

**UMOWA NR     /2017**  
**NA 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. z 2016 poz. 1638 j.t.) pomiędzy:

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

35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16  
REGON 690028840, NIP 8132892063, KRS 0000020148  
reprezentowanym przez:

**Dyrektora – Zbigniewa Widomskiego**

zwanym w dalszej części umowy **Udzielającym zamówienia**

a

.....

.....

adres

REGON ....., NIP .....

zwanym w dalszej części umowy **Przyjmującym zamówienie**

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

§ 1

1. **Udzielający zamówienia** zleca **Przyjmującemu zamówienie** wykonywanie świadczeń zdrowotnych określonych w załączniku nr 1 do umowy dla potrzeb **SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie**.
2. Wykonywanie świadczeń, o których mowa w ust. 1 odbywało się będzie na podstawie imiennych skierowań wystawionych przez **Udzielającego zamówienia**.

§ 2

1. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie **Udzielającego zamówienia**.
2. **Przyjmujący Zamówienie** będzie wykonywał świadczenia zdrowotne określone w § 1 ust 1 w następujących terminach:
  - a) dla potrzeb Oddziału Neurologicznego w terminie ustalonym przez Kierownika Oddziału Neurologicznego
  - b) dla potrzeb Poradni Neurologicznej w poniedziałki od godz. 15:00 do godz. 17:00.

§ 3

**Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że w ramach prowadzonej działalności zajmuje się udzielaniem świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy.

§ 4

**Przyjmujący zamówienie** nie może powierzyć wykonania zobowiązań wynikających z niniejszej umowy innej placówce bez zgody **Udzielającego zamówienia** wyrażonej na piśmie.

§ 5

1. Za wykonywanie badań **Przyjmującemu zamówienie** przysługuje wynagrodzenie zgodnie z cenami podanymi w formularzu cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
2. Podstawą do uregulowania należności **Przyjmującego zamówienie** jest faktura lub rachunek wystawiany na koniec każdego miesiąca, zgodnie z prowadzoną ewidencją wykonanych badań.
3. **Przyjmujący zamówienie** załączy każdorazowo do wystawionej faktury lub rachunku specyfikację wykonanych badań według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
4. **Udzielający zamówienia** zobowiązany jest do uregulowania należności w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury lub rachunku na rachunek bankowy **Przyjmującego zamówienie** wskazany w złożonych fakturze lub rachunku.

§ 6

1. **Przyjmujący zamówienie** zapłaci **Udzielającemu zamówienia** karę umowną w wysokości 1 % wartości danego świadczenia za każdy dzień zwłoki w wykonaniu badania.
2. Zastrzeżenie kary umownej nie wyłącza dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych.

§ 7

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do:

- 1) Zawarcia umowy od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej przez czas trwania umowy.
- 2) Dostarczenia **Udzielającemu zamówienia** kopii oryginału polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w pkt. 1).
- 3) Utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy ważności polisy.

§ 8

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

§ 9

Jeżeli w toku wykonywania umowy wystąpią okoliczności, których strony nie mogły przewidzieć przy jej zawieraniu, będzie to podstawą do wystąpienia Stron o renegotjację warunków umowy.

§ 10

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

§ 11

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

§ 12

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 13

Spory mogące wyniknąć z niniejszej umowy będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby **Udzielającego zamówienia**.

§ 14

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do poddania kontroli **Udzielającego zamówienia** oraz Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do uzupełniania danych o zawartej umowie podwykonstwa w aplikacji informatycznej udostępnionej przez NFZ (portal NFZ).

§ 15

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

§ 16

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których dwa otrzymuje **Udzielający zamówienia**, a jeden **Przyjmujący zamówienie**.

**Przyjmujący zamówienie**

**Udzielający zamówienia**

**Badania EMG**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania</b>	<b>Cena jednostkowa brutto zł</b>
1	Badanie przewodnictwa we włóknach ruchowych z falą F 1 nerwu	
2	Badanie przewodnictwa we włóknach czuciowych 1 nerwu	
3	Badanie 1 mięśnia elektrodą igłową koncentryczną jednorazowego użytku	
4	Próba męczliwości w diagnostyce miastenii	
5	Badanie przewodnictwa w rdzeniowych korzeniach czuciowych nerwów kończyn dolnych (badanie odruchu H)	

Przyjmujący zamówienie

Udzielający zamówienia

**SPECYFIKACJA WYKONANYCH BADAŃ**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwisko i imię pacjenta</b>	<b>PESEL pacjenta</b>	<b>Nazwisko i imię lekarza zlecającego</b>	<b>Data zlecenia badania</b>	<b>Rodzaj wykonanego badania</b>	<b>Data wykonania badania</b>

Rzeszów, dnia .....

**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:

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

Wykonującego świadczenia zdrowotne w:

**SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie**  
(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 Przyjmującego zamówienie