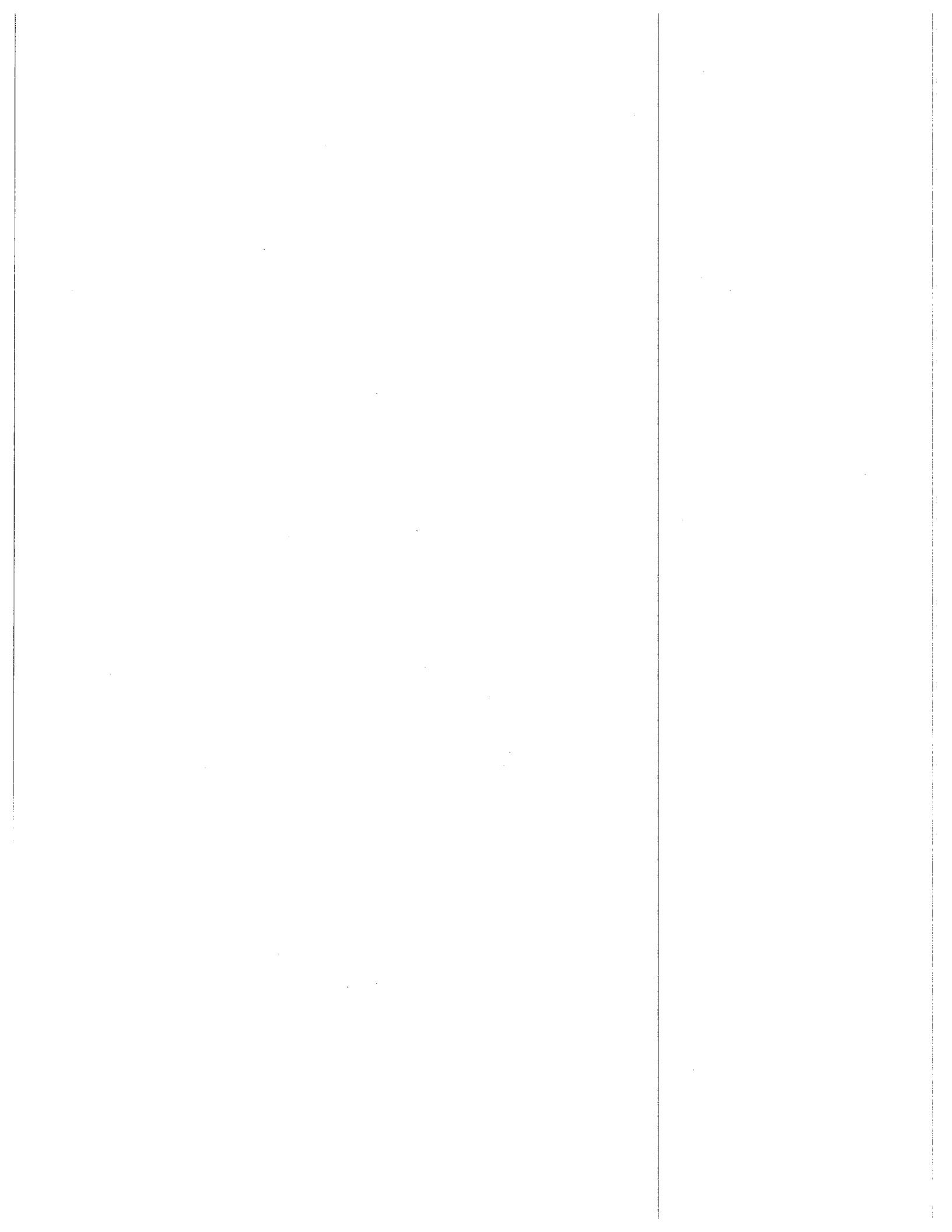


OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałam/łam się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenia zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się za związaną/ego ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 799 z późn. zm.).
7. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, w przypadku braku powyższego orzeczenia na dzień złożenia oferty zobowiązuję się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia w dniu podpisania umowy.
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
9. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej.
10. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta.
11. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacji dotyczących Udzielającego zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu niewłaściwej konkurencji.
12. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych.
13. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu i specjalizacji, numeru telefonu, wyłącznie dla celów realizacji tej umowy.
14. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wieluniu zgodnie z warunkami konkursu i na podstawie zatwierdzonego przez Udzielającego zamówienie harmonogramu.
15. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wieluniu nie udzielam innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przeze mnie świadczeń w Szpitalu.
16. Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem pracy Komisji Konkursowej.
17. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
18. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości..... (Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy). Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość na dzień podpisania umowy lub najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy.

