

Załącznik nr 2 do SWKO  
z dnia 12.12.2023 r.  
na zawarcie umów na udzielanie świadczeń  
zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarstwa dla potrzeb  
Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o.

**UMOWA Nr SP/KD.1141-17-...../ 2023**  
**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE USŁUG PIELEŃNIARKI**  
**DLA POTRZEB SZPITALA POWIATOWEGO W WYRZYSKU SPÓŁKA Z O.O.**

zawarta dnia ..... roku w Wyrzysku, pomiędzy:

**Szpitałem Powiatowym w Wyrzysku Sp. z o.o. z siedzibą: ul. 22 Stycznia 41, 89-300**

**Wyrzysk**

NIP 764-26-40-360

REGON 301457850

reprezentowanym przez: **Stanisław Przybylski – Prezes Zarządu**

zwanym dalej „Udzielającym Zamówienia”, a:

.....

adres do doręczeń: .....

NIP .....

REGON .....

reprezentowanym przez: .....

zwanym dalej „Przyjmującym Zamówienie”

została zawarta umowa o następującej treści:

**§ 1**

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych w zakresie: usług pielęgniarstwa zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienie.
2. Świadczenia zdrowotne objęte umową wykonywane będą wg harmonogramu określonego przez Strony. Harmonogram zatwierdza Prezes lub inna wyznaczona przez niego osoba. Harmonogram zostanie sporządzony do 25-go dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc, którego harmonogram dotyczy.
3. Udzielający Zamówienie ma prawo dokonania zmian w harmonogramie zgodnie z potrzebami zabezpieczenia działalności Szpitala, co nie wymaga zmiany umowy.
4. Miejscem udzielania ww. świadczeń jest siedziba Udzielającego Zamówienie.
5. Przyjmujący Zamówienie ma prawo do płatnej przerwy w wykonywaniu świadczeń w wymiarze 40 godzin w danym roku kalendarzowym udzielania świadczeń medycznych, każdorazowo po wcześniejszym uzgodnieniu z Udzielającym Zamówienia, w przypadku zadeklarowania wykonywania świadczeń w wymiarze 160 godzin miesięcznie.

**§ 2**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że dysponuje wiedzą, doświadczeniem oraz uprawnieniami niezbędnymi do należytego wykonania przedmiotu Umowy i zobowiązuje się wykonać je ze szczególną starannością, z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa, standardów i reguł wykonywania świadczeń objętych niniejszą Umową, a także zasad etyki zawodowej oraz dbając o interesy Udzielającego Zamówienie.

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości udzielanych świadczeń medycznych wg potrzeb Udzielającego Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia stosownej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, zarządzeniami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienie, umowami łączącymi Udzielającego Zamówienie z NFZ, zapisami umów wiążących Udzielającego Zamówienie z innymi podmiotami oraz wszelkimi innymi regulacjami.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest stosować się w zakresie prowadzenia dokumentacji udzielanych świadczeń, wydanych orzeczeń, skierowań czy opinii do przepisów wydanych przez Ministerstwo Zdrowia dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą, wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia oraz procedur wewnętrznych SZJ ISO obowiązujących u Udzielającego Zamówienie.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przestrzegać standardów panujących u Udzielającego Zamówienia w zakresie ochrony danych osobowych jak również osobiście przestrzegać wszelkich obowiązków w zakresie ochrony danych osobowych, do których będzie miał dostęp w związku z realizacją niniejszej Umowy. Udzielający Zamówienie zobowiązuje się udostępnić Przyjmującemu Zamówienie dane osobowe i dane o stanie zdrowia pacjentów Szpitala w warunkach zapewnienia ich ochrony i poufności.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się udzielać informacji dotyczących pacjenta i udzielanych przez siebie świadczeń, potrzebnych do zapewnienia odpowiedniego świadczenia usług przez Udzielającego Zamówienie, innym osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych.
7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Udzielającego Zamówienie o wszystkich zdarzeniach, które mogą wpłynąć na realizację przez niego przedmiotu Umowy.
8. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddawania kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego, w tym kontroli przeprowadzonej przez upoważnione przez niego osoby. Przyjmujący Zamówienie wyraża gotowość poddania się kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem Oddziału Funduszu oraz przez inne podmioty upoważnione do przeprowadzania kontroli.
9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przestrzegać w zakresie formalnoprawnym i organizacyjnym zaleceń i zasad realizacji usług, wynikających z zarządzeń wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego Zamówienie.

