

**UMOWA ZLECENIE NR                   /2022**  
**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

zawarta w dniu ..... w Rzeszowie na podstawie art. 26, 26a i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2022 poz. 633 j.t.) pomiędzy:

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

35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16

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

reprezentowanym przez:

**Dyrektora – Zbigniewa Widomskiego**

zwanym dalej **Zleceniodawcą,**

a

.....

**Adres** .....

zwanym dalej **Zleceniobiorcą**

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

§ 1

1. **Zleceniodawca** zleca, a **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do wykonywania czynności polegających na przeprowadzeniu: badań/orzeczeń psychologicznych dla kierowców oraz innych konsultacji psychologicznych innych grup zawodowych wymagających szczególnej sprawności psychoruchowej.
2. Badania określone w ust. 1 będą przeprowadzane w terminach uzgodnionych każdorazowo między **Zleceniobiorcą,** a Poradnią Zdrowia Psychicznego lub Pielęgniarką Koordynującą Poradnie Specjalistyczne **Zleceniodawcy.**
3. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych jest siedziba **Udzielającego zamówienie.**

§ 2

**Zleceniobiorca** nie może powierzyć wykonania zobowiązań wynikających z niniejszej umowy innej placówce bez zgody **Zleceniodawcy** wyrażonej na piśmie.

§ 4

1. **Zleceniodawca** zobowiązuje się zapłacić **Zleceniobiorcy** za wykonanie zlecenia wynagrodzenie brutto w wysokości:
  - a) ..... zł za jedno orzeczenie psychologiczne dla kierowców,
  - b) ..... zł za konsultacje psychologiczne/psychotechniczne innych grup zawodowych wymagających szczególnej sprawności psychoruchowej.
2. Rachunek za dany miesiąc **Zleceniobiorca** przedłoży **Zleceniodawcy** do **5-go** dnia miesiąca za poprzedni miesiąc sprawozdawczy.
3. **Zleceniobiorca** załączy każdorazowo do wystawionego rachunku specyfikację wykonanych badań według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
4. Zapłata następuje do **21-go** dnia następnego miesiąca po okresie sprawozdawczym, przy zachowaniu terminu, o którym mowa w punkcie poprzedzającym. Opóźnienie tego terminu powoduje odpowiednie przesunięcie terminu zapłaty.
5. Wynagrodzenie płatne jest przelewem na rachunek bankowy **Zleceniobiorcy** wskazany w złożonym rachunku lub fakturze.
6. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego **Zleceniodawcy.**
7. Do rachunku Przyjmujący zamówienie dołącza harmonogram stanowiący załącznik nr 4.

## § 5

1. **Zleceniobiorca** zapłaci **Zleceniodawcy** 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.

## § 6

**Zleceniobiorca** zobowiązany jest do:

1. Zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej **Zleceniobiorcy** na świadczenia zdrowotne zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Dostarczenia **Zleceniodawcy** kopii oryginału polisy, o której mowa w pkt 1.
3. Utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy ważności polisy.
4. Zgłoszenia o wszelkich zmianach w zakresie posiadanych kwalifikacji dotyczących w szczególności specjalizacji, tytułów naukowych oraz dostarczenia **Zleceniodawcy** dokumentów potwierdzających te zmiany.

## § 7

1. **Zleceniobiorca** 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.
2. Upoważnienie imienne do przetwarzania danych osobowych przez **Zleceniobiorcę** stanowi załącznik nr 1 do umowy.

## § 8

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

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

## § 9

**Zleceniobiorca** zobowiązuje się wykonać umowę z zachowaniem należytej staranności.

## § 10

Czynności określone w § 1 wykonywane będą w okresie **od .....** r. **do .....** r.

## § 11

W przypadku niedotrzymania przez **Zleceniobiorcy** warunków umowy, **Zleceniodawcy** przysługiwać będzie prawo natychmiastowego jej rozwiązania i żądania naprawienia przez Przyjmującego zamówienie powstałych z tego tytułu szkód.

## § 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 ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego,
- d) wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

§ 13

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.

§ 14

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

§ 15

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 16

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

§ 17

**Zleceniobiorca** zobowiązuje się do poddania kontroli **Zleceniodawcy** w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy.

§ 18

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

§ 19

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

§ 20

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 oraz inne przepisy pozostające w związku z niniejszym zamówieniem.

§ 21

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.

§ 22

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

**Zleceniobiorca**

**Zleceniodawca**

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/cą świadczenia zdrowotne w:

**Poradni Psychologicznej  
Przychodni 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

*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 godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych  
dla potrzeb SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie.....  
w miesiącu .....  
.....

Dzień miesiąca	Ilość godz. udzielanych świadczeń zdrowotnych (liczba godzin)	Podpis Zleceniobiorcy
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 Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa