

**PROJEKT UMOWY dot. Pakietu Nr 2  
UMOWA NR ...../20/DO/09/2017**

**o wykonywanie świadczeń zdrowotnych z dziedziny ortopedii o traumatologii w ramach  
dyżurów lekarskich**

Zawarta w dniu ..... r. w Zabrze pomiędzy:

**Szpitałem Miejskim w Zabrze Sp. z o.o.**

siedziba: 41-803 Zabrze, ul. Zamkowa 4

wpisanym do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000328484, o kapitale zakładowym w wysokości 77 111 100,00 zł, NIP: 648-270-05-83, REGON : 241127857 reprezentowanym przez:

1. **Prezesa Zarządu – dr n.med. Mariusza K. Wójtowicza**
2. **Z-cę Prezesa Zarządu – lek. Piotra Trybalskiego**

zwanym w treści Udzielającym zamówienie

a

.....  
wpisanym do rejestru praktyk lekarskich, nr księgi .....

NIP ..... REGON .....

zwanym w dalszej części Przyjmującym zamówienie

Udzielający i Przyjmujący zamówienie będą zwani łącznie w dalszej części Umowy „Stronami”.

**§ 1**

1. Działając na podstawie:

- a) art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. : Dz. U. 2016, poz. 1638 ze zm.) oraz art. 140-141, art.146 ust. 1, art. 147-150, 151 ust. 1,2 i 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. : Dz. U. 2016, poz. 1793 ze zm.);
- b) rozstrzygnięcia postępowania konkursowego Nr 20/DO/09/2017 z dnia ..... dotyczącego wyboru oferty Przyjmującego zamówienie.

Udzielający zamówienie zamawia, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania dyżurów lekarskich zgodnie z Załącznikiem nr 1 stanowiącym integralną część niniejszej umowy.

2. Wysokość wynagrodzenia za cały okres obowiązywania niniejszej umowy nie przekroczy kwoty .....**brutto**(kwota słownie: .....) )
3. Świadczenia, o których mowa w § 1 w ust. 1 umowy będą udzielane w Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpitalu Miejskim w Zabrze ul. Zamkowa 4 ( w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej , Izbie Przyjęć , Bloku Operacyjnym jak również w innych jednostkach organizacyjnych szpitala w razie doraźnej potrzeby)
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymania stałych cen przez cały okres obowiązywania umowy.

**§ 2**

Strony uzgadniają następujące warunki świadczenia usług objętych umową:

1. **Świadczenia zdrowotne w zakresie ortopedii i traumatologii w ramach dyżurów lekarskich** udzielane będą od poniedziałku do soboty oraz w niedziele i święta zgodnie z comiesięcznym zapotrzebowaniem zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej Udzielającego zamówienie.

2. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dziedziny medycznej – **ortopedia i traumatologia** polegających w szczególności na :
  - a. wykonywaniu czynności służących zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjentów i pozostawaniu w gotowości do ich wykonywania oraz wykonywaniu procedur medycznych zgodnych z umową wiążącą Udzielającego zamówienie z NFZ.
  - b. leczeniu i sprawowaniu całodobowej opieki medycznej nad pacjentami
  - c. konsultowaniu pacjentów przebywających w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej, Izbie Przyjęć i innych jednostkach organizacyjnych szpitala w razie doraźnej potrzeby.
3. Dyżury lekarskie pełnione będą w dni :
  - a). powszednie :
    - od poniedziałku do piątku pomiędzy godziną 15:00 a 07:25,
    - w soboty (pomiędzy godziną 7:25 a 7:25 )
  - b). świąteczne :
    - niedziele , święta ( od godziny 7:25 do godziny 7:25 )
 zgodnie z comiesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym i zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału według aktualnych potrzeb Udzielającego zamówienie.
4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych będzie następowało w Szpitalu Miejskim sp. z o.o. w Zabrze ul. Zamkowa 4 w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej, Izbie Przyjęć , Bloku Operacyjnym i innych jednostkach organizacyjnych szpitala w razie doraźnej potrzeby.
5. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Przyjmującego zamówienie jest: ..... nr tel. ...., natomiast ze strony Udzielającego zamówienie jest: Kierownik Działu Organizacji Usług Medycznych i Statystyki tel. : (32) 2776100 wew.104, oraz Główny Specjalista tel. (32)2776100 wew.121
6. Ilość dyżurów lekarskich zlecana będzie przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.

### § 3

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną w formie papierowej i elektronicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, szczegółowymi wymogami NFZ oraz wewnętrznymi zarządzeniami Udzielającego zamówienie, z którymi ma obowiązek się zapoznać, a w szczególności dotyczy to :
  - sporządzania dokumentacji w sposób czytelny na obowiązujących drukach
  - w formie elektronicznej zgodnie z obowiązującym oprogramowaniem
  - wypełniania wszystkich pól w Karcie Informacyjnej, Karcie Zleceń Lekarskich i Historii Choroby ( w szczególności dotyczy rozpoznania medycznego, wywiadu, zleconych badań diagnostycznych i laboratoryjnych, wykonanych procedur medycznych, zleconego postępowania terapeutycznego),
  - autoryzacji dokumentu poprzez podpis, pieczęć i datę
 oraz prowadzenia sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się poddać kontroli prowadzonej przez właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U.2016, poz. 1793 ze zm.), a także do poddania się kontroli Udzielającego zamówienie w zakresie realizacji niniejszej umowy. W wyniku przeprowadzonej kontroli Udzielający zamówienie może wydać zalecenia pokontrolne zmierzające do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w wyznaczonym terminie.
3. Przyjmujący zamówienie będzie przekazywał Udzielającemu zamówienie informacje w zakresie realizacji umowy poprzez przedkładanie miesięcznych zestawień, o których mowa w § 4 ust. 2. Ponadto, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zgłaszania Udzielającemu zamówienie wszelkich nieprawidłowości powstałych w trakcie realizacji świadczeń.
4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada odpowiednie kwalifikacje, uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie obejmującym przedmiot zamówienia.

5. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że odpowiada wobec Udzielającego zamówienia i pacjentów podlegających świadczeniom objętych umową za wszelkie szkody będące następstwem niewykonania, nienależytego, nieterminowego wykonania przedmiotu umowy.
6. Odpowiedzialność na szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczenia w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie.
7. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych przez siebie usług w wysokości określonej przepisami prawnymi ( w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą DZ.U. Nr 293 poz. 1729)
8. Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania świadczeń zdrowotnych.
9. Ubezpieczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym utrzymywane będzie przez cały okres obowiązywania umowy co najmniej w takim samym zakresie.
10. Przyjmujący zamówienie przedłożył kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nr.....z dnia .....
11. Przyjmujący zamówienie może zakończyć udzielanie świadczeń wyłącznie po przekazaniu pacjentów pod opiekę osób posiadających odpowiednie kwalifikacje.
12. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek przekazywania Kierownikowi/ Z-cy Kierownika Oddziału bądź innemu specjalistce, jako przedstawicielowi Zamawiającego, każdorazowo po zakończeniu dyżuru informacji dotyczących przebiegu wykonanych czynności, z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjentów, w formie i czasie przyjętym na Oddziale ( raporty , odprawy, konsultacje, itp.)
13. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykorzystywania udostępnionych pomieszczeń, sprzętu medycznego i aparatury wyłącznie do celów związanych z realizacją niniejszej umowy, z zachowaniem obowiązujących zasad ich użytkowania oraz do nie udostępniania ich osobom trzecim bez zgody Udzielającego zamówienie.
14. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do rejestracji praktyki lekarskiej w zakładzie leczniczym tj. Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpitalu Miejskim w Zabrze w nieprzekraczalnym terminie do 3 tygodni od daty zawarcia umowy.
15. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa, w tym przepisów bhp, p.poż, i wewnętrznych Udzielającego zamówienie.
16. Udzielający zamówienie zobowiązuje się do udostępnienia bazy lokalowej, sprzętu medycznego oraz innych środków do realizacji świadczeń zdrowotnych będących w posiadaniu Udzielającego zamówienie i możliwych do udostępnienia.
17. Jeżeli Przyjmujący zamówienie powierzy wykonywanie czynności wynikających z tej umowy aktualnie zatrudnionemu pracownikowi Udzielającego zamówienie, to wówczas jest zobowiązany podpisać umowę cywilno-prawną z gabinetem prowadzonym przez tego pracownika pod rygorem poniesienia wszelkich dodatkowych kosztów Udzielającego zamówienie, wynikających z niedochowania tego obowiązku. Przyjmujący zamówienie zgadza się na potrącenie w/w kosztów z bieżących faktur.
18. Na wniosek Kierownika specjalizacji, na żądanie Udzielającego zamówienie oraz po wyrażeniu opinii lekarza kierującego Oddziałem Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej lekarz specjalista ma obowiązek nadzorować pracę lekarzy w trakcie specjalizacji w tym obecnie zatrudnionych lekarzy przez Udzielającego zamówienie (równocześnie nie więcej niż trzech lekarzy). Nadzór ten dotyczy kwestii merytorycznych związanych z wykonywaniem lekarskich czynności zawodowych przez lekarza niespecjalistę, a nie kwestii z zakresu organizacji i porządku świadczenia pracy. Na danym dyżurze od godziny 15:00 może świadczyć usługi najwyżej jeden lekarz w trakcie specjalizacji.
19. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykonywać przedmiot umowy zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej i etyki lekarskiej, rzetelnie, z zachowaniem szczególnej, najwyższej staranności zgodnie z aktualnymi osiągnięciami medycyny, a także zgodnie ze sztuką lekarską określoną w przepisach szczególnych i wynikających z praktyki lekarskiej obowiązującej w chwili wykonywania danej czynności oraz z poszanowaniem praw pacjenta (określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
20. Za segregację odpadów medycznych , komunalnych powstałych w wyniku udzielanych świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie odpowiada Udzielający zamówienie. Koszty związane z ich segregacją i utylizacją ponosi Udzielający zamówienie.

