

**Umowa Nr /2016**  
**o udzielenie świadczeń zdrowotnych**

zawarta w dniu ..... r. w Rzeszowie pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Rzeszowie**

35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16

REGON 690028840, NIP 813-28-92-063, KRS 0000020148

reprezentowanym przez:

**Dyrektora – Zbigniewa Widomskiego**

zwanym dalej **Zleceniodawca**,

a

.....

.....

.....

jako **Zleceniobiorca**

Wola stron jest zawarcie umowy cywilno prawnej.

§1

**Zleceniobiorca** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale **Rehabilitacji Neurologicznej** osobom, o których mowa w §2 ust. 1

§2

1. **Zleceniobiorca** świadczy usługi pacjentom **Zleceniodawcy** uprawnionym do leczenia na podstawie umów podpisanych z NFZ i innymi podmiotami, a także w przypadkach wymagających udzielania pomocy doraźnej (zwanymi w treści umowy pacjentami).
2. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do wykonywania świadczeń w sposób ciągły i systematyczny w czasie trwania umowy.

§3

1. Świadczenia wykonywane będą w siedzibie **Zleceniodawcy** w **Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej**.
2. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się wykonywać świadczenia zdrowotne minimum 5 godzin tygodniowo zgodnie z harmonogramem, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Udzielane na podstawie umowy świadczenia zdrowotne muszą być niezbędne, celowe i adekwatne do potrzeb wynikających ze stanu zdrowia pacjentów pod rygorem odmowy zapłaty wynagrodzenia przez **Zleceniodawcę**.

§4

1. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń z jak najlepszym wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych, z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
2. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do przestrzegania:
  - a) przepisów określających prawa i obowiązki pacjentów,
  - b) Regulaminu Organizacyjnego SP ZOZ MSW w Rzeszowie,
  - c) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - d) procedur i standardów obowiązujących w SP ZOZ MSW w Rzeszowie.
3. **Zleceniobiorca** zobowiązany jest do zapoznania się z dokumentami, o których mowa w ust. 2 poprzez system informatyczny „Isolda” służący do zarządzania organizacją i dokumentacją ISO.

§5

1. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami, w tym dokumentacji medycznej elektronicznej obowiązującej u **Zleceniodawcy**.

2. Informacje dotyczące pacjenta, a w szczególności jego choroby mogą być przekazane uprawnionym instytucjom i osobom trzecim tylko na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów.
3. **Przyjmujący Zamówienie** ponosi całkowitą odpowiedzialność za prowadzone leczenie w tym przepisywane leki, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz prowadzoną dokumentację lekarską.

## §6

1. **Zleceniobiorca** zobowiązany jest do przestrzegania przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2014 r. poz. 1182.) oraz stosowania zarządzeń i dokumentów obowiązujących u **Zleceniodawcy** związanych z przetwarzaniem danych osobowych.
2. Upoważnienie imienne do przetwarzania danych osobowych przez **Zleceniobiorcę** stanowi załącznik nr 3 do umowy.

## §7

**Zleceniobiorca** zobowiązany jest do:

- a) zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych z minimalną sumą gwarancyjną określoną odpowiednimi przepisami,
- b) dostarczenia **Zleceniodawcy** kopii polisy ubezpieczenia, o którym mowa w pkt a),
- c) utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej,
- d) zgłaszania wszelkich zmian w zakresie posiadanych kwalifikacji w szczególności dotyczących specjalizacji, certyfikatów umiejętności, tytułów naukowych oraz dostarczenia **Zleceniodawcy** dokumentów potwierdzających te zmiany.

## §8

**Zleceniobiorcę** obowiązuje bezwzględny zakaz pobierania opłat oraz innych dóbr od pacjentów, członków ich rodzin lub osób trzecich działających w imieniu bądź na rzecz wcześniej wymienionych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, jak również udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie wskazującym na spożycie alkoholu lub jego spożywanie w czasie wykonywania świadczeń.

