

2. Informacje dotyczące pacjenta, a w szczególności jego choroby mogą być przekazane uprawnionym instytucjom i osobom trzecim tylko na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów.
3. **Zleceniobiorca** ponosi całkowitą odpowiedzialność za prowadzone leczenie w tym prowadzoną dokumentację.

§ 5

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 **Zleceniodawcy** związanych z przetwarzaniem danych osobowych.
2. Upoważnienie imienne do przetwarzania danych osobowych przez **Zleceniobiorcę** stanowi załącznik nr 2 do umowy.

§ 6

Zleceniobiorcę obowiązuje bezwzględny zakaz pobierania opłat oraz innych dóbr od pacjentów, członków ich rodzin lub osób trzecich działających w imieniu bądź na rzecz wcześniej wymienionych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, jak również udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie wskazującym na spożycie alkoholu lub jego spożywanie w czasie wykonywania świadczeń.

§ 7

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

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

§ 8

1. **Zleceniobiorca** przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli **Zleceniodawcy**, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych podmiotów.
2. **Zleceniobiorca** ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie wg zasad określonych w art. 27 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. W razie stwierdzenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia nieprawidłowości przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy z winy **Zleceniobiorcy** i obciążenia **Zleceniodawcę** skutkami finansowymi tych nieprawidłowości, **Zleceniobiorca** zobowiązuje się pokryć szkody wynikłe w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz **Zleceniodawcy**. W szczególności dotyczy to następujących przypadków:
 - a) nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w harmonogramie stanowiącym załącznik do umowy,
 - b) udaremniania kontroli albo niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
 - c) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń,
 - d) prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa,
 - e) kwalifikowania i wskazywania do rozliczenia świadczeń w sposób niezgodny z zasadami określonymi przez NFZ.

§ 9

1. **Zleceniobiorca** ma obowiązek powiadomić **Zleceniodawcę** na piśmie o każdej nieobecności powodującej przerwę w udzielaniu świadczeń nie później niż 30 dni przed planowaną nieobecnością.
2. **Zleceniobiorca** w sytuacjach będących skutkiem działania siły wyższej ma obowiązek zgłosić swoją nieobecność niezwłocznie telefonicznie do Kierownika Oddziału Neurologicznego tel. 17 86 43 265 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 4 w przedmiotowej umowie.

§ 10

1. **Zleceniobiorcy** przysługuje wynagrodzenie w wysokości **1700,00 zł brutto** miesięcznie.
2. Do rachunku **Zleceniobiorca** dołączy harmonogram wykonanych świadczeń wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do umowy.
3. Wynagrodzenie płatne jest przelewem na rachunek bankowy **Zleceniobiorcy** wskazany w złożonym rachunku.
4. **Zleceniobiorca** wystawia rachunek i doręcza **Zleceniodawcy** do **7-go** dnia następnego miesiąca po okresie sprawozdawczym.
5. Zapłata następuje do **16-go** dnia następnego miesiąca po okresie sprawozdawczym przy zachowaniu terminu przedłożenia rachunku, o którym mowa w punkcie poprzedzającym. Opóźnienie tego terminu powoduje odpowiednie przesunięcie terminu zapłaty.
6. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego zamówienia**.

§ 11

Zleceniobiorca dostarczy do **Zleceniodawcy** wykaz ilości godzin udzielania świadczeń zdrowotnych według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

§ 12

1. **Zleceniodawca** dla potrzeb realizacji przedmiotu umowy nieodpłatnie zabezpieczy:
 - a) odpowiednią ilość przeszkolonego personelu medycznego średniego i niższego,
 - b) pomieszczenia wraz z wyposażeniem, środki łączności oraz artykuły biurowe,
 - c) artykuły sanitarne, leki i sprzęt medyczny niezbędny do realizacji przedmiotu umowy,
 - d) wykonywanie badań diagnostycznych niezbędnych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.
2. **Zleceniobiorca** zobowiązany jest racjonalnie gospodarować środkami wymienionymi w ust. 1.

§ 13

1. 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.

§ 14

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

§ 15

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

§ 16

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.

§ 17

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.

§ 18

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 zakładach opieki zdrowotnej oraz inne przepisy pozostające w związku z niniejszym zamówieniem.

§ 19

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

Zleceniobiorca

.....

Zleceniodawca

.....

Harmonogram
udzielania świadczeń zdrowotnych
w Oddziale Neurologicznym

Lp.	Dzień	Godziny
1.	poniedziałek	
2.	wtorek	
3.	środa	
4.	czwartek	
5.	piątek	

Zleceniobiorca

.....

Zleceniodawca

.....

HARMONOGRAM

wykonanych świadczeń zdrowotnych

w Oddziale Neurologicznym

w miesiącu

.....

Dzień miesiąca	Ilość godz. wykonywanych świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurologicznym	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 Oddziału Neurologicznego

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:

mgr
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Wykonującą świadczenia zdrowotne w:

**Oddziale Neurologicznym
Szpitala 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 Zleceniobiorcy

Rzeszów, dnia.....

PODANIE
o wyrażenie zgody na nieobecność

Imię i
nazwisko:.....

.....
Miejsce udzielania świadczeń:
.....
nazwa 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 Kierownika Oddziału:
.....
.....
.....
.....
.....

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)