### § 3

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za wykonanie usług objętych niniejszą umową wobec Udzielającego Zamówienie.
2. Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest przez cały czas obowiązywania niniejszej Umowy do posiadania ważnej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. W przypadku zmiany przepisów regulujących wysokość ubezpieczenia zobowiązany jest podwyższyć jej wartość do kwoty wynikającej ze zmienionych przepisów. Aktualna kopia polisy winna być każdorazowo składana Udzielającemu Zamówienie.
3. W okresie obowiązywania umowy Przyjmujący Zamówienie będzie posiadał aktualne badania lekarskie wynikające z obowiązujących przepisów oraz szkolenie bhp i ppoż.

### § 4

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ochrony danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją umowy zgodnie z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 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, zwane dalej RODO i ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( t.j. Dz.U z 2019.1781).

2. Udzielający Zamówienia oświadcza, iż informacje związane z realizacją przedmiotu umowy stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa Zleceniodawcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj. Dz.U. 2019.1010)
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia, których ujawnienie mogłoby narazić Udzielającego Zamówienia na szkodę, pozyskanych w związku lub przy okazji realizacji przedmiotu umowy w zakresie niezbędnym do wykonania świadczenia, w trakcie trwania umowy i po jej zakończeniu.
4. Obowiązek zachowania poufności nie dotyczy informacji:
  - 1) których obowiązek ujawnienia wynika z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, prawomocnego orzeczenia sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej;
  - 2) które są powszechnie dostępne;
  - 3) w których posiadanie Przyjmujący Zamówienie wszedł zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa przed dniem zawarcia niniejszej Umowy;
  - 4) co do których Przyjmujący Zamówienie uzyskał uprzednią, pisemną pod rygorem nieważności zgodę Udzielającego Zamówienia na ich ujawnienie.
5. Przyjmujący Zamówienie odpowiada za szkodę wyrządzoną Udzielającemu Zamówienia przez ujawnienie, przekazanie, wykorzystanie, zbycie lub oferowanie do zbycia informacji otrzymanych od Udzielającego Zamówienia, wbrew postanowieniom niniejszej Umowy.
6. Dane osobowe przyszłych pacjentów przetwarzane w celu realizacji przedmiotu umowy stanowią dokumentację medyczną, a ich Administratorem, w rozumieniu art. 4 pkt. 7 RODO jest Szpital Powiatowy w Wyrzysku Spółka z o.o. z siedzibą w Wyrzysku, ul. 22 Stycznia 41, 89-300 Wyrzysk.
7. Dokumentacja medyczna, o której mowa w pkt. 6 objęta jest tajemnicą zawodową i służbową i jest udostępniana wyłącznie podmiotom uprawnionym.
8. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:
  - 1) dane osobowe pozyskane w celu realizacji umowy są przetwarzane z zachowaniem wymogów powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności RODO,
  - 2) stosuje środki techniczne i organizacyjne w celu zapewnienia ochrony danych osobowych, w szczególności przed ich ujawnieniem, udostępnieniem lub zabranieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem prawa oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.
9. Przyjmujący Zamówienie nie decyduje o celach i środkach przetwarzania danych osobowych

## § 5

1. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się:
  - 1) zapewnić Przyjmującemu Zamówienie dostęp do urządzeń medycznych (sprzętu i aparatury medycznej niezbędnych do udzielenia świadczeń zdrowotnych znajdujących się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia),
  - 2) zapewnić Przyjmującemu Zamówienie możliwość nieodpłatnego wykonywania badań diagnostycznych, niezbędnych do prawidłowego wykonywania czynności zawartych w Umowie.
2. Zapewnienie artykułów sanitarnych, leków i sprzętu medycznego oraz środków czystości i dezynfekcji, sterylizacji narzędzi, a także niezbędnych druków stosowanych w podmiotach prowadzących działalność leczniczą obciąża Udzielającego Zamówienie.

