

PROJEKT UMOWY -

**UMOWA NR DEO/ /2021
o udzielanie świadczeń zdrowotnych**

zawarta w dniu r. w Zabrze pomiędzy:

Szpitałem Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o. siedziba: 41-800 Zabrze, ul. M.C-Skłódowskiej 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, w.k.z.: 29.229.000,00 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. z 2020 r., poz. 295 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, art. 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. z 2019 r. poz. 1373 z późn.zm.);
- b) decyzji Komisji Konkursowej Udzielającego Zamówienie z dnia podjętej w wyniku rozstrzygnięcia „KONKURSU OFERT NA ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE – TOMOGRAFIA KAMPUTEROWA – 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

badania/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 zachowania stałości cen określonych w cenniku zawartym w Załączniku nr 1, 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, niedziele 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.
4. Wyniki badań:
 - wynik badania na nośniku obrazu (płyta CD), wydawany będzie pacjentowi po przeprowadzeniu badania.
 - wynik badania „Tryb Cito” - wyniki muszą być przesyłane personelowi medycznemu oddziału kierującego, zgodnie ze zleceniem, faxem lub drogą elektroniczną do 4 godzin od wykonanego badania.
5. O każdej awarii aparatury medycznej jak i ewentualnych innych okolicznościach mogących negatywnie wpłynąć na realizację przedmiotu umowy, w szczególności na terminową bądź prawidłową realizację przedmiotu umowy, 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

Załącznik nr 3 do niniejszej umowy określa 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. 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.
3. 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.
4. Udostępnione przez Zleceniodawcę dane osobowe są objęte ochroną danych osobowych zgodnie z RODO.
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się przetwarzać udostępnione przez Zleceniodawcę dane osobowe zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie, w szczególności RODO.
6. 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, 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 mail: iod@klinika-zabrze.med.pl

7. Przyjmujący zamówienie 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 2019 r. poz. 1373), a także do poddania się kontroli Udzielającego zamówienie w zakresie realizacji niniejszej umowy, w tym w szczególności do udzielenia każdorazowo, na żądanie Zamawiającego, pełnej informacji na temat stanu i sposobu realizacji przedmiotu umowy, z zastrzeżeniem postanowienia ust. 5. W przypadku zgłoszenia przez Zamawiającego zastrzeżeń związanych z wykonywaniem przedmiotu umowy, Wykonawca ma obowiązek skorygowania sposobu realizacji przedmiotu umowy bądź odniesienia się do wniesionych zastrzeżeń w terminie 7 dni od ich zgłoszenia.
8. 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.
- 9. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do niezwłocznej rejestracji niniejszej umowy w Portalu Świadczeniodawcy. Kod świadczeniodawcy Udzielającego Zamówienie to 126/100372.**
10. 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.
11. 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.
12. 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.

13. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej do wysokości w zakresie świadczonych przez siebie usług.
14. Ubezpieczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym utrzymywane będzie przez cały okres obowiązywania umowy co najmniej w takim samym zakresie.
15. 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. Udzielający zamówienia na podstawie refaktury obciąży Przyjmującego zamówienie kosztami transportu pacjenta z siedziby Udzielającego zamówienia do siedziby Przyjmującego zamówienie (miejsca udzielania świadczeń) i z powrotem na dystansie przekraczającym 20 km zgodnie ze stawkami ujętymi w umowie zawartej na usługi transportu sanitarnego pacjentów karetką z zespołem podstawowym pomiędzy podmiotem zewnętrznym, a Szpitalem, aktualnej w dniu wykonania transportu. Refaktura za dany miesiąc wystawiona będzie w terminie do 15 dnia od otrzymania przez Udzielającego faktury od podmiotu świadczącego na rzecz Szpitala usługę transportu sanitarnego pacjentów karetką z zespołem podstawowym.
4. Ceny jednostkowe wskazane w Załączniku nr 1 do umowy obejmują koszt Przyjmującego zamówienie poniesione w związku z wykonaniem przedmiotu zamówienia. Wynagrodzenie będzie płatne w terminie..... 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. Udzielający zamówienia może naliczyć Przyjmującemu zamówienie 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. Udzielający zamówienia może naliczyć Przyjmującemu zamówienie karę umowną w wysokości 500 zł za każde z osobna naruszenie obowiązków umownych, o których mowa w § 4 Umowy.
3. Udzielający zamówienia może naliczyć Przyjmującemu zamówienie karę umowną w wysokości 10% wartości umowy brutto, o której mowa w § 1 ust. 1 Umowy, w okolicznościach wskazanych w § 7 ust. 2 pkt. b) 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.

§ 7

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony, tj. **od dnia 01.04.2021 r. do 30.06.2023 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.

§ 8

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 9

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

§ 10

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.

§ 11

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

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Załączniki do umowy:

- 1) Załącznik nr 1 - FORMULARZ CENOWY
- 2) Załącznik nr 2 - ZLECENIE BADANIA /KONSULTACJI
- 3) Załącznik nr 3 - sposób zgłaszania się i rejestracji pacjentów, organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach Przyjmującego zamówienie, dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych i sposób podania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych, minimalna liczbę osób udzielających świadczeń zdrowotnych.

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:
 - telefonicznie (nr telefonu)
 - osobiście (adres)
 - za pośrednictwem osób trzecich
2. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych:
 Świadczenia zdrowotne udzielane będą w siedzibie Przyjmującego zamówienie, adres
3. Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych i sposób podania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych:

Dni udzielania świadczeń zdrowotnych	Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Liczba godzin dostępności świadczeń zdrowotnych tygodniowo wynosi

.....

4. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych wynosi