

PROJEKT UMOWY

UMOWA NR DEO/ /2021

na świadczenie usług medycznych w zakresie transportu zwłok

Zawarta w dniu r. w Zabrze pomiędzy:

Szpitałem Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o.

siedziba: 41-800 Zabrze, ul. M. Curie - Skłodowskiej 10

wpisanym do rejestru przedsiębiorców prowadzonego 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 **Zamawiającym**

a

.....

siedziba:

wpisanym do rejestru

.....

NIP REGON

reprezentowanym przez:

1.

2.

zwanym w dalszej części **Wykonawcą**

Zamawiający i Wykonawca będą zwani łącznie w dalszej części Umowy „Stronami”.

Strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest określenie zasad udzielania i rozliczania przez strony usług medycznych, a także innych kwestii istotnych dla prawidłowego przebiegu ich udzielania.
2. Na podstawie niniejszej umowy Wykonawca przyjmuje do wykonania za wynagrodzeniem usługi medyczne w zakresie transportu zwłok wymienione wraz z cennikiem w Załączniku nr 1 stanowiącym integralną część niniejszej umowy.

3. Wysokość wynagrodzenia za cały okres obowiązywania niniejszej umowy nie przekroczy kwoty zł brutto.
4. W ramach powyższego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 3 umowy mieści się również zapewnienie wózka do transportu zwłok oraz worka na zwłoki.

§ 2

1. Realizacja usług transportu zwłok odbywać się będzie na podstawie zgłoszeń telefonicznych pod nr telefonu Wykonawcy:, potwierdzonych pisemnym zleceniem wystawionym przez pracowników – lekarzy dyżurnych Zamawiającego. Wzór druku zlecenia usługi transportu zwłok (skierowania) stanowi Załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
2. Strony uzgadniają następujące warunki świadczenia usług objętych umową:
Usługa obejmuje:
 - a) odbiór zwłok pacjentów z siedziby Zamawiającego najwcześniej po upływie 2 godzin od czasu zgonu wskazanego przez pracownika Zamawiającego w zgłoszeniu telefonicznym. Zamawiający przekaże Wykonawcy zwłoki pacjenta oznakowane:
 - imieniem i nazwiskiem;
 - nr PESEL (a w przypadku braku nr PESEL serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość);
 - datą i godziną zgonu.Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej na skierowaniu oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia "NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
 - b) przewóz zwłok na wózkach przeznaczonych do transportu zwłok (obowiązek ich posiadania spoczywa na Wykonawcy) z budynku Zamawiającego do samochodu do transportu zwłok.
 - c) przewóz transportem Wykonawcy zwłok do: Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o. o., ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze
(nazwa i adres Usługobiorcy w zakresie przechowywania i sekcji zwłok)
3. Usługa realizowana będzie przez Wykonawcę 7 dni w tygodniu, całodobowo, również w dni ustawowo wolne od pracy.
4. Jeżeli zmarły pacjent występuje jako „NN”, Zamawiający zleca przewóz Wykonawcy i powiadamia Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w celu wykonania pogrzebu: nr tel. (32) 277-78-44 (w dzień roboczy od godz. 7.30 do godz. 15.30).
5. Przewożenie zwłok będzie wykonywane specjalnie do tego celu przeznaczonymi środkami przewozowymi, zgodnie z §10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi. (Dz.U. z 2001 r. Nr 153, poz. 1783 z późn. zm.).

§ 3

1. Zamawiający oświadcza, iż jest płatnikiem podatku od towarów i usług VAT i posiada numer identyfikacji podatkowej NIP 648-277-50-49. Wykonawca oświadcza, iż jest/nie jest* (*niepotrzebne skreśli*) płatnikiem podatku od towarów i usług VAT i posiada numer identyfikacji podatkowej NIP (w przypadku odpowiedzi „jest” wpisać numer identyfikacji podatkowej NIP).
2. Wykonawca za udzielone przez siebie świadczenia umowne wystawi w cyklu miesięcznym fakturę/rachunek. Faktura/rachunek za dany miesiąc wystawiana będzie w terminie do 15 dnia miesiąca następnego oraz zostanie przedłożona wraz z pisemnym sprawozdaniem z ilości udzielonych w tym miesiącu świadczeń umownych i ich wykazem.
3. Wynagrodzenie będzie płatne na rachunek bankowy Wykonawcy podany na rachunku/fakturze.
4. Wynagrodzenie będzie płatne w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury/rachunku. Za datę płatności uznaje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
5. Wykonawca zobowiązuje się nie dokonywać cesji wierzytelności bez pisemnej, pod rygorem nieważności, zgody Zamawiającego.

§ 4

Wykonawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zgodnie z należytą starannością, etyką zawodową, obowiązującymi przepisami prawa z poszanowaniem zwłok ludzkich oraz ochroną dóbr osobistych krewnych, a także prawną ochroną jakiegokolwiek podlegają zwłoki ludzkie i szczątki. Wykonawca oświadcza jednocześnie iż dysponuje personelem o kwalifikacjach wymaganych do prawidłowego udzielania przedmiotowych świadczeń.