.....
Data i miejsce

.....
Podpis i pieczęć Oferenta



FORMULARZ OFERTOWY

**Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu.**

Dane oferenta:
Imię i nazwisko oferenta
Nazwa oferenta zgodnie z danymi rejestrowymi
Adres siedziby firmy:
Ulica i numer:
Kod pocztowy:
Miejscowość:
Numer telefonu:
NIP:
REGON:
PESEL:
Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby firmy):
Ulica i numer:
Kod pocztowy:
Miejscowość:

Oferuję udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w formie całodobowej opieki lekarskiej (ordynacja podstawowa i/lub dyżury medyczne) w Oddziale Internistycznym o profilu Ogólnym oraz Internistycznym o profilu Kardiologicznym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wieluniu.

- Wysokość stawki w kwocie brutto (w zł) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:
- Minimalna ilość godzin:

1. Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć):

- oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, umowy oraz szczegółowymi warunkami ofert na formularzu stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszych warunków,
- aktualny wypis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, a dla podmiotów nie podlegających wpisowi KRS – aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej,

finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866) lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy,

- dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe poświadczone za zgodność z oryginałem: dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji w danej dziedzinie, bądź kartę szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji w toku, zaświadczenie o odbytych kursach i szkoleniach, certyfikaty,
- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych, a w przypadku lekarzy dyscyplin zabiegowych dodatkowo wpis o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń w narażeniu na promieniowanie elektromagnetyczne i jonizujące,
- aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- zaświadczenie o odbytym szkoleniu okresowym bhp,
- oświadczenie Oferenta o posiadanym doświadczeniu ze wskazaniem miejsc, w których je nabył,
- pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta,
- inne, (jakie?).....
.....
.....
.....
.....

Będąc świadomym konsekwencji wynikającym z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym

data, podpis i pieczęć Oferenta

nr umowy: _____

UMOWA
o udzielanie świadczeń zdrowotnych
- w z ó r -

zawarta w dniu _____ r. w Wieluniu, pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Wieluniu z siedzibą przy ul. Szpitalnej 16, 98-300 Wieluń, wpisanym do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 000022938, REGON: 000310143, NIP: 8321789610, zwanym dalej **Udzielającym zamówienie lub Szpitalem** – reprezentowanym przez Dyrektora **Annę Freus**,

a

_____ – prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą: _____, NIP: _____, REGON: _____, z siedzibą przy ul. _____, _____, zwanym dalej **Przyjmującym zamówienie**,

Podstawa prawna zawarcia niniejszej umowy wynika z przeprowadzonego w trybie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej konkursu, w ramach którego wybrana została oferta Przyjmującego zamówienie. Do umowy odpowiednie zastosowanie będą miały przepisy zawarte w wymienionych niżej aktach prawnych:

- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
- ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- statut i regulamin organizacyjny SP ZOZ w Wieluniu.

§ 1.

Przedmiot umowy

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się udzielać Udzielającemu Zamówienie: lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych w **Oddziale Internistycznym o profilu ogólnym oraz w Oddziale Internistycznym o profilu Kardiologicznym**

w SP ZOZ w Wieluniu ul. Szpitalna 16, 98-300 Wieluń.

