

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 (tekst jednolity Dz. U. 2018 poz. 2190) 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

.....

REGON: NIP:

reprezentowanym przez:

.....

zwanym w dalszej części umowy **Przyjmującym Zamówienie**

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

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez **Przyjmującego zamówienie** porad psychologicznych podmiotom, z którymi Zakład zawarł umowę, za wynagrodzeniem na zasadach ustalonych w treści umowy.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane będą w **Poradni Zdrowia Psychicznego / Poradni Psychologicznej Przychodni SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie**.
2. Porady psychologiczne dla potrzeb podmiotów, z którymi Zakład zawarł umowę będą przeprowadzane w terminach uzgodnionych każdorazowo między **Przyjmującym zamówienie**, a Poradnią Zdrowia Psychicznego lub Pielęgniarką Koordynującą Poradnie Specjalistyczne **Udzielającego zamówienia**.
3. Świadczenia zdrowotne, realizowane będą przez **Przyjmującego Zamówienie** przy wykorzystaniu pomieszczeń, a także innych środków należących do **Udzielającego zamówienia**, niezbędnych do udzielania tych świadczeń.

§ 2

Przyjmujący zamówienie dla celów realizacji niniejszej umowy we własnym zakresie i na własny koszt zapewni:

- 1) odzież ochronną,
- 2) aktualne szkolenia z zakresu BHP,
- 3) aktualne badania profilaktyczne zgodnie z obowiązującymi wymogami,
- 4) aktualne badania sanitarno-epidemiologiczne oraz szczepienia przeciwko WZW,
- 5) badanie czy jest zakażony, w przypadku stwierdzenia w miejscu wykonywania umowy ogniska epidemicznego oraz doręczenie wyniku przeprowadzonego badania **Udzielającego zamówienia**.

§ 6

1. **Przyjmujący Zamówienie** ma obowiązek powiadomić **Udzielającego Zamówienia** na piśmie o każdej nieobecności powodującej przerwę w udzielaniu świadczeń nie później niż 30 dni przed planowaną nieobecnością.
2. **Przyjmujący Zamówienie** w sytuacjach będących skutkiem działania siły wyższej ma obowiązek zgłosić swoją nieobecność niezwłocznie telefonicznie do Pielęgniarki Koordynującej Poradnię Specjalistycznych tel. 17 86 43 349 lub do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa tel. 17 86 43 266 oraz w możliwie jak najkrótszym terminie na piśmie.

3. Druk podania o wyrażenie zgody zgodnie z załącznikiem nr 3 w przedmiotowej umowie.

§ 7

1. **Przyjmującemu zamówienie** przysługuje wynagrodzenie miesięczne ustalane jako:
 - 1) sumę iloczynu wykonanych porad/konsultacji i ceny zgodnie z załącznikiem nr 1, wykonanych w danym miesiącu.
2. Wynagrodzenie ustalone w powyższy sposób obejmuje wszelkie wydatki poniesione przez **Udzielającego zamówienie** w związku z wykonaniem umowy.

§ 8

1. Rachunek/fakturę za dany miesiąc zgodny z zestawieniem wygenerowanym przez Dział Informatyki, Rozliczeń i Statystyki Medycznej **Udzielającego Zamówienia, Przyjmujący zamówienie** przedłoży **Udzielającemu zamówienie** do **7-go** dnia następnego miesiąca po okresie sprawozdawczym,
2. Zapłata należności **Przyjmującego zamówienie** następuje do **30-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. Wynagrodzenie płatne jest przelewem na rachunek bankowy **Przyjmującego Zamówienie** wskazany w złożonej fakturze/rachunku.
3. O dacie zapłaty decyduje dzień obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego zamówienia**.
4. Do rachunku **Przyjmujący zamówienie** dołączy wykaz ilości godzin wykonanych świadczeń wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do umowy

§ 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 lub skrócenie czasu jej obowiązywania.

§13

Umowa obowiązuje od dnia r. do dnia r.

§13

1. **Przyjmujący zamówienie** przyjmuje do wiadomości fakt, że współpracuje z **Udzielającym zamówienia**, który podlega militaryzacji na wypadek ogłoszenia mobilizacji lub stanu wojny Państwa i zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przepisami prawa o militaryzacji SP ZOZ MSW w Rzeszowie.

§ 16

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 5.000,00zł.

§ 17

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do przestrzegania przepisów Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz stosowania zarządzeń i dokumentów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia** związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

1. Upoważnienie imienne do przetwarzania danych osobowych przez **Przyjmującego zamówienie** stanowi załącznik nr 2 do umowy.

§ 17

1. Umowa ulega rozwiązaniu:
 - a) z upływem czasu, na który była zawarta
 - b) za porozumieniem stron
 - c) z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych
 - d) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia
 - e) wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

§ 18

1. Zmiany i uzupełnienia umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. 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 lub skrócenie czasu jej obowiązywania.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
4. Ewentualne spory mogące wyniknąć przy realizacji umowy, rozstrzygane będą przez właściwy rzeczowo sąd powszechny w Rzeszowie.
5. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Przyjmujący zamówienie

Udzielający zamówienia

Wartość w złotych za 1 punkt/poradę

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena jednostkowa brutto
1.	za poradę psychologiczną na rzecz podmiotów z którymi Zakład zawarł umowę zł/porada

Przyjmujący zamówienie

Udzielający zamówienia

Rzeszów, dnia r.

Upoważnienie imienne do przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 24 ust. 2 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta upoważniam Panią/Pana:

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

Wykonującego świadczenia zdrowotne w:

**Poradni Zdrowia Psychicznego / Poradni Psychologicznej
Przychodni SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie**
(nazwa komórki organizacyjnej)

do przetwarzania danych osobowych w zakresie:
wskazanym przez zapisy umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej przez Administratora danych z osobą upoważnioną przez okres trwania umowy.

.....
podpis administratora danych

.....
Podpis Przyjmującego zamówienie

Rzeszów, dnia.....

PODANIE
o wyrażenie zgody na nieobecność

Imię i nazwisko:.....

Miejsce udzielania świadczeń:

nazwa poradni/oddziału

Stosownie do postanowień umowy nr z dnia o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na nieobecność :

w dniu.....

w dniu.....

w dniu.....

w dniu.....

zgodnie z moim harmonogramem wykonywania świadczeń zdrowotnych.

.....
podpis osoby zgłaszającej swoją nieobecność

Opinia Pielęgniarki Koordynującej Przychodni:

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

Wyrażam zgodę na ww. nieobecność

.....
data i podpis

.....
podpis Dyrektora/Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa

Wg rozdzielnika:

1. Sekcja Kadr i Spraw Socjalnych (oryginał),
2. Dział Informatyki, Rozliczeń i Statystyki Medycznej (kserokopia)

Zestawienie dni i ilości godzin

udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Zdrowia Psychicznego/ Poradni Psychologicznej SP ZOZ

MSWiA w Rzeszowie

w miesiącu

mgr

Dzień miesiąca	Ilość godzin udzielania porad psychologicznych podmiotom, z którymi Zakład zawarł umowę	Podpis
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		
Razem		

.....
podpis i pieczęć Kierownika Poradni Zdrowia Psychicznego