**PROJEKT**

**UMOWA nr K/ /NK/2025**

**o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

zawarta na podstawie art. 26 ust. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.

o działalności leczniczej

zawarta w dniu ………………………………….. roku w Bytomiu pomiędzy:

**Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym Nr 4 w Bytomiu, Al. Legionów 10, 41-902 Bytom**, wpisanym do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji i Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: **0000054127, NIP: 626-25-10-567, REGON: 000296271,**

reprezentowanym przez:

zwanym dalej „**Udzielającym zamówienia**", lub Szpitalem

a

reprezentowanym przez:

zwanym dalej „**Przyjmującym zamówienie**”

Do niniejszej umowy mają zastosowanie, w szczególności:

1. ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny,
2. z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ,
3. ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty,
4. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą ,
5. Kodeks Etyki Lekarskiej.

**§ 1**

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. **Udzielający zamówienia** zamawia, a **Przyjmujący zamówienie** przyjmuje obowiązki polegające na udzielaniu świadczeń, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, pacjentom **Udzielającego zamówienia** w zakresie **……………………………………………..,** na zasadach opisanych w niniejszej umowie.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się realizować świadczenia określone w ust.1 **w Oddziale ………………………………………………………….. Udzielającego zamówienia.**
3. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, iż posiada kwalifikacje zawodowe do wykonywania niniejszej umowy i przedkłada dokumentację potwierdzającą posiadanie kwalifikacji zawodowych.
4. Usługi świadczone będą przez **Przyjmującego zamówienie** zgodnie z harmonogramem pracy w godzinach ordynacji dziennej od poniedziałku do piątku od 7.00 do 14.35 oraz w godzinach dyżurowych od poniedziałku do piątku od 14.35 do 7.00 oraz dni wolne od 7.00 do 7.00. Harmonogram pracy będzie uzgodniony w danym miesiącu z Przyjmującym zamówienie i Kierownikiem Oddziału.
5. Przyjmujący zamówienie potwierdza przybycie do Szpitala i wyjście ze Szpitala Rejestrem Czasu Pracy (karta RCP)
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w liczbie min. ………………  **godzin, max. ………………… godzin,**  średniomiesięcznie w dwumiesięcznym okresie rozliczeniowym.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do pełnienia dyżurów medycznych w liczbie min. …………….. w miesiącu.
8. Udzielający zamówienia dopuszcza wykonanie ilości godzin wykazanych w pkt. 5 z 10% nadwyżką.

**§ 2**

**PRAWA I OBOWIĄZKI PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

1. **Przyjmujący zamówienie** w zakresie niniejszej umowy zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych – w zakresie: ………………………………………………………………. służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia .
2. Świadczenia wymienione w ust.1 będą wykonywane u pacjentów Oddziału ………………………………………… oraz u pacjentów innych Oddziałów (konsultacje) oraz Izby Przyjęć **Udzielającego zamówienia**
3. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się dorzetelnego wykonywania świadczeń medycznych objętych niniejszą umową z wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny, z dołożeniem należytej staranności oraz w zgodzie z etyką lekarską.
4. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania:
5. przepisów prawa określających prawa i obowiązki pacjenta,
6. standardów udzielania świadczeń medycznych ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
7. zarządzeń, procedur, zaleceń, umów i innych dokumentów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia**,
8. do przestrzegania i realizacji zarządzeń i procedur oraz wszelkich działań związanych z zarządzaniem jakością.

5. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że zapoznał się z:

1. przepisami prawa określającymi prawa i obowiązki pacjenta,
2. standardami udzielania świadczeń medycznych ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
3. zarządzeniami, procedurami, zaleceniami, umowami oraz innymi dokumentami obowiązującymi u **Udzielającego zamówienia**
4. Regulaminem Organizacyjnym Szpitala
5. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do współpracy z Kierownikiem **Oddziału ……………………………………………………………….** w zakresie:
   1. opracowywania harmonogramów pracy lekarzy w Oddziału/Poradni/Pracowni,
   2. analizowania przychodów i kosztów działalności Oddziału/Poradni/Pracowni,
   3. uczestnictwa w komisjach i komitetach **Udzielającego zamówienia**
   4. tworzenia wewnętrznych aktów normatywnych **Udzielającego zamówienia** dotyczących działalności medycznej,
   5. rozpatrywania skarg i wniosków pacjentów dotyczących pracy Oddziału/Poradni/Pracowni ,
   6. przygotowywania ofert konkursowych z Narodowym Funduszem Zdrowia lub specyfikacji istotnych warunków zamówienia dla **Udzielającego zamówienia,**
   7. innych zadań zleconych przez Kierownika **………………………………………………** Dyrektora bądź Dyrektora ds. Lecznictwa związanych z realizacją niniejszej umowy.
6. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do prowadzenia rzetelnie i dokładnie dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz zarządzeniami **Udzielającego zamówienia**
7. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest udzielać świadczeń medycznych wymienionych w § 2 przy wykorzystaniu materiałów medycznych, artykułów sanitarnych oraz innych niezbędnych materiałów dostarczonych przez **Udzielającego zamówienia**.
8. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest używać sprzęt i aparaturę medyczną należącą do **Udzielającego zamówienia** na zasadach oznaczonych w § 4 wyłącznie do realizacji świadczeń medycznych wynikających z niniejszej umowy.
9. **Przyjmujący zamówienie** nie może wykorzystać udostępnionych przez **Udzielającego zamówienia** na zasadach § 4 pomieszczeń, wyposażenia medycznego, środków zdrowotnych do udzielenia innych niż objęte niniejszą umową świadczeń medycznych, bez pisemnej zgody **Udzielającego zamówienia**.
10. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do współpracy z personelem udzielającym świadczeń medycznych na rzecz pacjentów **Udzielającego zamówienia**.
11. **Przyjmujący zamówienie** jest zobowiązany i zarazem uprawniony do korzystania, w razie potrzeby, z konsultacji lekarzy specjalistów zatrudnionych u **Udzielającego zamówienia** lub wykonujących na jego rzecz usługi medyczne w ramach umów cywilnoprawnych, a także do korzystania z badań diagnostycznych wykonywanych w jego pracowniach i laboratoriach lub placówkach wykonujących te usługi diagnostyczne na rzecz **Udzielającego zamówienia** zgodnie z zawartymi umowami.
12. W razie zaistnienia konieczności skorzystania z diagnostyki niemożliwej do wykonania u **Udzielającego zamówienia**, **Przyjmujący zamówienie** uprawniony jest do wystawienia skierowania na konsultację lub badanie dla danego pacjenta wyłącznie do placówki wskazanej przez **Udzielającego zamówienia**. O konieczności skorzystania z diagnostyki niemożliwej do wykonania u **Udzielającego zamówienia**, **Przyjmujący zamówienie** jest zobowiązany do niezwłocznego poinformowania **Udzielającego zamówienia** lubKierownika Oddziału ……………………………………………… .
13. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do:
14. posiadania aktualnych badań profilaktycznych (tj. badania okresowe oraz sanitarno - epidemiologiczne), w tym orzeczenie lekarskie o zdolności do pracy w polu jonizującym (jeżeli dotyczy).
15. posiadania aktualnych szkoleń z zakresu BHP,
16. posiadania aktualnego Certyfikatu „Ochrona radiologiczna pacjenta” (jeżeli dotyczy)
17. posiadania odzieży ochronnej,
18. posiadania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na zasadach i w wysokościach nie niższych niż wynikające z Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. poz.866) lub innego następnego rozporządzenia wydanego w miejsce dotychczas obowiązującego,
19. przedłożenie Udzielającemu zamówienia kserokopii aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień podjęcia pierwszej czynności z zakresu świadczeń zdrowotnych,
20. utrzymania przez cały czas obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia.
21. **Przyjmujący zamówienie** przyjmuje na siebie obowiązek poddawania się kontroli **Udzielającego zamówienia**, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych organów i podmiotów w zakresie dostępności, sposobu, przebiegu udzielania świadczeń medycznych w ramach niniejszej umowy oraz ich jakości.
22. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do prowadzenia określonej przez **Udzielającego zamówienia** sprawozdawczości statystycznej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie uregulowaniami.
23. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany do:
24. przestrzegania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przepisów przeciwpożarowych oraz brania udziału w szkoleniach z tego zakresu oraz poddania się wymaganym egzaminom sprawdzającym,
25. dbania o dobro **Udzielającego zamówienia**, chronienia jego mienia, zachowania w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić **Udzielającego zamówienia** na szkodę,
26. dbania o należyty stan aparatury medycznej, urządzeń, narzędzi oraz porządek i ład w miejscu świadczenia usług,
27. stosowania środków ochrony zbiorowej, a także używania przydzielonych środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia ochronnego, zgodnie z ich przeznaczeniem.
28. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do niezwłocznego zawiadamiania **Udzielającego zamówienie** o zauważonym wypadku albo zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego oraz ostrzegania pracowników, a także inne osoby znajdujące się w rejonie zagrożenia o grożącym niebezpieczeństwie.
29. **Przyjmujący zamówienie** zgłasza w formie pisemnej z tygodniowym wyprzedzeniem Udzielającemu Zamówienie oraz Kierownikowi Oddziału każdą planowaną przerwę w udzielaniu świadczeń objętych umową.
30. **Przyjmujący zamówienie** w wyniku nagłej przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych wynikającej ze zdarzeń losowych np. choroby w terminie niezwłocznym zawiadamia **Udzielającego zamówienie oraz Kierownika Oddziału** oraz przedstawia stosowny dokument uzasadniający/usprawiedliwiający/potwierdzający zdarzenie losowe (np. zaświadczenie o korzystaniu z zasiłku chorobowego).
31. Przyjmujący zamówienie ma prawo do przerwy w świadczeniu usług objętych niniejszą umową na rzecz Udzielającego Zamówienia, której celem jest realizowanie obowiązku doskonalenia zawodowego, podnoszenia kwalifikacji zawodowych i aktualizacja wiedzy medycznej m. in. w kursach specjalistycznych, konferencjach i zjazdach branżowych, zachowując prawo do całości wynagrodzenia za ten okres. Przerwa rozumiana jest jako okres wynoszący 5 dni tj. 37 godz. 55 min. na rok kalendarzowy. Okres przerwy o którym mowa powyżej każdorazowo będzie uwzględniany w Harmonogramie, o którym mowa w § 1 pkt. 4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poinformowania Kierownika Oddziału ………………………… z możliwie jak największym wyprzedzeniem, tj. nie później niż na miesiąc przed o planowanej przerwie i jej wymiarze.
32. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do przedłożenia **Udzielającemu zamówienie** zestawienia dotyczącego ilości godzin udzielonych świadczeń zdrowotnych – Załącznik Nr 1 do niniejszej umowy.
33. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do realizowania umowy osobiście.