2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż wykonuje zawód lekarza specjalisty z zakresu _____ i posiada ważne prawo wykonywania zawodu nr _____ jako członek _____ Izby Lekarskiej w _____ jak również, że nie jest karany za przestępstwo popełnione choćby nieumyślnie pozostające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
3. Szacunkowa liczba osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej z terenu objętego działaniem Udzielającego Zamówienia wynosi ok. 78.000 osób.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych wg harmonogramu ustalonego wspólnie przez Przyjmującego Zamówienie i Kierownika oddziału, określającego miejsce, dni i godziny udzielania świadczeń.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy w wymiarze nie mniej niż _____ godz. miesięcznie.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania poufności danych przetworzonych w procesie udzielania świadczeń medycznych oraz przestrzegania przepisów i procedur dotyczących ochrony danych osobowych.
7. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że przy wykonywaniu swoich obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów lub postanowień niniejszej umowy będzie współdziałać z Dyrekcją Szpitala zgodnie z postanowieniami Statutu, Regulaminu Organizacyjnego, zmuszając do zachowania właściwej współpracy oraz ochrony interesów Szpitala i pacjentów.
8. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się także do wykonywania, w uzasadnionych przypadkach, czynności polegających na udzielaniu konsultacji w innych oddziałach szpitalnych, zleconych przez dyrektora ds. leczenia/kierownika oddziału/lekarza pełniącego funkcję starszego lekarza dyżuru.
9. Minimalna ilość osób udzielających świadczenia zdrowotne: _____ .

§ 2.

Obowiązki Przyjmującego Zamówienie

Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do:

- 1) Udzielania świadczeń na rzecz pacjentów Szpitala w postaci świadczeń zdrowotnych w **Oddziale Internistycznym o profilu ogólnym oraz w Oddziale Internistycznym o profilu Kardiologicznym** będących przedmiotem niniejszej umowy, udzielanie świadczeń powinno odbywać się zgodnie z wymogami wiedzy i umiejętnościami lekarskimi w danej dziedzinie, zgodnie z zasadami etyki zawodowej i obowiązującym prawem.
- 2) Udzielania pacjentom Szpitala świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w szczegółowych materiałach informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie

umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej pomiędzy NFZ Oddziałem Wojewódzkim w Łodzi oraz na warunkach określonych w niniejszej umowie.

- 3) Wdrażania i stosowania obowiązujących standardów i procedur przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych umową.
- 4) Przedstawieniu zaświadczenia z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego przed zawarciem umowy.
- 5) Poddanie się sprawdzeniu w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze.
- 6) Udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową z uwzględnieniem niezbędnych kosztów terapii, diagnostyki, konsultacji i zabiegów rehabilitacyjnych w taki sposób, by zapewnić maksymalną skuteczność przy możliwie najniższym koszcie Udzielającego Zamówienia.
- 7) Ordynowania leków w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową w taki sposób, aby zapewnić możliwie najkorzystniejszy efekt leczniczy, przy możliwie najniższym koszcie terapii.
- 8) Udzielania świadczeń zdrowotnych przestrzegając rodzaju uprawnień pacjentów oraz wynikających z nich zakresów świadczeń.
- 9) Udzielania świadczeń zdrowotnych wg przyjętego harmonogramu pracy określającego miejsce, dni i godziny udzielania świadczeń.
- 10) Prowadzenia sprawozdawczości w zakresie realizacji kontraktu na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych; prowadzenie rozliczeń w formie elektronicznej zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 11) Poddania się kontroli NFZ na zasadach określonych w ustawie w zakresie wynikającym z umowy z NFZ.
- 12) Poddania się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego Zamówienia.
- 13) Stosowania się do wymagań określonych w ramach funkcjonującego u Udzielającego Zamówienia Systemu Zarządzania Jakością wg normy ISO 9001:2015.
- 14) Dokładnego i systematycznego sporządzania oraz prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej pacjentów (w tym skrupulatnego i zgodnego z przepisami i zarządzeniami wykonawczymi Prezesa NFZ oznaczania procedur medycznych), celem przestrzegania przepisów dotyczących rodzajów i formy prowadzenia dokumentacji medycznej – jak również zapewnienia finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, według wzorów i przepisów obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem standardów obowiązujących u Udzielającego Zamówienia.

- 15) Posiadania przez cały okres obowiązywania umowy ważnej polisy OC zgodnej z powszechnie obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, załączenia kopii aktualnej polisy do niniejszej umowy w terminie 7 dni od jej zawarcia.
- 16) Posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego zaświadczenia od lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań do udzielania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych oraz zaświadczenia z przeszkolenia w zakresie bhp i p. poż. zgodnego ze stanowiskiem pracy.
- 17) Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się przedstawić Udzielającemu zamówienia na każde jego żądanie w terminie 7 dni pisemną informację o realizacji przyjętego zamówienia w okresie oznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

§ 3.

