

**PROJEKT UMOWY dla Pakietu nr 2**

**UMOWA NR DEO/ /2021**

**o udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Zawarta w dniu ..... r. w Zabrzu pomiędzy:

**Szpitałem Specjalistycznym w Zabrzu Sp. z o.o.**

siedziba: 41-800 Zabrze, ul. M. Curie - Skłodowskiej 10  
wpisanym do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy w Gliwicach -X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000568080  
NIP 648-277-50-49 REGON 272735162 wkz. 30.829.000,00 zł

reprezentowanym przez:

**1. Prezesa Zarządu - lek. med. Tadeusza Urbana**

zwanym w treści **Udzielającym zamówienie**

a

.....

siedziba: .....

wpisanym do rejestru

.....

NIP ..... REGON .....

reprezentowanym przez:

1. ....

2. ....

zwanym w dalszej części **Przyjmującym zamówienie**

Udzielający i Przyjmujący zamówienie będą zwani łącznie w dalszej części Umowy „Stronami”.

**§ 1**

1. Działając na podstawie:

a) art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 poz. 711 z późn. zm.) (dalej jako „Ustawa”) oraz art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, 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.2021 poz. 1285 z późn. zm.).

b) decyzji Komisji Konkursowej Udzielającego Zamówienie z dnia ..... podjętej w wyniku rozstrzygnięcia „Konkursu ofert na świadczenia zdrowotne Rezonans magnetyczny (tryb cito –całodobowa realizacja badań)”, dotyczącej wyboru oferty Przyjmującego zamówienie z dnia .....

Udzielający zamówienie zamawia, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań/konsultacji/świadczeń wymienionych wraz z cennikiem w Załączniku nr 1 stanowiącym integralną część niniejszej umowy.

Wysokość wynagrodzenia za cały okres obowiązywania niniejszej umowy nie przekroczy kwoty ..... zł brutto (kwota słownie .....

2. Badania/konsultacje/świadczenia, o których mowa w § 1 w ust. 1 umowy będą udzielane w siedzibie Przyjmującego zamówienie i przez jego personel, przez co najmniej dwie osoby.

3. Udzielający zamówienie ma prawo do częściowej tylko realizacji przedmiotu umowy, a Przyjmującemu zamówienie z tytułu ograniczenia wykonania umowy nie przysługują żadne roszczenia odszkodowawcze. Ponadto strony uzgadniają, iż rzeczywista ilość badań może różnić się od planowanej ich liczby wskazanej w Załączniku nr 1, pod warunkiem, by łączna wysokość wynagrodzenia za cały okres obowiązywania niniejszej umowy nie przekroczyła maksymalnej wartości brutto, o której mowa w ust. 1.

4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do stałości cen określonych w cenniku, o którym mowa w § 1 w ust. 1 umowy przez cały czas obowiązywania umowy z zastrzeżeniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

## § 2

Strony uzgadniają następujące warunki świadczenia usług objętych umową:

1. Badania/konsultacje/świadczenia wykonywane będą na podstawie indywidualnych zleceń wystawianych przez Udzielającego zamówienie z określeniem rodzaju badania/konsultacji/świadczenia opieczętowanych pieczęcią nagłówkową Udzielającego zamówienie. Zlecenie powinno zawierać podpis lekarza kierującego oraz potwierdzenie Prezesa Zarządu udzielającego zamówienia lub Kierownika Działu Ekonomiczno-Organizacyjnego. W przypadku kierowania na badania/konsultacje/świadczenia w godzinach popołudniowych i nocnych, w soboty, niedzieli i dni ustawowo wolne od pracy zlecenia podpisywane będą tylko przez lekarza kierującego – Wzór zlecenia zawiera Załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
2. Każde wykonane badanie/konsultacja/świadczenie powinno być opisane przez lekarza radiologa, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 357 z późn. zm.).
3. Badania/konsultacje/świadczenia wykonywane będą niezwłocznie, jednak nie później niż w okresie w okresie 2 godzin od momentu zgłoszenia przez Udzielającego zamówienia zlecenia wykonania badania, pod wskazanym przez Przyjmującego zamówienia numerem telefonu. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapewnienia transportu pacjentów z siedziby Udzielającego Zamówienie do siedziby Przyjmującego zamówienie i z powrotem na własny koszt na dystansie przekraczającym 20 km. W pozostałym zakresie koszty transportu pokrywa Udzielający zamówienie.
4. Wynik badania na nośniku obrazu (płyta CD) wydawany będzie pacjentowi po przeprowadzeniu badania. Dodatkowo, wyniki będą przekazywane telefonicznie oraz drogą elektroniczną personelowi medycznemu oddziału kierującego zgodnie ze zleceniem do 4 godzin od wykonanego badania.
5. O każdej awarii aparatury medycznej Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Udzielającego zamówienie.
6. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Przyjmującego zamówienie jest: .....nr tel. ...., natomiast ze strony Udzielającego zamówienie jest: Beata Suder nr tel. (32) 373-23-31.
7. Badania/konsultacje/świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.