## §9

**Zleceniobiorca** dla celów realizacji niniejszej umowy we własnym zakresie i na własny koszt zabezpieczy:

- a) odzież ochronną,
- b) aktualne szkolenia z zakresu BHP,
- c) aktualne badania profilaktyczne zgodnie z obowiązującymi wymogami.

## §10

1. **Zleceniobiorca** przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli **Zleceniodawcy**, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych podmiotów.
2. **Zleceniobiorca** ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie wg zasad określonych w art. 27 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. W razie stwierdzenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia nieprawidłowości przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy z winy **Zleceniobiorcy** i obciążenia **Zleceniodawcy** skutkami finansowymi tych nieprawidłowości, **Zleceniobiorca** zobowiązuje się pokryć szkody wynikłe w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz **Zleceniodawcy**.

W szczególności dotyczy to następujących przypadków:

- a) nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w harmonogramie stanowiącym załącznik do umowy,
- b) udaremniania kontroli albo niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
- c) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń,
- d) prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa,
- e) kwalifikowania i wskazywania do rozliczenia świadczeń w sposób niezgodny z zasadami określonymi przez NFZ,
- f) przepisywania leków, przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych w sposób niezgodny z zasadami określonymi przez NFZ.

## §11

**Zleceniobiorca** sprawuje kontrolę merytoryczną oraz nadzoruje pracę personelu medycznego współpracującego w udzielaniu świadczeń będących przedmiotem umowy, a także kontroluje wykonywanie wydawanych przez siebie zleceń.

## §12

1. **Zleceniobiorca** jest zobowiązany do korzystania w razie potrzeby z konsultacji innych lekarzy specjalistów świadczących usługi medyczne na rzecz pacjentów **Zleceniodawcy** oraz badań diagnostycznych wykonywanych w pracowniach **Zleceniodawcy**.
2. W razie konieczności korzystania z diagnostyki niemożliwej do zrealizowania w pracowniach **Zleceniodawcy**, **Zleceniobiorca** może wystawić skierowanie tylko do placówek, które mają podpisaną umowę ze **Zleceniodawcą** lub przez niego wskazanych.

## §13

1. **Zleceniobiorca** ma obowiązek powiadomić **Zleceniodawcę** na piśmie o każdej nieobecności powodującej przerwę w udzielaniu świadczeń. W przypadku nieobecności będących skutkiem zdarzeń losowych **Zleceniobiorca** zobowiązuje się niezwłocznie, telefonicznie powiadomić **Zleceniodawcę**.

## §14

1. **Zleceniobiorcy** przysługuje wynagrodzenie wynikające z:
  - a) iloczynu sumy godzin przepracowanych na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej i ceny jednostkowej, o której mowa w § 16 a)
2. Do rachunku/faktury **Przyjmujący Zamówienie** dołączy harmonogram wykonanych świadczeń wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do umowy.
3. Wynagrodzenie płatne jest przelewem na rachunek bankowy **Zleceniobiorcy** w .....nr ..... na podstawie przedłożonego rachunku.
4. **Zleceniobiorca** wystawia rachunek/fakturę i doręcza **Zleceniodawcy** do **7-go** dnia następnego miesiąca po okresie sprawozdawczym.
5. Zapłata następuje do **15-go** dnia następnego miesiąca po okresie sprawozdawczym przy zachowaniu terminu przedłożenia rachunku/faktury, o którym mowa w punkcie poprzedzającym. Opóźnienie tego terminu powoduje odpowiednie przesunięcie terminu zapłaty.
6. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego **Zleceniodawcy**.