Uprawnienia kontrolne

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż spełnia i będzie spełniał warunki w okresie objętym umową każdorazowo, określone przez NFZ w szczegółowych materiałach informacyjnych z zakresu właściwego dla przedmiotu umowy i zobowiązuje się poddać w tym zakresie kontroli na zasadach określonych w ustawie z dn. 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Kontrola, o której mowa w ust. 1 może być przeprowadzona przez Udzielającego zamówienie, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz inne uprawnione podmioty w zakresie objętym niniejszą umową, w szczególności co do:
 - a) sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych i ich jakości;
 - b) prowadzonej dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej.
3. Bezpośrednią kontrolę merytoryczną nad Przyjmującym Zamówienie sprawuje kierownik danego oddziału i zastępca dyrektora ds. lecznictwa.

§ 4.

Odpowiedzialność Przyjmującego Zamówienie

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za stosowanie procedur diagnostycznych i leczniczych oraz za ordynowanie leków, materiałów medycznych, środków leczniczych i pomocniczych w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową.
2. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność wobec pacjenta z tytułu świadczeń zdrowotnych udzielonych niezgodnie z warunkami określonymi w umowie, a w szczególności niezgodnie z zasadami sztuki i aktualnej wiedzy medycznej lub przepisami prawa lub z tytułu nieudzielenia świadczenia zdrowotnego w przypadkach, w których jest do tego zobowiązany zgodnie z umową.
3. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za prawidłową realizację świadczeń zdrowotnych, jak również za udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby, którym

powierza wykonywanie tych świadczeń.

4. Przyjmujący Zamówienie prowadzi własną działalność gospodarczą i przyjmuje na siebie wszystkie obowiązki wynikające z tego faktu.
5. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność materialną za skuteczne zakwestionowanie przez NFZ w czasie trwania umowy lub w okresie 5 lat od jej rozwiązania procedury lub usługi medycznej wykonane przez Przyjmującego Zamówienie w wysokości poniesionych kosztów przez Udzielającego Zamówienia.
6. Za szkody wyrządzone Udzielającemu Zamówienia wynikające z braku realizacji postanowień umowy, Przyjmujący Zamówienie odpowiada w pełnej wysokości.
7. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie.

Obowiązki Udzielającego Zamówienia

§ 5

Udzielający Zamówienia zapewnia swobodny dostęp i możliwość korzystania z pomieszczeń Szpitala, pracowni diagnostycznych, pomieszczeń socjalnych, administracyjnych oraz sprzętu komputerowego podczas wykonywania świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego Zamówienie, w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania przedmiotu umowy.

§ 6

1. Udzielający Zamówienia zapewnia możliwość korzystania z urządzeń medycznych i aparatury medycznej i diagnostycznej niezbędnej do udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Udzielający Zamówienia zapewnia Przyjmującemu Zamówienie dostęp do dokumentacji pacjentów niezbędnej do wykonywania przedmiotu umowy.
3. Udzielający Zamówienia wyposażą Przyjmującego Zamówienie w druki recept.

§ 7

Udzielający Zamówienia nie zapewnia Przyjmującemu Zamówienie wyposażenia w odzież, obuwie ochronne i robocze oraz badań profilaktycznych.

Rozliczenia między stronami

§ 8

1. Za usługi objęte niniejszą umową strony ustalają wynagrodzenie w wysokości:
.....
2. Maksymalna wartość umowy to kwota:zł, po jej wyczerpaniu umowa wygasa.