**§ 3**

**OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA**

1. Dla realizacji umowy **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się zapewnić **Przyjmującemu zamówienie**:
2. pełny i swobodny dostęp do pomieszczeń znajdujących się na terenie **Udzielającego zamówienia**, niezbędnych do wykonywania niezakłóconej działalności w zakresie usług medycznych,
3. pełny i swobodny dostęp do urządzeń medycznych (sprzętu i aparatury), leków, a także materiałów opatrunkowych, sprzętu jednorazowego użytku oraz innych materiałów niezbędnych do udzielania świadczeń medycznych, znajdujących się na terenie placówki **Udzielającego zamówienia**
4. dostęp do własnych środków transportu lub podmiotów świadczących te usługi na rzecz **Udzielającego zamówienia** zgodnie z zawartymi umowami.
5. **Udzielający zamówienia** oświadcza, że wspomniane, w ust. 1 pomieszczeniai urządzenia odpowiadają i odpowiadać będę przez cały okres obowiązywania Umowy wymaganiom i standardom postępowania określonych w obowiązujących przepisach prawa przy udzielaniu świadczeń medycznych w zakładach opieki zdrowotnej.
6. **Udzielający zamówienia** zobowiązany jest ponosić wszelkie koszty konserwacji i naprawy urządzeń medycznych, o których mowa w ust. 1 pkt. b) zapewniając pełną ich sprawność.
7. **Udzielający zamówienia** udostępni **Przyjmującemu zamówienie** na jego pisemne żądanie wszystkie wymienione w § 2 ust. 4 pkt. c) i d) dokumenty **Udzielającego zamówienia.**

