

Umowa Nr/2020
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. 2020 poz. 295 z póź. zmian.) pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie, ul. Krakowska 16, 35-111 Rzeszów - wpisanym w Krajowym Rejestrze Sądowym pod nr 0000020148, NIP: 813-28-92-063, REGON: 690028840 reprezentowanym przez:

Dyrektora- Zbigniewa Widomskiego

zwanym w dalszej części umowy **Udzielającym zamówienia**

a

.....

.....,

REGON, NIP, KRS

reprezentowanym przez:

.....

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

3. **Udzielający zamówienia** zleca **Przyjmującemu zamówienie** wykonywanie świadczeń zdrowotnych określonych w załączniku nr 1 do umowy.
4. Wykonywanie świadczeń, o których mowa w ust. 1 odbywało się będzie na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza **Udzielającego zamówienia**.
5. Zlecenie, o którym mowa w ust. 2 będzie zawierać informacje: imię i nazwisko pacjenta, PESEL pacjenta, adres zamieszkania pacjenta, imię i nazwisko lekarza kierującego wraz z pieczęcią oraz pieczęcią komórki organizacyjnej **Udzielającego zamówienia**, dane medyczne pacjenta oraz zakres konsultacji.
6. Wykonanie świadczeń objętych umową odbywać się będzie po uzgodnieniu terminu pomiędzy **Przyjmującym zamówienie** a **Udzielającym zamówienia**.

§ 3

Odbiór wyników badań odbywał się będzie przez upoważnionych pracowników **Udzielającego zamówienia** na podstawie wzajemnych uzgodnień telefonicznych.

§ 4

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

§ 5

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

§ 6

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do posiadania polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy.

§ 7

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 podwykonawstwa w aplikacji informatycznej udostępnionej przez NFZ (portal NFZ).

§ 8

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

§ 9

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 VAT wystawiana na koniec każdego miesiąca, zgodnie z prowadzoną ewidencją wykonanych badań.
3. Należność płatna jest przelewem na rachunek bankowy **Przyjmującego zamówienie**, zgodny z rachunkiem uwidocznionym w Wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT – tzw. „Białej liście podatników VAT” wskazany w złożonej fakturze, w której należy podać prawidłową podstawę zwolnienia z podatku VAT.
4. **Przyjmujący zamówienie** załączy każdorazowo do wystawionej faktury specyfikację wykonanych badań według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
5. **Udzielający zamówienia** zobowiązany jest do uregulowania należności w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury na rachunek bankowy **Przyjmującego zamówienie** wskazany w złożonej fakturze lub rachunku.

§ 10

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.

§ 11

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

§ 12

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.

§ 13

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)

§ 14

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.

§ 15

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

§ 16

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 17

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

§ 18

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

Przyjmujący zamówienie

Udzielający zamówienia

Lp.	Nazwa badania	Cena jednostkowa brutto zł	Max. czas oczekiwania na badanie
1			

Przyjmujący zamówienie

Udzielający zamówienia

SPECYFIKACJA WYKONANYCH BADAŃ

Lp.	Nazwisko i imię pacjenta	PESEL pacjenta	Nazwisko i imię lekarza zlecającego	Data zlecenia badania	Rodzaj wykonanego badania	Data wykonania badania