

Załącznik nr 2 do SWKO SP/KD.1141-55/2025  
z dnia 11.12.2025 r.  
na zawarcie umów udzielanie świadczeń medycznych  
w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o.  
w formie lekarskiego nadzoru nad oddziałem, pacjentem oraz personelem

**UMOWA Nr SP/KD.1141-...../ 2025  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH  
W ODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ  
SZPITALA POWIATOWEGO W WYRZYSKU SPÓŁKA Z O.O.  
W FORMIE LEKARSKIEGO NADZORU NAD ODDZIAŁEM, PACJENTAMI ORAZ  
PERSONELEM**

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

**Szpitałem Powiatowym w Wyrzysku Sp. z o.o.** z siedzibą: ul. 22 Stycznia 41, 89-300 Wyrzysk, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Poznaniu, IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000358517

NIP 764-26-40-360

REGON 301457850

reprezentowaną przez: **Kamile Łukaszczyk – Prezesa Zarządu**

zwaną dalej „Udzielającym Zamówienie”, a:

.....  
adres do doręczeń: .....

NIP .....

REGON .....

reprezentowanym przez: .....

zwanym dalej „Przyjmującym Zamówienie”

Na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 poz. 450 z późn. zm.) oraz w wyniku dokonania przez Udzielającego Zamówienia wyboru oferty w trybie konkursu ofert (postępowanie postępowania nr SP.KD.1141-55/2025 z dnia 11.12.2025 r.), strony zawierają umowę o następującej treści:

**§ 1**

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń medycznych w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o. w formie lekarskiego nadzoru nad oddziałem, pacjentem oraz personelem zgodnie z deklarowaną przez Przyjmującego Zamówienie liczbą godzin wskazaną w ofercie.
2. Miejscem udzielania ww. świadczeń jest siedziba Udzielającego Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie w ramach niniejszej umowy zobowiązany jest również do udzielania konsultacji wewnątrzszpitalnych.
4. Przyjmujący Zamówienie ma prawo do przerwy w wykonywaniu świadczeń, każdorazowo uzgodnionej z Udzielającym Zamówienie. Przyjmujący Zamówienie nie będzie za ten okres otrzymywał wynagrodzenia.

**§ 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 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.
3. 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 obowiązujących u Udzielającego Zamówienie.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do wystawiania recept i zwolnień lekarskich zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
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 posiada samodzielność w podejmowaniu decyzji w zakresie procesu leczenia i terapii pacjenta, z zachowaniem zasad racjonalnej, proporcjonalnej i oszczędnej gospodarki lekami, a zastosowanie terapii niestandardowej lub leków, albo materiałów medycznych nie stosowanych powszechnie w danej jednostce chorobowej zobowiązany jest skonsultować z Dyrektorem ds. Lecznictwa.
10. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przestrzegać w zakresie formalnoprawnym i organizacyjnym zaleceń i zasad realizacji usług, wynikających z zarządzeń wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego Zamówienie w tym do Systemu Zarządzania Jakością i Polityki Bezpieczeństwa Pacjenta Szpitala powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o.

### § 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. Przyjmujący Zamówienie i Udzielający Zamówienia solidarnie odpowiadają za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową zgodnie z art. 27 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. 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.
5. 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 oświadcza, iż informacje związane z realizacją przedmiotu umowy stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa Udzielającego Zamówienia w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
  7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia, których ujawnienie mogłoby narazić Zleceniodawcę 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.
  8. Obowiązek zachowania poufności nie dotyczy informacji:
    - a) których obowiązek ujawnienia wynika z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, prawomocnego orzeczenia sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej;
    - b) które są powszechnie dostępne;
    - c) w których posiadanie Przyjmujący Zamówienie wszedł zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa przed dniem zawarcia niniejszej Umowy;
    - d) co do których Przyjmujący Zamówienie uzyskał uprzednią, pisemną pod rygorem nieważności zgodę Udzielającego Zamówienia na ich ujawnienie.
  9. Przyjmujący Zamówienie odpowiada za szkodę wyrządzoną Udzielającemu Zamówienie przez ujawnienie, przekazanie, wykorzystanie, zbycie lub oferowanie do zbycia informacji otrzymanych od Udzielającego Zamówienie, wbrew postanowieniom niniejszej Umowy.
  10. 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.
  11. Dokumentacja medyczna, o której mowa w pkt. 4 objęta jest tajemnicą zawodową i służbową i jest udostępniana wyłącznie podmiotom uprawnionym.
  12. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:
    - a) dane osobowe pozyskane w celu realizacji umowy są przetwarzane z zachowaniem wymogów powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności RODO,
    - b) stosuje środki techniczne i organizacyjne w celu zapewnienia ochrony danych osobowych, w szczególności przed ich ujawnieniem, udostępnieniem lub zabránieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem prawa oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.
  13. Przyjmujący Zamówienie nie decyduje o celach i środkach przetwarzania danych osobowych.
  14. W okresie obowiązywania umowy Przyjmujący Zamówienie będzie posiadał aktualne badania lekarskie wynikające z obowiązujących przepisów oraz szkolenie bhp i ppoż.