§ 5

1. W przypadku odstąpienia od umowy przez którąkolwiek ze Stron z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Zamawiający może obciążyć Wykonawcę karą umowną w wysokości 10% wartości maksymalnego wynagrodzenia brutto, o którym mowa w § 1 ust.3 Umowy.
2. Odpowiedzialność Wykonawcy z tytułu kar umownych ograniczona jest do 15% wartości maksymalnego wynagrodzenia brutto, o którym mowa w § 1 ust. 3.
3. Strony dopuszczają możliwość dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie Cywilnym w razie gdyby szkoda przewyższyła wartość zastrzeżonych kar umownych.
4. Strony ustalają, że w razie naliczenia kar umownych zgodnie z ust. 1 Zamawiający będzie upoważniony do potrącenia kwoty tych kar z wynagrodzenia Wykonawcy.

§ 6

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony, tj. **od** r. **do** r.
2. Umowa niniejsza ulega rozwiązaniu:

- 1) z upływem terminu określonego w ust. 1 lub w przypadku, gdy zostanie wykorzystana kwota, którą Zamawiający przeznaczył na realizację zamówienia, o której mowa w § 1 ust. 2, w zależności od tego, który z przypadków nastąpi wcześniej.
 - 2) wskutek oświadczenia jednej ze stron bez zachowania okresu wypowiedzenia, jeżeli druga Strona w sposób rażąco narusza istotne postanowienia umowy.
3. Umowa może być wypowiedziana przez Zamawiającego z zachowaniem 2 miesięcznego okresu wypowiedzenia upływającego na koniec miesiąca kalendarzowego.

§ 7

1. Wykonawca zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną oraz sprawozdawczość statystyczną zgodnie z obowiązującymi tym zakresie przepisami prawa.
2. Wykonawca zobowiązuje się do przetwarzania powierzonych przez Zamawiającego danych osobowych pacjentów zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym w szczególności Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., z 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,
3. Wykonawca zobowiązuje się poddać kontroli na zasadach określonych w Ustawie z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019r. poz. 1373 z późn.zm.), w zakresie wynikającym z umowy Zamawiającego zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także do poddania się kontroli Zamawiającego w zakresie realizacji niniejszej umowy.
4. Wykonawca zobowiązuje się do posiadania w okresie trwania niniejszej umowy ważnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych przez siebie usług.
5. Wykonawca wraz z ofertą przedłożył kopię polisy nr z dnia (w przypadku braku polisy – wpisać inny dokument potwierdzający, iż Wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności wskazaną w ust. 4 powyżej kwotę).

§ 8

1. 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 uchylecia dyrektywy 95/46/WE (RODO), w przypadku podania przez Wykonawcę w związku z niniejszą Umową danych osobowych, Zamawiający informuje, że:

- a) administratorem ww. danych osobowych będzie Szpital Specjalistyczny w Zabrze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, dalej jako Zamawiający;
- b) Zamawiający 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 Zamawiającym przez okres do czasu wypełnienia tych obowiązków;
- g) w związku z przetwarzaniem przez Zamawiającego 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 Zamawiającego 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 Zamawiającego pod numerem telefonu +48 512 088 677.

2. Jeżeli w ramach umowy Wykonawca przekazuje dane osobowe swoich pracowników lub współpracowników, niniejsza informacja ma zastosowanie także do nich i powinna zostać im przez Wykonawcę udostępniona.

§ 9

Wszystkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem ich nieważności.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową znajdują zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego oraz innych obowiązujących przepisów.

§ 11

Ewentualne spory mogące wyniknąć w zakresie realizacji postanowień niniejszej umowy Strony poddają pod rozstrzygnięcia Sądu właściwego dla siedziby Zamawiającego.

§ 12

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

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY

.....
(Pieczęć Zamawiającego)

Zabrze, dn. r.

Zlecenie usługi transportu zwłok (skierowanie)

1. Transport zwłok:

- a) imię i nazwisko osoby zmarłej:
- b) PESEL:
- c) wiek (data urodzenia) osoby zmarłej:
- d) data zgonu:
- e) godzina zgonu:
- f) miejsce zgonu:

2. Miejsce transportu zwłok:

.....
.....

3. Cel transportu:

- a) wykonanie sekcji zwłok
- b) przechowywania zwłok

4. Nazwa oddziału zlecającego usługę:

.....
Podpis i pieczęć imienna
Lekarza dyżurnego zlecającego usługę

5. Potwierdzenie przyjęcia zwłok/wykonania transportu zwłok:

Potwierdzam odbiór zwłok osoby wskazanej w zleceniu

.....
.....
Data, godzina, czytelny podpis osoby
upoważnionej do transportu zwłok

6. Potwierdzenie przyjęcia zwłok przez

.....
.....
Potwierdzam odbiór zwłok osoby wskazanej w zleceniu

.....
.....
Data, godzina, czytelny podpis osoby
upoważnionej do przyjęcia zwłok ze strony
Przyjmującego zamówienie