminie do 15 dnia następnego miesiąca.

§ 12

1. Za prawidłowe wykonanie świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie otrzymywał będzie wynagrodzenie miesięczne brutto ustalane na podstawie miesięcznych raportów statystycznych.
2. Udzielający zamówienie zastrzega sobie mniejsze lub większe ilości konsultacji i zabiegów w ramach posiadanych środków w związku ze zmianą zapotrzebowania.

§ 13

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest dostarczyć wystawiony przez siebie rachunek/fakturę* (niewłaściwe skreślić) do Sekretariatu Udzielającego zamówienia w terminie 7 dni od dnia zakończenia każdego miesiąca wraz z „Ewidencją liczby godzin” (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 6 do umowy) potwierdzonych co do ilości godzin przez Koordynatora lub Kierownika Przychodni Udzielającego zamówienia..
2. Zapłata należności z tytułu wykonania przedmiotu umowy nastąpi przelewem na rachunek bankowy Przyjmującego zamówienie w terminie 14 dni od daty złożenia do Sekretariatu Udzielającego zamówienia prawidłowego rachunku/faktury* (niewłaściwe skreślić), po otrzymaniu przez Udzielającego zamówienia płatności z NFZ.
3. Warunkiem zapłaty rachunku/faktury* (niewłaściwe skreślić) wystawionej przez Przyjmującego zamówienie jest zgodność danych zawartych w rachunku z informacją sprawozdawczą Udzielającego zamówienie.
4. Wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie przelewane będzie na jego rachunek bankowy wskazany w rachunku/fakturze* (niewłaściwe skreślić).

§ 14

1. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, w tym w szczególności w razie nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej, Udzielający zamówienia może zobowiązać Przyjmującego zamówienie do zapłaty kary umownej w wysokości dwukrotności wynagrodzenia obliczonego na podstawie raportów statystycznych z okresu ostatnich dwóch miesięcy.
2. Niezależnie od zastrzeżonych kar umownych Udzielający zamówienia może dochodzić od Przyjmującego zamówienie odszkodowania w pełnej wysokości na zasadach ogólnych.
3. Należność z tytułu kar umownych Udzielający zamówienia może potrącić wynagrodzenia przewidzianego dla Przyjmującego zamówienie, a Przyjmujący zamówienie oświadcza, że wyraża zgodę na dokonanie potrącenia.

§ 15

Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż jest/nie jest* (niewłaściwe skreślić) podatnikiem podatku od towarów i usług.

§ 16

1. Niniejsza umowa może być wypowiedziana przez Udzielającego zamówienia, za 7 dniowym wypowiedzeniem, w przypadku:
 - 1) wystąpienia zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie będzie służyło interesowi Udzielającego zamówienia lub interesowi publicznemu, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy,
 - 2) rozwiązania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innym podmiotem finansującym świadczenia w zakresie objętym niniejszą umową,
 - 3) wystąpienia po stronie Przyjmującego zamówienie nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy, o ile w ocenie Udzielającego zamówienia nie stanowi to przesłanki do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia.
2. W przypadku rozwiązania umowy z przyczyn, o których mowa w ust. 1, Przyjmującemu

zamówienie przysługiwać będzie wynagrodzenie jedynie za faktycznie wykonane świadczenia zdrowotne do czasu rozwiązania umowy.

§ 17

Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia w przypadku:

- 1) nieudokumentowania przez Przyjmującego zamówienie zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 2) stwierdzenia rażącego nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy;
- 3) naruszenia praw pacjenta;
- 4) naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych;
- 5) narażenia Udzielającego zamówienia na szkodę będącą wynikiem zachowania Przyjmującego zamówienie;
- 6) utraty przez Przyjmującego zamówienie prawa wykonywania zawodu;
- 7) nierealizowania świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy w terminach określonych w umowie;
- 8) niepoddania się kontroli.