## § 3

W Załączniku nr 3 do niniejszej umowy określono sposób zgłaszania się i rejestracji pacjentów, organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach Przyjmującego zamówienie, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych i sposób podania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych, minimalną liczbę osób udzielających świadczeń zdrowotnych.

## § 4

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną oraz sprawozdawczość statystyczną zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przetwarzania powierzonych przez Udzielającego zamówienie danych osobowych pacjentów zgodnie z:
  - a) przepisami prawa powszechnie obowiązującego, dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym w szczególności ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) i zachowania poufności w tym zakresie.
  - b) Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych stanowiącą integralną część niniejszej Umowy.
3. Wypełniając obowiązek informacyjny, wynikający z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 (RODO), w przypadku podania przez Przyjmującego zamówienie w związku z niniejszą Umową danych osobowych, Udzielający zamówienie informuje, że:

- a) administratorem ww. danych osobowych będzie Szpital Specjalistyczny w Zabrze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, dalej jako Udzielający zamówienie;
- b) Udzielający zamówienie przetwarzać będzie ww. dane osobowe w następujących celach:
- zawarcie i realizacja lub rozwiązanie Umowy oraz wykonywanie innych czynności związanych z Umową, w tym czynności poprzedzających jej zawarcie;
  - realizacja uprawnienia lub obowiązku prawnego wynikającego z przepisów prawa,
- c) podanie danych osobowych nie jest obowiązkowe, jednakże niezbędne do realizacji celów określonych w pkt. b) powyżej;
- d) w związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt. b), ww. dane mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa oraz podmiotom, którym przekazanie danych jest uzasadnione dla wykonania określonej czynności lub realizacji określonej usługi, np. Poczta Polska, kurierzy, podmioty świadczące usługi prawne lub księgowo;
- e) ww. dane osobowe nie będą transferowane do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych, nie będą również podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu;
- f) ww. dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt. b) celów przetwarzania, tj.:
- w zakresie realizacji zawartej Umowy przez okres do czasu jej realizacji, po tym czasie przez okres oraz
  - w zakresie wymaganym przez przepisy prawa lub dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń,
  - w zakresie wypełniania obowiązków prawnych ciążących na Udzielającym zamówienie przez okres do czasu wypełnienia tych obowiązków;
- g) w związku z przetwarzaniem przez Udzielającego zamówienie ww. danych osobowych, osobom, których ww. dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści ich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych (w zakresie określonym w art. 15-18 oraz art. 20-21 RODO);
- h) w sprawach spornych lub w przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Udzielającego zamówienie ww. danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje osobom, o których mowa w pkt. g) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- i) Wyjaśnień w sprawach związanych z danymi osobowymi udziela Inspektor Ochrony Danych Udzielającego zamówienie, nr tel.: (032) 373-23-13 mail: [klinka@klinika-zabrze.med.pl](mailto:klinka@klinika-zabrze.med.pl).
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się poddać kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), a także do poddania się kontroli Udzielającego zamówienie w zakresie realizacji niniejszej umowy.
  5. Przyjmujący zamówienie będzie przekazywał Udzielającemu zamówienie informacje w zakresie realizacji umowy poprzez przedkładanie miesięcznych zestawień, o których mowa w § 5 ust. 2 poniżej. Ponadto, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zgłaszania Udzielającemu zamówienie wszelkich nieprawidłowości powstałych w trakcie realizacji świadczeń.
  6. **Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do niezwłocznej rejestracji niniejszej umowy w Portalu Świadczeniodawcy. Kod świadczeniodawcy Udzielającego Zamówienie to 126/100372.**
  7. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że osoby, które będą prowadziły badania i dokonywały opisu wykonanych badań posiadają odpowiednie kwalifikacje, uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie obejmującym przedmiot zamówienia.
  8. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że aparatura i sprzęt medyczny, na którym będą wykonywane przedmiotowe badania zostały poddane aktualnym przeglądom technicznym wykonanym przez uprawnione podmioty, co zostało stwierdzone odpowiednimi dokumentami znajdującymi się w posiadaniu Przyjmującego zamówienie.

9. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że odpowiada wobec Udzielającego zamówienia i pacjentów podlegających badaniom/konsultacjom/świadczeniom objętych umową za wszelkie szkody będące następstwem niewykonania lub nienależytego wykonania przedmiotu umowy.
10. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej do wysokości ..... w zakresie świadczonych przez siebie usług.
11. Ubezpieczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym utrzymywane będzie przez cały okres obowiązywania umowy co najmniej w takim samym zakresie.
12. Przyjmujący zamówienie wraz z ofertą przedłożył kopię polisy nr .....  
z dnia ..... (w przypadku braku polisy – wpisać inny dokument potwierdzający, że Przyjmujący zamówienie jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności).

