

PROJEKT UMOWY

UMOWA NR DEO/ /2020

o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Zawarta w dniu r. w Zabrzu pomiędzy:
Szpitalem Specjalistycznym w Zabrzu 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. 29.229.000,00 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 **Wykonawca**

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

§ 1

1. Zamawiający zamawia, a Wykonawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań/konsultacji 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) tj.:
Pakiet nr 1 kwota zł brutto;
Pakiet nr 2 kwota zł brutto;
Pakiet nr 3 kwotazł brutto;
2. Badania/konsultacje, o których mowa w § 1 w ust. 1 umowy będą udzielane w siedzibie Wykonawcy i przez jego personel, przez co najmniej dwie osoby. W załączniku nr 1 do niniejszej umowy określono sposób zgłaszania się i rejestracji pacjentów, organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach Wykonawcy, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych i sposób podania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych, minimalną liczbę osób udzielających świadczeń zdrowotnych.
3. Zamawiający ma prawo do częściowej tylko realizacji przedmiotu umowy a Wykonawcy 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. Wykonawca 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 wykonywane będą na podstawie indywidualnych zleceń wystawianych przez Zamawiającego z określeniem rodzaju badania/konsultacji opieczetowanych pieczęcią nagłówkową Zamawiającego. Zlecenie powinno zawierać podpis lekarza kierującego oraz potwierdzenie Prezesa Zarządu Zamawiającego lub Kierownika Działu Ekonomiczno-Organizacyjnego. Wzór zlecenia zawiera Załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
2. Każde wykonane badanie/konsultacja powinno być wykonane, zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 2 dział IX poz. 58 do Rozporządzenia 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.) – **dotyczy Pakietu nr 2.**
3. Wykonawca zobowiązuje się wykonać badania w terminie ustalonym pomiędzy pracownikami Zamawiającego a Wykonawcy.
4. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Wykonawcy jest:
.....nr tel., natomiast ze strony Zamawiającego jest: Beata Suder nr tel. (32) 373-23-31.
5. Badania/konsultacje zlecane będą przez Zamawiającego w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.

§ 3

1. Wykonawca zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną oraz sprawozdawczość statystyczną zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
2. Wykonawca zobowiązuje się poddać kontroli prowadzonej przez właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019r., poz. 1373 z późn. zm.), a także do poddania się kontroli Zamawiającego w zakresie realizacji niniejszej umowy.
3. Strony zgodnie oświadczają, że są odrębnymi administratorami (w rozumieniu art. 4 pkt. 7 rozporządzeniem 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)) przetwarzanych przez siebie danych osobowych odnoszących się do osób fizycznych, w stosunku do których Zleceniobiorca wykonywać będzie świadczenia zdrowotne, o których mowa w § 1 niniejszej umowy.
4. Zakres udostępnianych przez Zleceniodawcę danych osobowych obejmuje następujące kategorie danych osobowych (zbiory danych osobowych): imię i nazwisko, numer ewidencyjny PESEL i datę urodzenia, adres zamieszkania, rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, informacje o stanie zdrowia oraz dotyczące udzielania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.
5. Udostępnione przez Zleceniodawcę dane osobowe są objęte ochroną danych osobowych zgodnie z RODO
6. Zleceniobiorca zobowiązuje się przetwarzać udostępnione przez Zleceniodawcę dane osobowe zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie, w szczególności RODO.
7. 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 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 ciążyących 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 Udzielającego zamówienie, kontakt mail: iod@klinika-zabrze.med.pl
8. Wykonawca będzie przekazywał Zamawiającemu informacje w zakresie realizacji umowy poprzez przedkładanie miesięcznych zestawień, o których mowa w § 4 ust. 2 poniżej. Ponadto, Wykonawca zobowiązany jest do zgłaszania Zamawiającemu wszelkich nieprawidłowości powstałych w trakcie realizacji świadczeń.
 9. **Wykonawca zobowiązuje się do rejestracji niniejszej umowy w Portalu Świadczeniodawcy. Kod świadczeniodawcy Zamawiającego to 126/100372.**
 10. Wykonawca 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.
 11. Wykonawca 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 Wykonawcy.
 12. Wykonawca oświadcza, że odpowiada wobec Zamawiającego i pacjentów podlegających badaniom/konsultacjom objętych umową za wszelkie szkody będące następstwem niewykonania lub nienależytego wykonania przedmiotu umowy.
 13. Wykonawca oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych przez siebie usług do wysokości.....zł.
 14. Ubezpieczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym utrzymywane będzie przez cały okres obowiązywania umowy co najmniej w takim samym zakresie.
 15. Wykonawca wraz z ofertą przedłożył kopię polisy nrz dnia (w przypadku braku polisy – wpisać inny dokument potwierdzający, że Wykonawca posiada umowę odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności).

§ 4

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 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 Wykonawca wystawia w cyklu miesięcznym fakturę/rachunek. Faktura/rachunek za dany miesiąc wystawiona będzie w terminie do 15 dnia miesiąca następnego. Do faktury Wykonawca dołączy każdorazowo miesięczne zestawienie wykonanych świadczeń zdrowotnych, zawierające nazwisko, imię i pesel pacjenta, datę badania/konsultacji, nazwisko lekarza kierującego oraz nazwę poradni/oddziału/izba przyjęć. Wynagrodzenie Wykonawcy stanowić będzie iloczyn wykonanych w miesiącu badań/konsultacji i ceny jednostkowej badania określonej w Załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
3. Wynagrodzenie Wykonawcy będzie płatne przelewem na rachunek bankowy podany na rachunku/fakturze.
4. Wynagrodzenie będzie płatne w terminie 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.

§ 5

1. Zamawiający może naliczyć Wykonawcy karę umowną w wysokości 1% wartości zleconego świadczenia zdrowotnego wykonanego z opóźnieniem względem ustalonego terminu wykonania świadczenia, za każdy dzień opóźnienia do maksymalnej wysokości 10% wartości zleconego świadczenia.
2. Zamawiający może naliczyć Wykonawcy karę umowną w wysokości 10% wartości umowy brutto, o której mowa w § 1 ust. 1 Umowy, w okolicznościach wskazanych w § 6 ust. 2 pkt. b) Umowy.
3. Odpowiedzialność Wykonawcy z tytułu kar umownych ograniczona jest do wysokości 15% wartości umowy brutto, o której mowa w § 1 ust. 1 Umowy.
4. Zamawiający zachowuje prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych Kodeksu Cywilnego w przypadku, gdy poniesiona szkoda przewyższy wartość naliczonych kar umownych. Kary umowne mają charakter zaliczalny na poczet dochodzonego odszkodowania

§ 6

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony, tj. **od dnia 01.01.2021 r. do 31.12.2022 r.**
2. Umowa niniejsza ulega rozwiązaniu:
 - a) 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, w zależności od tego, który z przypadków nastąpi wcześniej.
 - b) wskutek oświadczenia jednej ze stron bez zachowania okresu wypowiedzenia, jeśli druga Strona w sposób rażąco narusza istotne postanowienia umowy.
3. Umowa może być wypowiedziana przez każdą ze stron z zachowaniem 2 miesięcznego okresu wypowiedzenia upływającego na koniec miesiąca kalendarzowego.

§ 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 Wykonawcy lub roszczeń Zamawiającego 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 Zamawiającego.
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.

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY

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 zdrowotnych)
.....
- Nr ewidencyjny (nadaje Dział Ekonomiczno-Organizacyjny) :.....

Zlecam

Akceptuję

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

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

Zatwierdzam

.....