§ 18

1. Każda ze Stron może rozwiązać niniejszą umowę z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 1, winno być złożone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 19

1. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy zarówno wobec Udzielającego zamówienia jak i osób trzecich.
2. W przypadku gdyby w orzeczeniu sądu albo innego uprawnionego organu ustalono, iż odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy wykonaniu przedmiotu umowy, tj. przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i wszelkich czynności z tym związanych, w zakresie udzielonego zamówienia, ponoszą solidarnie Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie, wówczas Przyjmujący zamówienia zobowiązuje się do zaspokojenia całości zasądzonych roszczeń.

§ 20

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że znany jest mu fakt, iż treść niniejszej umowy, a w szczególności przedmiot umowy i wysokość wynagrodzenia, stanowią informację publiczną w rozumieniu art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1330, z późn. zm.), która podlega udostępnieniu w trybie przedmiotowej ustawy.

§ 21

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zapoznał się z klauzulą informacyjną stanowiącą **załącznik nr 5** do umowy.

§ 22

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności leczniczej oraz przepisy innych aktów prawnych dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy.

§ 23

Wszystkie zmiany niniejszej umowy wymagają dla swojej ważności formy pisemnej w postaci aneksu.

§ 24

Ewentualne spory wynikłe z realizacji umowy rozstrzygać będzie sąd właściwy dla siedziby

Udzielającego zamówienia.

§ 25

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

Udzielający zamówienia

Przyjmujący zamówienie

Załączniki do umowy:

| | |
|----------------|---|
| Załącznik nr 1 | Wykaz konsultacji i zabiegów |
| Załącznik nr 2 | Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych. |
| Załącznik nr 3 | Kopia polisy OC. |
| Załącznik nr 4 | Oferta Przyjmującego zamówienie |
| Załącznik nr 5 | Klauzula dla Przyjmującego zamówienie |
| Załącznik nr 6 | Ewidencja liczby godzin |

HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

| | Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych Jednostka/komórka organizacyjna Udzielającego zamówienia | Dzień tygodnia udzielania świadczeń zdrowotnych | Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych | Uwagi |
|----|--|--|---|--------------|
| 1. | | poniedziałek | | |
| 2. | | wtorek | | |
| 3. | | środa | | |
| 4. | | czwartek | | |
| 5. | | piątek | | |

Klauzula dla Przyjmującego zamówienie

- 1.** Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa – Ochota (dalej jako SZPZLO) z siedzibą w Warszawie 02 – 353, przy ul. Szczęśliwickiej 36, adres e-mail: sekretariat@szpzlo-ochota.pl
- 2.** Kontakt z inspektorem ochrony danych SZPZLO jest możliwy pod adresem:
 - SZPZLO Warszawa – Ochota, ul. Szczęśliwicka 36, 02 – 353 Warszawa
 - e-mail: iod@szpzlo-ochota.pl
- 3.** Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b 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 (dalej jako „RODO”), a także art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. obowiązków nałożonych przepisami ustawy Kodeks pracy w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
- 4.** Odbiorcami danych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa do ich otrzymania oraz podmioty świadczące SZPZLO usługi w zakresie IT.
- 5.** Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okresy wskazane w przepisach prawa oraz przez czas trwania umowy, a także przez okres przedawnienia roszczeń wynikających z umowy.
- 6.** Osobie, której dane dotyczą przysługuje:
 1. prawo dostępu do danych osobowych jej dotyczących;
 2. prawo do sprostowania danych osobowych,
 3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- 7.** Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 8.** Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do realizacji umowy.

EWIDENCJA LICZBY GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

IMIĘ I NAZWISKO

MIESIĄC

ROK

| Dzień miesiąca | LICZBA GODZIN |
|----------------------|---------------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |
| 8. | |
| 9. | |
| 10. | |
| 11. | |
| 12. | |
| 13. | |
| 14. | |
| 15. | |
| 16. | |
| 17. | |
| 18. | |
| 19. | |
| 20. | |
| 21. | |
| 22. | |
| 23. | |
| 24. | |
| 25. | |
| 26. | |
| 27. | |
| 28. | |
| 29. | |
| 30. | |
| 31. | |
| Łączna liczba godzin | |

Podpis Przyjmującego zamówienie:

Potwierdzenie koordynatora lub kierownika przychodni:

Udzielający zamówienia