#### § 4

1. Udzielający Zamówienie zobowiązuje się:
  - a) zapewnić Przyjmującemu Zamówienie dostęp do urządzeń medycznych (sprzętu i aparatury medycznej niezbędnych do udzielenia świadczeń zdrowotnych znajdujących się w posiadaniu Udzielającego Zamówienie),
  - b) 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.

#### § 5

1. Tytułem wynagrodzenia za świadczenie usług objętych niniejszą umową, Udzielający Zamówienie zapłaci Przyjmującemu Zamówienie zryczałtowaną miesięczną kwotę w wysokości .....**zł brutto (słownie: ..... zł 00/100)** za świadczone usługi.
2. W przypadku przerwy w świadczeniu usług, kwota zawarta w ust. 1 zostanie pomniejszona proporcjonalnie.
3. Ceny określone w umowie zawartej w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert przeprowadzonego na podstawie postępowania nr SP.KD.1141-55/2025 z dnia 11.12.2025 r. jest niezmienna przez cały

- okres jej trwania.
4. Wynagrodzenie będzie płatne na podstawie wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie faktury, przelewem na konto bankowe Przyjmującego Zamówienie w terminie do 30 dni od dnia złożenia prawidłowo wystawionej faktury i karty ewidencji udzielanych świadczeń według wzoru stanowiącego zał. nr 1 do niniejszej umowy, w wersji papierowej Udzielającemu Zamówienie do 5-go dnia miesiąca przypadającego po miesiącu rozliczonym. Dostarczenie faktury po tej dacie lub w przypadku nieprawidłowo wystawionej faktury uprawnia Udzielającego Zamówienie do dokonania zapłaty w terminie do 30 dni od dnia poprawnie złożonej faktury.
  5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wystawiania faktury zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

## § 6

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

## § 7

1. Każdej ze Stron niniejszej Umowy przysługuje prawo rozwiązania jej z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. Udzielający Zamówienia może rozwiązać niniejszą Umowę bez wypowiedzenia, jeżeli Przyjmujący Zamówienie:
  - a) nie przedłoży Zamawiającemu aktualnej polisy ubezpieczeniowej, albo nie podwyższy jej wysokości wbrew obowiązującym przepisom,
  - b) naruszy postanowienia niniejszej Umowy,
  - c) utraci prawo do wykonywania zawodu, albo prawo do wykonywania zawodu zostanie zawieszona,
3. 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, w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia Umowy, inne niż wskazane w pkt 2.
4. Udzielający Zamówienia 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.

## § 8

1. Udzielający Zamówienia może nałożyć na Przyjmującego Zamówienia karę umowną w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy – na skutek okoliczności leżących po stronie Przyjmującego Zamówienia - polegającego na:
  - 1) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczenia, ograniczenia dostępności świadczenia usług lub jej zmiany bez uzyskania stosownej zgody Udzielającego zamówienia,
  - 2) pełnienia zastępstwa za Przyjmującego zamówienie przez inne osoby bez wymaganej zgody Udzielającego zamówienia,
  - 3) nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym zgodnie z niniejszą umową,
  - 4) udaremniania kontroli prowadzonej przez Udzielającego Zamówienia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Wojewodę Wielkopolskiego oraz inne uprawnione organy i podmioty albo niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
  - 5) pobierania nienależnych opłat od pacjentów za świadczenia będące przedmiotem umowy
  - 6) nieprawidłowego lub nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej przez Przyjmującego zamówienie,
  - 7) nieterminowego przekazania dokumentacji medycznej do rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia,
  - 8) uzasadnionej skargi pacjenta lub innych osób, dotyczącej Przyjmującego Zamówienia,
  - 9) nałożenia na Udzielającego zamówienia przez uprawniony podmiot kary bądź grzywny albo obowiązku innego świadczenia z winy przyjmującego zamówienie.
2. Wysokość kary umownej, wskazanej w §8 ust. 1 pkt 1-8, wynosi 2% kwoty średniego miesięcznego wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie, natomiast wysokość kary umownej wskazanej w §8 ust.

- 1 pkt 9, wynosi 10% kwoty średniego miesięcznego wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie.
3. Niewykonanie świadczeń przez Przyjmującego zamówienie w ustalonej umową i harmonogramem minimalnej liczbie godzin uprawnia Udzielającego zamówienie do nałożenia na Przyjmującego Zamówienie kary w wysokości 10% średniego miesięcznego wynagrodzenia.
  4. Średnie miesięczne wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie, o którym mowa w ustępach poprzedzających, oblicza się na podstawie wynagrodzenia z trzech ostatnich miesięcy udzielania świadczeń poprzedzających miesiąc, w którym nałożono karę.
  5. Udzielający Zamówienia po przeprowadzeniu rozmów umożliwiających złożenie wyjaśnień przez Przyjmującego Zamówienie będzie mógł podjąć decyzję o nałożeniu lub o odstąpieniu od nałożenia kary.
  6. Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia.
  7. Udzielający Zamówienia jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

### § 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 Zamówienie**

**Przyjmujący Zamówienie**

.....  
 (pieczęć Przyjmującego Zamówienie)

**Karta ewidencji usług lekarskich 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			
	Razem		

Podpis Dyrektora ds. Lecznictwa lub Koordynatora: .....