§ 9

1. Udzielający Zamówienia obciąży Przyjmującego Zamówienie karą umowną w przypadku:
 - a) nieuzasadnionej odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom – kara umowna w wysokości 1000 zł za każdy stwierdzony przypadek nie więcej niż 15.000,00 zł miesięcznie (dotyczy oddziału, w którym udzielane są świadczenia będące przedmiotem niniejszej umowy).
 - b) przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym na podstawie, których Udzielający Zamówienia dokonał płatności nienależnych środków finansowych, kara umowna w wysokości 1000 zł za każdy stwierdzony przypadek nie więcej niż 15.000,00 zł miesięcznie.
 - c) gromadzenia informacji niezgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta oraz przepisach o ochronie danych osobowych, kara umowna w wysokości 1000 zł za każdy stwierdzony przypadek nie więcej niż 15.000,00 zł miesięcznie.
 - d) prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami, w sposób niedokładny, nieczytelny, z pominięciem wypełnienia wszystkich wymaganych informacji (w tym oznaczenia procedur medycznych) – kara umowna w wysokości 500 zł za każdy stwierdzony przypadek, nie więcej niż 15.000,00 zł miesięcznie;
 - e) udzielania świadczeń zdrowotnych z naruszeniem praw pacjenta bądź niezgodnie z zasadami etyki zawodowej, kara umowna w wysokości 1000 zł za każdy stwierdzony przypadek nie więcej niż 15.000,00 zł miesięcznie.
 - f) odmowy udzielenia świadczenia lub udzielenie świadczenia niepełnego (niepełne zaopatrzenie) wszystkim pacjentom skierowanych do Ambulatorium Chirurgicznego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w czasie dyżuru Przyjmującego zamówienie – kara umowna w wysokości 20 % stawki godzinowej brutto za każdy przypadek, nie więcej niż 15.000,00 zł miesięcznie;
 - g) rozwiązania niniejszej umowy z przyczyn zawinionych przez Przyjmującego zamówienie, w wysokości 5.000,00 zł.

2. W sytuacji, gdy szkoda Udzielającego Zamówienia przekroczy wysokość kary umownej, Udzielający Zamówienia ma prawo dochodzić od Przyjmującego zamówienie odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

§ 10

Wynagrodzenie określone w myśl § 8 pkt 1 wyczerpuje całość zobowiązań finansowych Udzielającego Zamówienia względem Przyjmującego Zamówienie.

§ 11

1. Przyjmujący Zamówienie, każdorazowo po zakończeniu miesiąca rozliczeniowego, składa Udzielającemu Zamówienie fakturę za wykonane świadczenia w terminie do 6 dnia następnego miesiąca.
2. W przypadku złożenia faktury w terminie określonym w ust. 1, należność wypłacana będzie w terminie do 20 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni.
3. W przypadku złożenia faktury po terminie określonym w ust. 1 należność wypłacana będzie w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po złożeniu faktury.
4. Wypłata należności następuje na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie. Za dokonanie zapłaty w terminie uważa się wydanie przez Udzielającego Zamówienia polecenia przelewu na konto Przyjmującego Zamówienie.

§ 12

1. Faktura wystawiona przez Przyjmującego Zamówienie powinna zawierać:
 - a) dane dotyczące gabinetu Przyjmującego Zamówienie,
 - b) okres jakiego dot. faktura (miesiąc i rok),
 - c) ilość godzin udzielania świadczeń,
 - d) cenę jednostkową godziny,
 - e) należność za wykonane świadczenia,
 - f) nr rachunku bankowego Przyjmującego Zamówienie.
2. Do faktury Przyjmujący Zamówienie załącza zestawienie udzielanych świadczeń wg. wzoru określonego w zał. nr 1 do niniejszej umowy.
3. Przedstawienie przez Przyjmującego Zamówienie niekompletnych dokumentów, o których mowa w ust. 1 i 2 lub sporządzenie tych dokumentów w sposób nieprawidłowy i nierzetelny spowoduje wstrzymanie płatności wynagrodzenia w całości lub w części do czasu ich uzupełnienia lub poprawienia.
4. Za niewykonanie lub nienależyte wykonanie świadczenia zapłata nie przysługuje.

§ 13

Przyjmujący Zamówienie prowadzi działalność na własny rachunek i ponosi ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną działalnością gospodarczą, w tym ryzyko ujemnych skutków finansowych z tytułu udzielonych świadczeń zdrowotnych, w zakresie określonym niniejszą umową.

§ 14

Przyjmujący Zamówienie samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Urzędem Skarbowym.