21. Za sterylizację narzędzi i materiałów używanych przez Przyjmującego zamówienie w związku z wykonywaniem czynności objętych umową odpowiada Udzielający zamówienie.

22. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapoznania oraz przestrzegania zasad, norm i standardów wynikających z obowiązującego w szpitalu Systemu Zarządzania Jakością.

#### § 4

1. Udzielający zamówienia oświadcza, iż jest płatnikiem podatku od towarów i usług VAT i posiada numer identyfikacji podatkowej NIP 648-270-05-83. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż jest/ nie jest\* płatnikiem podatku od towarów i usług VAT i posiada numer identyfikacji podatkowej NIP..... \*niepotrzebne skreślić

2. Za świadczone usługi Przyjmujący zamówienie wystawia i dostarcza do 3 dni kalendarzowych lub pierwszego dnia roboczego po zakończonym miesiącu fakturę oraz miesięczne zestawienie wykonanych świadczeń zgodnie z Załącznikiem Nr 2 do Umowy za miesiąc poprzedni.

3. Wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie stanowić będzie sumę iloczynu wykonanych w miesiącu godzin dyżurów zwykłych i ceny jednostkowej za godzinę dyżuru zwykłego oraz iloczynu wykonanych w miesiącu godzin dyżurów świątecznych i ceny jednostkowej za godzinę dyżuru świątecznego określone w Załączniku nr 1 do niniejszej umowy. Wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie będzie wypłacane przelewem na konto Przyjmującego Zamówienie : .....

4. Podstawą wypłaty wynagrodzenia będą prawidłowo wystawione : faktura oraz miesięczne zestawienie wykonanych godzin świadczeń zgodnie z Załącznikiem Nr 2 do Umowy za miesiąc poprzedni .

5. Termin płatności ustala się do 10 dnia miesiąca pod warunkiem otrzymania prawidłowo wystawionej faktury przez Udzielającego zamówienie oraz rozliczenia miesięcznego zgodnie z załącznikiem Nr 2 za miesiąc poprzedni z zachowaniem terminu określonego w ust.2.

6. Opóźnienie w dostarczeniu przez Przyjmującego zamówienie faktury wraz z załącznikiem spowoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia.

7. Miesięczne zestawienie wykonanych świadczeń zdrowotnych- godzin dyżurów lekarskich musi być potwierdzone przez Kierownika/Z-cę Kierownika Oddziału Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej Udzielającego zamówienie.

8. Przyjmujący zamówienie nie może bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienie przenosić wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiegokolwiek prawem przewidzianej formie. W szczególności wierzytelność nie może być przedmiotem zabezpieczenia zobowiązań Przyjmującego zamówienie ( np. z tyt. umowy kredytu, pożyczki ). Przyjmujący zamówienie nie może również zawrzeć umowy z osobą trzecią o podstawienie w prawa wierzyciela ( Art. 518 k.c) .

#### § 5

1. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność cywilną i karną za jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

2. Udzielający zamówienia w razie niewykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie ma prawo nałożenia na Przyjmującego zamówienie kary umownej w wysokości 1 % wartości wskazanej w §1 ust. 2

3. Udzielający zamówienia w razie nienależytego wykonania umowy w przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie ma prawo nałożenia na Przyjmującego kary umownej w każdym stwierdzonym przypadku naruszenia przepisów prawa i obowiązującej treści umowy w przypadku dyżurów lekarskich w wysokości – dwukrotności stawki godzinowej za każdą godzinę nie pełnienia dyżuru, oraz w wysokości 70 zł za każdy przypadek np. nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej,

4. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej za zasadach określonych w k.c.

5. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na dokonywanie potrąceń z tytułu odszkodowań , które musiał pokryć Udzielający zamówienia w związku z realizacją niniejszej umowy.

6. Nieprawidłowości w sporządzaniu dokumentacji medycznej skutkować będą odsunięciem od pełnienia dyżurów z zakresu chirurgii urazowo - ortopedycznej.

## § 6

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony, tj. od 01.10.2017 r. do 31.12.2017 r.
2. Umowa niniejsza ulega rozwiązaniu:
  - a). z upływem terminu określonego w § 6 ust. 1,
  - b). jeżeli wartość umowy określona w § 1 ust.2 zostanie wyczerpana przed terminem obowiązywania umowy w zależności od tego, który z tych przypadków nastąpi wcześniej;
  - c) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.
3. Udzielający zamówienie może rozwiązać niniejszą umowę w formie pisemnej ze skutkiem natychmiastowym w razie:
  - a) utraty uprawnienia Przyjmującego zamówienie do wykonywania przedmiotu zamówienia,
  - b) popełnienia w czasie trwania umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie, jeśli popełnienie przestępstwa zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu, lub jest oczywiste
  - c) powtarzających się uzasadnionych skarg pacjentów, gdy wynikają one z rażącego naruszenia niniejszej umowy oraz przepisów prawa przez Przyjmującego zamówienie,
  - d) nienależytego udzielania świadczeń przez Przyjmującego zamówienie lub ograniczenia ich zakresu,
  - e) ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenie ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości z winy Przyjmującego zamówienie,
  - f) nie zawarcia przez NFZ/jego następcy prawnego z Udzielającym zamówienie umowy na realizację świadczeń zdrowotnych w rodzajach i zakresach będących przedmiotem niniejszej umowy, zmniejszenia wartości umowy w tych zakresach lub zmiany sposobu realizacji/finansowania świadczeń przez tego płatnika.
4. W przypadku rozwiązania niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie przekazuje niezwłocznie Udzielającemu zamówienie wszelkie dokumenty związane z realizacją niniejszej umowy.

## § 7

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Zmiana umowy może nastąpić m.in. w przypadkach wskazanych poniżej:
  - a) obniżenie ceny przedmiotu umowy przez Przyjmującego zamówienie może nastąpić w każdym czasie i nie wymaga zgody Udzielającego zamówienie,
  - b) Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość przedłużenia terminu obowiązywania umowy w przypadku niewykorzystania w całości przedmiotu umowy. Umowa może zostać przedłużona do całkowitego wykorzystania wartości umowy.
  - c) Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do realizacji umowy w zakresie uzależnionym od rzeczywistych potrzeb i posiadanych środków finansowych oraz do ograniczenia zamówień w zakresie rzeczowym i ilościowym, co nie jest odstępstwem od wykonania umowy, ani odstępstwem od niej nawet w części.
3. Przyjmujący zamówienie może powierzyć świadczenie usług zdrowotnych osobom trzecim posiadającym odpowiednie, co najmniej takie same kwalifikacje zawodowe i uprawnienia, po uzyskaniu pisemnej uprzedniej zgody Udzielającego zamówienie.
4. Niniejsza umowa określa wszystkie wzajemne zobowiązania stron i zastępuje wszelkie wcześniejsze ustalenia pomiędzy stronami podjęte w zakresie uregulowanym niniejszą umową.
5. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wobec osób trzecich warunków współpracy określonych niniejszą umową, jak również nie udostępniania tym osobom żadnych informacji pozyskanych w związku i przy okazji wykonywania umowy w okresie trwania niniejszej umowy jak również po jej zakończeniu, pod rygorem odpowiedzialności cywilnej za wszelkie szkody poniesione przez drugą stronę z tytułu nieuprawnionego ujawnienia informacji poufnych a także za naruszenie dóbr osobistych.
6. Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Zamkowej 4, 41-803 Zabrze, jako administrator danych informuje, że dane osobowe stron umowy przetwarzane są wyłącznie w celu

związanym z zawarciem i realizacją współpracy, w tym na potrzeby związane z rozliczeniem, a także w związku z ewentualnymi reklamacjami i dochodzeniem roszczeń oraz kontaktem. Dane osobowe reprezentantów i osób wskazanych do kontaktu są przetwarzane wyłącznie w celu koordynacji współpracy i bieżącego kontaktu. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne dla realizacji w/w celów.