**§ 4**

**ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną osobom trzecim przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy obie strony ponoszą **solidarnie.**
2. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych wynikającą wyłącznie z działań lub zaniechań Przyjmującego zamówienie, w tym decyzji, czynności leczniczych i diagnostycznych.
3. W przypadku, gdy zobowiązanie **Przyjmującego zamówienie** do zapłaty odszkodowania, kary bądź innego świadczenia pieniężnego na rzecz osoby trzeciej w związku z wykonywaniem świadczeń wynika wyłącznie z niewłaściwego działania sprzętu albo urządzeń, braku wyrobów medycznych lub produktów leczniczych albo wymaganego personelu (których zobowiązał się zapewnić lub udostępnić **Udzielający zamówienia**), **Udzielający zamówienia** zwolni **Przyjmującego zamówienie** z obowiązku zapłaty takiego odszkodowania, kary bądź innego świadczenia pieniężnego,gdy **Przyjmujący zamówienie** dokonał zapłaty wspomnianych odszkodowań, kar lub świadczeń, **Udzielający zamówienia** zapłaci **Przyjmującemu zamówienie** kwotę równą kwocie zapłaconej przez **Przyjmującego zamówienie** i wynikającej z owych odszkodowań, kar lub świadczeń.
4. **Przyjmujący zamówienie** jest odpowiedzialny za zawinioną utratę lub uszkodzenie sprzętu i aparatury medycznej **Udzielającego zamówienia**, o której mowa, w § 4 ust. 1 pkt b). **Przyjmujący zamówienie** odpowiada za ww. sprzęt i aparaturę tylko w okresie, gdy ją faktycznie używa, w pozostałym zakresie odpowiada **Udzielający zamówienia**.

**§ 5**

**CESJA PRAW I OBOWIĄZKÓW**

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do nie dokonywania czynności prawnych mających na celu zmianę wierzyciela **Udzielającego zamówienia** bez uprzedniego uzyskania zgody na zmianę wierzyciela podmiotu tworzącego.
2. **Przyjmujący zamówienie** nie może bez pisemnej zgody **Udzielającego zamówienia** przenosić wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiejkolwiek prawem przewidzianej formie. W szczególności wierzytelność nie może być przedmiotem zabezpieczenia zobowiązań **Przyjmującego zamówienie**, np. z tytułu umowy kredytu, pożyczki.

**§ 6**

**WYNAGRODZENIE**

1. Strony zgodnie ustalają, że należność z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie wynosi:
   1. **…………………………….. zł** – za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w *ordynacji dziennej* w zakresie ………………………………………………………………… ,
   2. **…………………………….. zł** – za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w *godzinach dyżuru medycznego* w zakresie ………………………………………………………………… ,
   3. **………..……………. zł (słownie**: **dziewięćdziesiąt złotych)** – za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych („dyżur pod telefonem”),
   4. **…………………. %** wartości za każdą wykonaną i potwierdzoną przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa oraz przez Kierownika Działu Rozliczeń i Statystyki poniższą procedurę:

-A01 - Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu ,

- A02 - Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu ,

- A04 - Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do głębokiej stymulacji struktur głębokich mózgu,

- A11 - Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe ,

- A12 - Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe ,

- A13 - Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe ,

- A22 - Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym ,

- A23 - Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym,

- A26 - Zabiegi zwalczające ból i na układzie współczulnym,

- H51 - Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa,

- H52 - Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów,

- H53 - Zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów,

- asysta przy operacji z lekarzem rezydentem **…….. %** wartości wykonanej procedury.

