

**Umowa-zlecenie Nr .../.....**  
**o udzielanie świadczeń zdrowotnych**

zawarta w dniu .....r. w Rzeszowie na podstawie art. 26, 26a i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2016 poz. 960 z późn. zm.) pomiędzy:

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

35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16

REGON 690028840, NIP 8132892063

reprezentowanym przez:

**Dyrektora – Zbigniewa Widomskiego**

zwanym dalej **Zleceniodawcą**, a

.....

.....

PESEL ....., NIP .....

zwaną dalej **Zleceniobiorcą** o następującej

treści:

Mocą zgodnego oświadczenia woli, po przeprowadzeniu konkursu ofert strony umowy ustalają co następuje:

§ 1

1. **Zleceniodawca** zleca, a **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do wykonywania czynności pielęgniarki medycyny pracy określonych w ustawie z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. nr 125, poz. 1317 z późn. zm.).
2. Miejscem wykonywania zlecenia jest **Poradnia Badań Profilaktycznych SP ZOZ MSWiA w .....**

§ 2

1. **Zleceniodawca** zobowiązuje się zapłacić **Zleceniobiorcy** za czynności określone w § 1 wynagrodzenie w wysokości ..... **brutto miesięcznie**.
2. Rachunek za dany miesiąc **Zleceniobiorca** przedłoży **Zleceniodawcy** do **7-go** dnia miesiąca za poprzedni miesiąc sprawozdawczy.
3. Zapłata następuje do **16-go** dnia następnego miesiąca po okresie sprawozdawczym, przy zachowaniu terminu, o którym mowa w punkcie poprzedzającym. Opóźnienie tego terminu powoduje odpowiednie przesunięcie terminu zapłaty. Wynagrodzenie płatne jest przelewem na rachunek bankowy **Zleceniobiorcy** w .....  
nr .....

§ 3

**Zleceniobiorca** zobowiązany jest do:

1. Zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Okazania oryginału polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w pkt 1 oraz dostarczenia kopii polisy.
3. Utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy ważności polisy.

§ 4

1. **Zleceniobiorca** zobowiązany jest do przestrzegania przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101. poz. 926 z późn. zm.) 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 1 do umowy.

§ 5

Zleceniobiorca oświadcza, że posiada aktualne badania profilaktyczne oraz odbył szkolenie z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej.

§ 6

Zleceniobiorca zobowiązuje się wykonać umowę z zachowaniem należytej staranności.

§ 7

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

§ 8

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 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia,
- d) wskutek oświadczenia jednej ze stron bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

§ 9

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 11

Spory mogące wyniknąć z niniejszej umowy będą rozstrzygane przez Sąd właściwy dla siedziby **Zleceniodawcy**.

§ 12

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

**ZLECENIODAWCA**

**ZLECENIOBIORCA**

Rzeszów, dnia ..... r.

**Upoważnienie imienne do  
przetwarzania danych osobowych.**

Na podstawie art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) upoważniam Pana/ią:

.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

wykonującego/cą świadczenia zdrowotne w:

**Poradni Badań Profilaktycznych MSWiA w .....**  
(nazwa komórki organizacyjnej)

do przetwarzania danych osobowych w zakresie :  
*dokumentacji medycznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie.*

.....  
(podpis administratora danych )

.....  
Podpis Zleceniobiorca