Czas trwania umowy i sposób jej rozwiązania

§ 15

Umowa została zawarta na czas określony **od 01.10.2024 r. do 30.09.2026 r.**

§ 16

1. Umowa może zostać rozwiązana przez Udzielającego Zamówienie bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku rażącego naruszenia postanowień niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie, a w szczególności:
 - a) w wyniku utraty przez Przyjmującego Zamówienie uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - b) przeniesienia przez Przyjmującego Zamówienie swoich praw i obowiązków na osobę trzecią bez zgody Udzielającego Zamówienia,
 - c) stwierdzenia naruszenia zasady poufności, o której mowa w §18 umowy,
 - d) nieprzedstawienia Udzielającemu Zamówienia kopii aktualnej polisy OC w terminie 7 dni od zawarcia umowy;
 - e) stwierdzenia przez Udzielającego zamówienia naruszenia przez przyjmującego zamówienie zasad etyki zawodowej, prawa Pacjenta lub dopuszczenia się błędu w sztuce lekarskiej, w szczególności błędu w zastosowanym leczeniu lub diagnostyce;
 - f) w przypadku osiągnięcia któregośkolwiek limitu z kar umownych oznaczonych w § 9 umowy.
2. Udzielający zamówienia ma również prawo do rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w razie zawieszenia, ograniczenia, lub zaprzestania prowadzenia działalności przez Udzielającego zamówienie w zakresie świadczeń stanowiących w części lub w całości przedmiotu niniejszej umowy.

3. W przypadku naruszenia przepisów prawa powszechnie obowiązującego w szczególności wynikającego z ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich

§ 17

Umowa ulega rozwiązaniu, z uwzględnieniem § 16:

1. z upływem okresu, na który została zawarta,
2. na skutek oświadczenia woli jednej ze stron, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia,
3. za zgodą obu stron w każdym czasie,
4. w przypadku nieudzielania świadczeń przez okres kolejno następujących po sobie 90 dni z przyczyn nieusprawiedliwionych.

Klauzula poufności

§ 18

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w poufności warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji i danych osobowych pozyskanych w związku z realizacją umowy. Przyjmujący Zamówienie zostanie upoważniony do dostępu do danych osobowych pacjentów Udzielającego Zamówienie gromadzonych w formie papierowej i elektronicznej przez okres trwania umowy w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu umowy. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż został zapoznany z polityką bezpieczeństwa ochrony danych i innymi regulacjami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienie. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zapewnienie ochrony danych pacjentów Udzielającego Zamówienie w szczególności przed dostępem osób nieuprawnionych, nieuprawniona modyfikacją bądź zniszczeniem. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do natychmiastowego poinformowania Inspektora ochrony danych poprzez kontakt iod@szpital-wielun.pl o wszelkich przypadkach godzących w atrybut poufności, dostępności i integralności danych.
2. Naruszenie w/w obowiązków uprawnia Udzielającego Zamówienia do obciążenia Przyjmującego Zamówienie karą umowną w kwocie 5.000,00 zł za każde stwierdzone naruszenie.

3. Jeżeli szkoda Udzielającego Zamówienia przekracza wysokość kary umownej, Udzielającemu Zamówienie przysługuje prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

Postanowienia końcowe

§ 19

1. Strony ustalają, że istnieje możliwość renegocjacji warunków umowy.
2. Wszelkie zmiany do umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na potrącanie kar umownych naliczonych na podstawie niniejszej umowy z przysługującego mu wynagrodzenia.
4. Wszelkie spory mogące wyniknąć z nawiązania, wykonywania jak i rozwiązania niniejszej umowy Strony poddają pod rozstrzygnięcie właściwemu miejscowo sądowi powszechnemu dla siedziby Udzielającego zamówienie.

§ 20

W sprawach nieuregulowanych w treści niniejszej umowy stosuje się przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w tym wymienione na wstępie.

§ 21

1. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz otrzymuje Przyjmujący Zamówienie, dwa egzemplarze dla Udzielającego Zamówienia.
2. Obowiązek informacyjny został zrealizowany wraz z ogłoszeniem konkursu i potwierdzony załącznikiem nr 2 do umowy.