## §15

Strony ustalają następujące stawki brutto udzielanych świadczeń zdrowotnych:

- a) **za udzielanie świadczeń zdrowotnych** - ...../ godzinę

## §16

1. W przypadku negatywnej weryfikacji kwalifikacji porad lub negatywnego wyniku kontroli przeprowadzonej przez Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Rzeszowie, **Zleceniodawca** dokonuje stosownej korekty w „wykazie kwot do rachunku” przekazywanym **Zleceniobiorcy**, którą **Zleceniobiorca** uwzględni w wystawianym rachunku za bieżący okres.
2. W przypadku odmowy przez **Zleceniobiorcę** wystawienia rachunku/faktury zgodnego z korektą, o której mowa w ust. 1, **Zleceniodawca**, może dokonać potrącenia kwoty spornej przy zapłacie bieżącego rachunku.
3. W przypadku rozwiązania umowy **Zleceniodawca** zapłaci kwotę wynikającą z korekty na konto **Zleceniobiorcy**.

## §17

1. **Zleceniodawca** dla potrzeb realizacji przedmiotu umowy nieodpłatnie zabezpieczy:
  - a) odpowiednią ilość przeszkolonego personelu medycznego średniego i niższego,
  - b) pomieszczenia wraz z wyposażeniem, środki łączności oraz artykuły biurowe,

- c) artykuły sanitarne, leki i sprzęt medyczny niezbędny do realizacji przedmiotu umowy,
  - d) wykonywanie badań diagnostycznych niezbędnych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.
2. **Zleceniobiorca** zobowiązany jest racjonalnie gospodarować środkami wymienionymi w ust. 1.

#### §18

Umowa ulega rozwiązaniu:

- a) z upływem czasu, na który była zawarta,
- b) z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych,
- c) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 1-tygodniowego okresu wypowiedzenia,
- d) wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

#### §19

W razie rozwiązania niniejszej umowy **Zleceniobiorca** zobowiązany jest niezwłocznie przekazać **Zleceniodawcy** dokumenty, pieczętki i inne materiały związane ze świadczeniem usług.

#### §20

Umowa niniejsza zostaje zawarta na okres **od dnia .....** r. **do dnia .....** r.

#### §21

Jeżeli w toku wykonywania umowy wystąpią okoliczności, których strony nie mogły przewidzieć przy jej zawieraniu będzie to podstawą do wystąpienia stron o renegeccję warunków umowy lub skrócenie czasu jej obowiązywania.

#### §22

- 1. Postanowienia niniejszej umowy oraz wszelkie informacje uzyskane o drugiej stronie umowy nie podane do publicznej wiadomości są objęte tajemnicą zarówno w czasie trwania umowy jak również po jej ustaniu.
- 2. Naruszenie zakazu, o którym mowa wyżej rodzi obowiązek zapłaty kary umownej w wysokości 5.000,00 zł.

#### §23

- 1. Zmiana postanowień umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
- 2. Spory wynikłe na tle realizacji umowy, strony poddają pod rozstrzygnięcie właściwego rzeczowo sądu w Rzeszowie.
- 3. Do kwestii nie uregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodzie lekarza oraz inne przepisy pozostające w związku z niniejszym zamówieniem.

#### §24

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje **Zleceniobiorca**, a dwa **Zleceniodawca**.

**Zleceniobiorca**

**Zleceniodawca**

Harmonogram

Oddział Rehabilitacji Neurologicznej

.....

Dzień .....godz.....

**Zleceniobiorca**

**Zleceniodawca**

## HARMONOGRAM

wykonywania świadczeń w

Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej w miesiącu ...

lek. med. ....

Dzień miesiąca	Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej w godz. od - do	Ilość godz. wykonywanych świadczeń zdrowotnych w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej	Podpis lekarza
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
<b>Razem</b>			

.....  
podpis i pieczęć Ordynatora

Rzeszów, dnia ..... r.

**Upoważnienie imienne do przetwarzania danych osobowych.**

Na podstawie art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2014 r. 1182) upoważniam Pana:

**Lek. med. ....**  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

wykonującego świadczenia zdrowotne w:

**Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej**  
(nazwa komórki organizacyjnej)

do przetwarzania danych osobowych w zakresie :

*dokumentacji medycznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Rzeszowie.*

.....  
podpis administratora danych

.....  
Podpis Przyjmującego Zamówienie