1. Wynagrodzenie za wykonane świadczenia medyczne płatne będzie miesięcznie, w oparciu o wystawiony przez **Przyjmującego zamówienie** rachunek.
2. Strony zgodnie ustalają, że stawki określone w ust. 1 są stawkami brutto.
3. Rachunek **Przyjmujący zamówienie** wystawia najwcześniej ostatniego dnia każdego miesiąca w oparciu o zestawienie wykonanych świadczeń medycznych będących załącznikiem nr 1 do niniejszej umowy potwierdzone przez Kierownika **Oddziału ………………………………………………... Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest przedłożyć rachunek w Dziale Kadr..
4. Wynagrodzenie jest płatne w terminie **14 dni** licząc od daty doręczenia *poprawnie* wystawianego **Udzielającemu zlecenia** rachunku.
5. Wynagrodzenie będzie płatne na rachunek bankowy ujęty w treści rachunku.
6. Za dzień zapłaty uznaje się datę obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego zamówienia.**

**§ 7**

**POSTANOWIENIA ANTYKORUPCYJNE ORAZ DOTYCZĄCE KONKURENCJI**

1. **Przyjmującemu zamówienie** nie wolno pobierać jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich rodzin z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.
2. **Przyjmującemu zamówienie** nie wolno prowadzić żadnych działań, które można uznać za działania na szkodę **Udzielającego zamówienia** w szczególności zabronione jest:
3. kierowanie pacjentów, którym udzielane jest świadczenie u **Udzielającego zamówienia** do innych podmiotów prowadzących działalność konkurencyjną w stosunku do **Udzielającego zamówienia**, za wyjątkiem sytuacji gdy pacjent wymaga podjęcia niezwłocznego leczenia, a u Udzielającego Zamówienie nie jest to możliwe lub bezpieczne,
4. odsyłanie pacjentów skierowanych przez inne zakłady opieki zdrowotnej do hospitalizacji w placówce **Udzielającego zamówienia** z powrotem do tych zakładów po wykonaniu na koszt **Udzielającego zamówienia** procedur medycznych,
5. zlecanie wykonywania konsultacji, badań diagnostycznych na koszt **Udzielającego zamówienia** osobom nie będącym pacjentami **Udzielającego zamówienia.**

**§ 8**

**OŚWIADCZENIA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

1. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, iż jako podmiot prowadzący działalność gospodarczą sam rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym.
2. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, iż zgłosił swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.

**§ 9**

**OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

1. Umowa zostaje zawarta z mocą od dnia **………………….. r.** do: **………………………… r.**
2. Każdej ze stron przysługuje prawo wypowiedzenia niniejszej umowy z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia zgłoszonego stronie przeciwnej na piśmie.
3. Jeżeli w toku wykonywania umowy wystąpią okoliczności, których Strony nie mogły przewidzieć przy jej zawieraniu, będzie to podstawą do wystąpienia Stron o renegocjację warunków umowy lub skrócenia okresu jej obowiązywania.
4. **Udzielający zamówienia** może rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
   * 1. utraty przez **Przyjmującego zamówienie** uprawnień do wykonywania zawodu,
     2. popełnienia w czasie trwania umowy przez **Przyjmującego zamówienie** przestępstwa, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług medycznych **Przyjmującemu zamówienie**, jeśli popełnienie przestępstwa zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym,
     3. powtarzających się uzasadnionych skarg pacjentów, złożonych zgodnie z kartą praw pacjenta, gdy wynikają one z rażącego naruszenia niniejszej umowy oraz przepisów prawa,
     4. nienależytego udzielania świadczeń przez **Przyjmującego zamówienie** lub nieuzasadnionego ograniczenia ich zakresu
5. **Przyjmujący zamówienie** jest uprawniony do rozwiązania umowy w trybienatychmiastowym, bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku pozostawania przez **Udzielającego zamówienia** w zwłocez zapłatą chociażby części wynagrodzenia dłuższą niż 30 dni po uprzednim wezwaniu **Udzielającego zamówienia** na piśmie i wyznaczeniu dodatkowego terminu do zapłaty nie krótszym niż **7** dni.