## § 6

1. Tytułem wynagrodzenia za świadczenie usług objętych niniejszą umową, Udzielający Zamówienia zapłaci Przyjmującemu Zamówienie kwotę stanowiącą iloczyn liczby godzin przepracowanych w miesiącu rozliczeniowym i stawki za jedną godzinę świadczonych usług, przy czym Strony ustalają wynagrodzenie za jedną godzinę dyżuru w kwocie brutto: ..... PLN za 1 godzinę świadczeń usług zdrowotnych (słownie zł: .....).
2. Wynagrodzenie będzie płatne na podstawie wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie faktury, przelewem na konto bankowe Przyjmującego Zamówienie w terminie do dnia 30-go każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, pod warunkiem dostarczenia prawidłowej faktury i karty ewidencji udzielanych

świadczeń stanowiących zał. nr 1 do niniejszej umowy, w wersji papierowej Udzielającemu Zamówienie do 5-go dnia miesiąca przypadającego po miesiącu rozliczanym. Dostarczenie faktury po tej dacie uprawnia Udzielającego Zamówienie do dokonania rozliczenia w kolejnym okresie rozliczeniowym, za co Przyjmującemu Zamówienie nie należą się żadne dodatkowe świadczenia, w szczególności odsetki.

3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wystawiania faktury zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
4. Obowiązki w zakresie zobowiązań podatkowych ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego wynikające z wykonywania umowy spoczywają na Przyjmującym Zamówienie.

#### § 7

Umowa niniejsza została zawarta na czas określony, **od dnia .....** r. **do dnia.....** r.

#### § 8

1. Każdej ze Stron niniejszej Umowy przysługuje prawo rozwiązania jej z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. Zamawiający może rozwiązać niniejszą Umowę bez wypowiedzenia, jeżeli Przyjmujący Zamówienie:
  - 1) nie przedłoży Zamawiającemu aktualnej polisy ubezpieczeniowej, albo nie podwyższy jej wysokości wbrew obowiązującym przepisom,
  - 2) naruszy postanowienia niniejszej Umowy,
  - 3) utraci prawo do wykonywania zawodu, albo prawo do wykonywania zawodu zostanie zawieszona.
3. Umowa ulega rozwiązaniu:
  - 1) z upływem czasu, na który była zawarta;
  - 2) z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;
  - 3) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia Umowy, inne niż wskazane w pkt 2.
4. Udzielający Zamówienie ma prawo rozwiązania niniejszej umowy także w przypadku, gdy na skutek zmian organizacyjnych lub przekształceń dalsza jej realizacja będzie dla niego nieopłacalna ekonomicznie lub niecelowa. Okres wypowiedzenia wynosi 1 miesiąc kalendarzowy.

#### § 9

1. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Jakikolwiek zawiadomienie lub korespondencja będzie uważana za doręczoną w dacie doręczenia, zgodnie z przepisami prawa polskiego. Doręczenia pod adresy wskazane w niniejszej umowie uznane będą za skuteczne do czasu powiadomienia drugiej Strony w formie pisemnej o nowym adresie do doręczeń.
3. W sprawach nie uregulowanych niniejszą Umową odpowiednie zastosowanie znajduje ustawa o działalności leczniczej oraz kodeks cywilny.
4. Wszelkie spory wynikające z niniejszej Umowy Strony poddają rozstrzygnięciu na drodze polubownej, jeżeli ta nie przyniesie rezultatu sądem właściwym jest sąd siedziby Zleceniodawcy.
5. Niniejsza umowa została sporządzona w 2 jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

**Udzielający Zamówienia**

**Przyjmujący Zamówienie**

.....  
 (pieczęć Przyjmującego Zamówienie)

**Karta ewidencji usług pielęgniarских w miesiącu ..... roku .....**

| Data | Czas usług od.....do..... | Ilość godzin | Podpis Przyjmującego Zamówienie |
|------|---------------------------|--------------|---------------------------------|
| 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 Przełożonej Pielęgniarek: .....