.....
Udzielający Zamówienia

.....
Przyjmujący Zamówienie

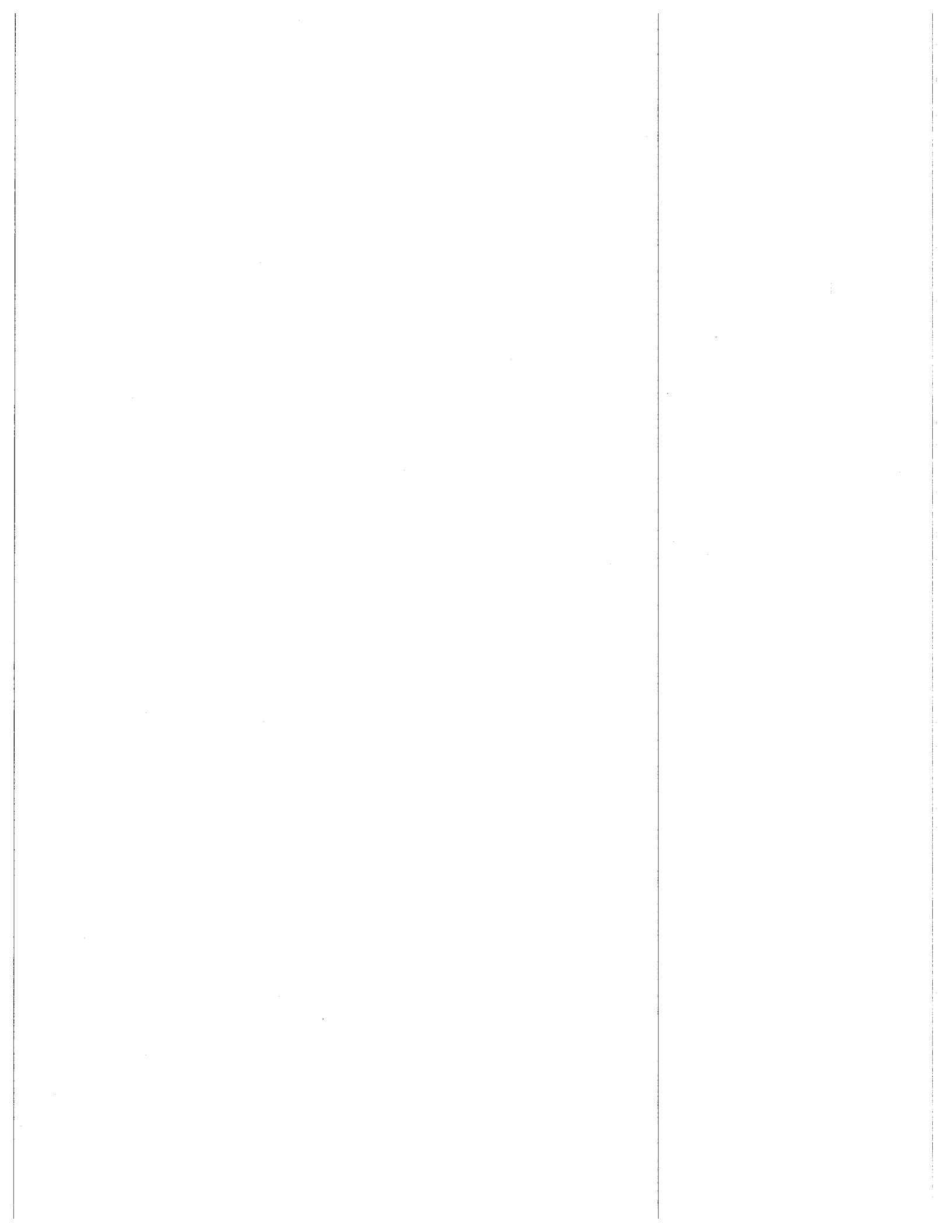
.....
 (Imię i Nazwisko lub Nazwa Przyjmującego Zamówienie)

**ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
 za miesiąc 202.... r.**

<i>Udzielanie świadczeń zdrowotnych</i>		
Data udzielania świadczenia	Miejsce udzielania świadczeń	Ilość godzin
Razem:		

.....
 (potwierdzenie wykonanych świadczeń)

.....
 (podpis Przyjmującego Zamówienie)



OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż w związku z wykonywaniem wcześniej usług na rzecz Udzielającego Zamówienia, dokumenty wymienione w formularzu oferty tj.:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
uprzednio złożone a będące w posiadaniu Udzielającego Zamówienie – zachowują swoją aktualność na dzień złożenia oferty.

.....

Data, podpis oferenta i pieczęć