**§ 10**

**KARY UMOWNE**

1. W przypadku niewykonywania lub nienależytego wykonywania przez **Przyjmującego zamówienie** jego obowiązków wynikających z niniejszej umowy, polegających w szczególności na:
2. udzielaniu świadczeń w sposób i na warunkach nie odpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach i w umowie,
3. nieudzielaniu świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie, z wyłączeniem okresu o którym mowa w par. 2 ust. 19-20 niniejszej Umowy;
4. obciążaniu pacjentów kosztami leków lub wyrobów medycznych,
5. udaremnieniu kontroli przeprowadzonej przez **Udzielającego zamówienia**, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz inne uprawnione organy i podmioty albo niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za wyjątkiem sytuacji niezależnych od Przyjmującego zamówienie, a także   
   z wyłączeniem okresu o którym mowa w par. 2 ust. 19-20 niniejszej Umowy,
6. pobieraniu nienależnych opłat od pacjentów za świadczenia będące przedmiotem umowy,
7. nieprawidłowemu prowadzeniu dokumentacji medycznej,
8. nie posiadaniu aktualnych badań profilaktycznych,
9. nie posiadaniu aktualnych badań sanitarno – epidemiologicznych,
10. nie posiadaniu aktualnych szkoleń z zakresu BHP,
11. nie posiadaniu odzieży roboczej,
12. braku lub nie przedłożeniu umowy ubezpieczenia o której mowa w § 3 ust. 10,
13. wykorzystywaniu sprzętu pomieszczeń, urządzeń medycznych o których mowa w § 4 ust. 1 w sposób sprzeczny z postanowieniami niniejszej umowy,

**Udzielający zamówienia** ma prawo do obciążenia **Przyjmującego zamówienie** karami umownymi w wysokości do 10% wynagrodzenia **Przyjmującego zamówienie** za miesiąc poprzedzający miesiąc w którym doszło do niewykonywania lub nienależytego wykonywania obowiązków opisanych powyżej.

1. **Udzielający zamówienie** może ponawiać kary umowne o których mowa w ust. 1. jedynie w sytuacji ponownego dopuszczenia się tego samego naruszenia przez Przyjmującego zamówienie, nie więcej jednak niż łącznie 3 razy za te samo naruszenie;
2. **Udzielający zamówienia** ma prawo do potracenia kary umownej z wynagrodzenia **Przyjmującego zamówienie** w przypadku niezapłacenia kary na podstawie noty obciążeniowej doręczonej **Przyjmującemu zamówienie.**
3. Jeżeli szkoda przewyższa karę **Udzielający zamówienia** może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

**§ 11**

**POUFNOŚĆ**

1. Zarówno w czasie obowiązywania niniejszej umowy jak i w ciągu 7 lat od jej wygaśnięcia każda ze stron jest zobowiązana do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji w posiadanie których weszła w związku z wykonywaniem niniejszej umowy.
2. Informacje objęte tajemnicą mogą być udostępniane innym osobom jedynie za zgodą drugiej strony, bez takiej zgody zaś jedynie w przypadkach, gdy wymaga tego obowiązujące prawo i tylko w niezbędnym zakresie.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszystkich poufnych danych i informacji dotyczących działalności Zamawiającego, do których wykonawca ma dostęp i uzyskał je w związku z wykonywaniem niniejszej umowy, w szczególności informacji stanowiących dane osobowe oraz wszelkie inne informacje prawnie chronione.