## § 5

1. Udzielający zamówienia oświadcza, iż jest płatnikiem podatku od towarów i usług VAT i posiada numer identyfikacji podatkowej NIP 648-277-50-49. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż jest/nie jest \* (*niepotrzebne skreślić*) płatnikiem podatku od towarów i usług VAT i posiada numer identyfikacji podatkowej NIP ..... (w przypadku odpowiedzi „jest” wpisać numer identyfikacji podatkowej NIP)
2. Za wykonane świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie wystawia w cyklu miesięcznym fakturę/rachunek. Faktura/rachunek za dany miesiąc wystawiona będzie w terminie do 15 dnia miesiąca następnego. Do faktury Przyjmujący zamówienie dołączy każdorazowo miesięczne zestawienie wykonanych świadczeń zdrowotnych zawierające nazwisko, imię i pesel pacjenta, datę badania, rodzaj badania, cenę jednostkową badania, nazwisko lekarza kierującego oraz nazwę poradni/oddziału/izba przyjęć. Wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie stanowić będzie iloczyn wykonanych w miesiącu badań i ceny jednostkowej badania określonej w Załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
3. Wynagrodzenie będzie płatne na rachunek Przyjmującego Zamówienie podany na fakturze/rachunku.
4. Ceny jednostkowe wskazane w Załączniku nr 1 do umowy obejmują wszystkie koszty Przyjmującego zamówienie poniesione w związku z wykonaniem przedmiotu zamówienia. Wynagrodzenie będzie płatne w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Udzielającego zamówienie prawidłowo wystawionej faktury/rachunku. Za datę płatności uznaje się datę obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się nie dokonywać cesji wierzytelności bez pisemnej, pod rygorem nieważności, zgody Udzielającego zamówienia.

## § 6

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony, tj. od ..... r. do **31.12.2023 r.**
2. Umowa niniejsza ulega rozwiązaniu:
  - a) z upływem terminu określonego w ust. 1, lub w przypadku, gdy zostanie wykorzystana kwota, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na realizację zamówienia, o której mowa w § 1, w zależności od tego, który z tych przypadków nastąpi wcześniej.
  - b) wskutek oświadczenia jednej ze stron bez zachowania okresu wypowiedzenia, jeżeli druga Strona w sposób rażący narusza istotne postanowienia umowy.

## § 7

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

## § 8

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Ustawy o działalności leczniczej, Kodeksu Cywilnego i innych znajdujących zastosowanie przepisów.

## § 9

1. W przypadku niemożności osiągnięcia wspólnego stanowiska Stron co do jakichkolwiek roszczeń Przyjmującego zamówienie lub roszczeń Udzielającego zamówienie wynikających z umowy lub z nią związanych, Strony dołożą wszelkich starań w celu polubownego rozstrzygnięcia takiej różnicy stanowisk powstałych w związku z niniejszą umową.
2. W razie niemożności osiągnięcia polubownego rozstrzygnięcia w terminie 60 dni od dnia rozpoczęcia prób polubownego rozstrzygnięcia sporu na podstawie ust. 1 powyżej, wszelkie spory związane z umową będą podlegały rozstrzygnięciu przez Sąd Powszechny właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienie.
3. Jeżeli z okoliczności sporu wynikać będzie, że jego polubowne rozstrzygnięcie napotyka znaczne trudności i jeżeli jednocześnie oczekiwanie na upływ 60-dniowego terminu, o którym mowa w ust. 2, skutkować może dla jednej ze stron poważnymi stratami finansowymi lub trudnościami w zakresie organizacji prowadzonej działalności, strona ta może wystąpić na drogę sądową przed upływem wskazanego w ust. 2 terminu – pod warunkiem pisemnego ostrzeżenia skierowanego do drugiej strony.

## **§ 10**

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

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**ZLECENIE BADANIA /KONSULTACJI**

- Imię i nazwisko pacjenta : .....
- PESEL .....
- Oddział : .....
- Badanie/Konsultacja : .....
- Nazwa i adres ośrodka, którym badanie/konsultacja będzie wykonane :  
.....
- Uzasadnienie (w przypadku gdy badanie/konsultacja nie jest objęta umową Szpitala na świadczenie usług medycznych) .....
- Nr ewidencyjny (nadaje Dział Ekonomiczno-Organizacyjny) :.....

Zlecam

Akceptuję

.....  
Lekarz kierujący(pieczątka i podpis)

.....  
Ordynator Oddziału/ Kierownik Poradni  
(pieczętka i podpis)

Zatwierdzam

.....

1. Sposób rejestracji pacjentów:
  - o telefonicznie (nr telefonu .....
  - o osobiście (adres .....
  - o za pośrednictwem osób trzecich .....
1. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych:
 

Świadczenia zdrowotne udzielane będą w siedzibie Przyjmującego zamówienie,  
adres .....
2. Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych i sposób podania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych:

<b>Dni udzielania świadczeń zdrowotnych</b>	<b>Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych</b>
Poniedziałek	całodobowo
Wtorek	całodobowo
Środa	całodobowo
Czwartek	całodobowo
Piątek	całodobowo
Sobota	całodobowo
Niedziela	całodobowo

Liczba godzin dostępności świadczeń zdrowotnych tygodniowo wynosi .....

.....  
 .....  
 .....

3. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych wynosi .....