#### § 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Ustawy o działalności leczniczej, Kodeksu Cywilnego i innych znajdujących zastosowanie przepisów.

#### § 9

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo niewykorzystania w pełnym zakresie przedmiotu umowy. Niewykorzystanie przez Udzielającego zamówienie w pełnym zakresie nie wymaga podania przyczyny oraz nie powoduje powstania obowiązku kar umownych i innych odszkodowań z tytułu nie wykonania umowy.

#### § 10

Strony zobowiązują się w razie ewentualnych sporów do podjęcia wszelkich działań prowadzących do polubownego jego zakończenia. Obowiązek ten uważa się za spełniony po podjęciu rozmów potwierdzonych protokołem lub po wymianie korespondencji. W przypadku nie rozwiązania sporu w terminie 30 dni od dnia pisemnego zawiadomienia o sporze, może zostać wszczęte postępowanie sądowe. Sądem właściwym do rozstrzygania wynikłych na tle niniejszej umowy sporów będzie sąd właściwy miejscowo dla Udzielającego zamówienie.

#### § 11

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron. Integralną część Umowy stanowią następujące załączniki :

- Załącznik Nr 1 - Formularz ofertowo - cenowy
- Załącznik Nr 2 – Wykaz wykonanych godzin dyżurów lekarskich
- Załącznik Nr 3 - Polisa ubezpieczenia OC nr.....z dnia.....
- Załącznik Nr 4 - Dokumenty wymagane zgodnie z punktem „IV wymagania stawiane Oferentom „ Materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.
- Załącznik Nr 5 – Materiały dotyczące szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIA

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE

#### OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI

Realizacja zakresu merytorycznego umowy powoduje konieczność przekazania danych o stanie zdrowia pacjenta należących do szczególnej kategorii danych osobowych tzw. danych wrażliwych (sensytywnych), które podlegają specjalnej ochronie. Ich przetwarzanie jest zasadniczo zabronione, poza wypadkami wskazanymi enumeratywnie w przepisach prawa.

W związku z dopuszczeniem do przetwarzania danych osobowych oświadczam, że:

- Zapoznałem się i zobowiązuję się do przestrzegania obowiązków wynikających z przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm.) , aktów wykonawczych

wydanych na jej podstawie oraz regulacji wewnętrznych administratora danych obowiązujących w obszarze przetwarzania danych osobowych.

- Zapewnię bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych poprzez ich ochronę przed niepowołanym dostępem, nieuzasadnioną modyfikacją i zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem.
- Zachowam w tajemnicy dane osobowe oraz sposoby ich zabezpieczeń, do których uzyskam dostęp w trakcie współpracy z administratorem danych jak i po jej zakończeniu.
- W razie uzyskania dostępu do Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych zobowiązuję się zachować jej treść w tajemnicy w trakcie współpracy z administratorem danych jak i po jej zakończeniu.
- Znane mi są zasady odpowiedzialności prawnej za niezgodne z ustawą o ochronie danych osobowych przetwarzanie danych osobowych oraz mam świadomość, że za niedopełnienie obowiązków wynikających z niniejszego oświadczenia mogę odpowiadać prawnie na podstawie regulacji wewnętrznych obowiązujących u administratora danych, kodeksu pracy, kodeksu cywilnego oraz ustawy o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że treść niniejszego oświadczenia jest mi znana i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

**Przyjmujący zamówienie (data i podpis)**

.....  
WYKONAWCA

..... NA ODDZIALE/Izbie Przyjęć

**WYKAZ WYKONANYCH GODZIN DYŻURÓW LEKARSKICH**

ZA MIESIĄC ..... 20.....R.

LP.	RODZAJ DYŻURU	DATA I GODZINA ROZPOCZĘCIA DYŻURU LEKARSKIEGO	DATA I GODZINA ZAKOŃCZENIA DYŻURU LEKARSKIEGO	ŁĄCZNA ILOŚĆ GODZIN	KWOTA BRUTTO ZA GODZINĘ	KWOTA ŁĄCZNA BRUTTO ZA DYŻUR

.....  
PODPIS PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....  
DATA I PODPIS KIEROWNIKA ODDZIAŁU  
POTWIERDZAM WYKONANIE W/W DYŻURÓW LEKARSKICH