**§ 12**

**OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH**

Administratorem danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu, ul. Aleja Legionów 10, 41-902 Bytom. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji niniejszej umowy. Informuje się o prawie dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych. Dane będą przetwarzane przez okres realizacji umowy, a po jej zakończeniu przez czas adekwatny dla zabezpieczenia interesów Administratora wynikający z przepisów prawa. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. Administrator może powierzyć przetwarzanie zebranych danych osobowych innemu podmiotowi na podstawie zawartej z nim umowy powierzenia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa o ochronie danych osobowych. Administrator może udostępnić dane osobowe tylko podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

1. Kontakt w sprawie przetwarzania danych osobowych, e-mail: [IOD@szpital4.bytom.pl](mailto:IOD@szpital4.bytom.pl)

**§ 13**

**POLITYKA BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI I OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w poufności danych osobowych do których ma dostęp i sposobu ich zabezpieczenia, w związku z wykonywaniem umowy o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu zarówno w takcie jej realizacji i po zakończeniu. Zobowiązuje się również do zachowania w poufności wszystkich informacji medycznych związanych z pobytem pacjentów w Szpitalu zarówno za ich życia jak i po śmierci. Zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania postanowień regulaminów, instrukcji, procedur, warunków i postanowień umowy, które wiążą się z ochroną danych osobowych, a w szczególności Przyjmujący Zamówienie nie będzie bez stosownego upoważnienia wykorzystywał(a) danych osobowych ze zbiorów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu oraz w celach nie związanych z wykonaniem tej umowy. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż miał możliwość zapoznania się z dokumentem Polityki Bezpieczeństwa Informacji i Ochrony Danych Osobowych wraz z ujętymi tam podstawami obowiązującego prawa oraz uczestnictwa w szkoleniu z zakresu tej dokumentacji i stosowania zasad Polityki Bezpieczeństwa Informacji i Ochrony Danych Osobowych .

**§ 14**

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Jeżeli zajdą okoliczności, których strony nie przewidywały w chwili zawarcia umowy, dopuszczają one możliwość renegocjacji warunków jej realizacji.

2. Niezależnie od ust. 1 ustala się, że w przypadku istotnych zmian zasad kontraktowania lub warunków finansowania świadczeń objętych niniejszą umową przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sposób odbiegający od obowiązujących w dniu podpisania umowy z przyczyn nie leżących po stronie Udzielającego Zamówienia, wezwie on Przyjmującego Zamówienie do renegocjacji wynagrodzenia, na co Przyjmujący Zamówienie wyraża niniejszym zgodę. Renegocjacje, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, odbywać się będą w ramach i na podstawie zmian warunków finansowania umowy wprowadzonych pomiędzy Szpitalem a Narodowym Funduszem Zdrowia. Brak porozumienia pomiędzy Udzielającym Zamówienia a Przyjmującym Zamówienie stanowić będzie podstawę rozwiązania umowy przez każdą ze stron za dwutygodniowym wypowiedzeniem.

3. Zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

* + - 1. Ewentualne sprawy sporne wynikłe na tle wykonywania niniejszej umowy po wyczerpaniu możliwości ich polubownego załatwienia, podlegać będą rozstrzygnięciu przez Sąd powszechny właściwy dla siedziby **Udzielającego zamówienia.**
      2. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Udzielającego zamówienia oraz jeden dla Przyjmującego zamówienie.

**……………………………………. ……………………………………….**

**Przyjmujący Udzielający**

**Zamówienie Zamówienia**

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO UMOWY NR ........../2025 ZA MIESIĄC ……….. 2025**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie…………….……………………………

Nazwa Komórki Organizacyjnej: ……………………………….., Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu.

**…………………………………………………………**

**(Imię i Nazwisko)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ………………………………….. 2025 | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | GODZINY | | GODZINY WYKONANE | UWAGI |  |  | | GODZINY | | GODZINY WYKONANE | UWAGI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OD | DO | OD | DO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  | 17 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | 18 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | 19 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  | 20 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  | 21 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  | 22 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  | 23 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  | 24 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  | 25 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  | 26 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  | 27 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  | 28 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  | 29 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  | 30 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  | **RAZEM GODZIN : h min=h** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Podpis i pieczątka Kierownika Oddziału/ Pielęgniarki Oddziałowej Podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie

potwierdzającego liczbę godzin wykonanych

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

Podpis pracownika Działu Kadr i Płac