

PROJEKT UMOWY
NR/01/DK/01/2018

o udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie usług lekarskich z dziedziny neurologii

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

.....

(nazwa podmiotu lub imię i nazwisko)

siedziba

.....

wpisanym do rejestru*nr księgi rejestrowej.....

NIP REGON

reprezentowanym przez:

* wypełnić jeśli dotyczy

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 r., poz. 1638 ze zm.) oraz art. 140-141, art.146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust 1, art. 149, art.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. 2017 r., poz. 1938 ze zm.);

b). decyzji Komisji Konkursowej z dnia dotyczącej wyboru oferty Przyjmującego zamówienie, podjętej w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych z zakresu neurologii.

Udzielający zamówienie zamawia, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu neurologii zgodnie z Załącznikami nr 1 stanowiącymi integralną część niniejszej umowy.

2. Wysokość wynagrodzenia za cały okres obowiązywania niniejszej umowy nie przekroczy kwoty zł brutto (kwota słownie))
3. Świadczenia, o których mowa w § 1 w ust. 1 umowy będą udzielane w Szpitalu Miejskim w Zabrze Sp. z o.o.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymania stałych cen przez cały okres obowiązywania umowy.

§ 2

Strony uzgadniają następujące warunki świadczenia usług objętych umową:

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych w zakresie: **wykonywania czynności lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii**, w zakresie świadczeń realizowanych w ramach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (umowa z NFZ), które udzielane będą w tygodniu w dni i godziny ustalone przez strony pomiędzy godz. 7:25 a godz. 15:00 a w przypadkach pilnych na wezwanie Udzielającego

- zamówienie nie więcej niż 130 godzin miesięcznie, na podstawie miesięcznego zapotrzebowania, ustalonego dla potrzeb Oddziału, zatwierdzonego każdorazowo przez Kierownika/ Z-cę Kierownika Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym Udzielającego zamówienie.
2. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dziedziny medycznej – **neurologia** 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. na leczeniu i sprawowaniu opieki medycznej nad pacjentami w tym także w stanach zagrożenia życia
 - c. badaniu , kwalifikacji i przyjęciu pacjentów kierowanych na Oddział
 - d. konsultowaniu pacjentów przebywających w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym oraz w innych oddziałach i w Izbie Przyjęć szpitala
 3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych będzie następowało w Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpitalu Miejskim w Zabrze ul. Zamkowa 4 :
 - Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym
 - Izbie Przyjęćjak również w innych jednostkach organizacyjnych szpitala w razie doraźnej potrzeby.
 4. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Przyjmującego zamówienie jest:nr tel., natomiast ze strony Udzielającego zamówienie jest: Główny Specjalista tel. (32)2776121
 5. Ilość godzin świadczeń lekarskich pomiędzy 7:25-15:00 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
 - wypełnianiu 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 datęoraz prowadzić sprawozdawczość statystyczną 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. 2017, poz. 1938 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 miesięcznego zestawienia, o którym 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 ubezpieczenie 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 specjalście, jako przedstawicielowi Udzielającego zamówienie, każdorazowo po zakończeniu świadczeń zdrowotnych 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 przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego tj. w Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpital Miejski w Zabrze w 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. 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).
19. 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.
20. Za sterylizację narzędzi i materiałów używanych przez Przyjmującego zamówienie w związku z wykonywaniem czynności objętych umową odpowiada Udzielający zamówienie.
21. 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

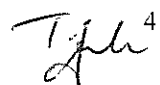
2. Za świadczone usługi Przyjmujący zamówienie wystawia do 5 dni po zakończonym miesiącu w cyklu miesięcznym z dołu fakturę oraz miesięczne zestawienie wykonanych świadczeń zgodnie z Załącznikiem Nr 2 do Umowy za miesiąc poprzedni.
3. Wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie stanowić będzie : iloczyn wykonanych w miesiącu godzin świadczeń i ceny jednostkowej za godzinę (określonej 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 30 dni od daty otrzymania przez Udzielającego zamówienie prawidłowo wystawionej faktury, oraz rozliczenia miesięcznego zgodnie z ust. 4
6. Miesięczne zestawienie wykonanych świadczeń zdrowotnych musi być potwierdzone przez Kierownika/Z-cę Kierownika Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym Udzielającego zamówienie.
7. Przyjmujący zamówienie nie może bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienie przenosić wierzycielności wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiegokolwiek prawem przewidzianej formie. W szczególności wierzycielność 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 wysokości – dwukrotności stawki godzinowej za każdą godzinę świadczenia usług, oraz w wysokości 70 zł za każdy przypadek, m.in:
 - a. nieuzasadnionej odmowy udzielenia pacjentowi świadczeń,
 - b. nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej,
 - c. udaremnienia kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego zamówienie oraz NFZ albo nie wykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych
 - d. pobierania nienależnych opłat za świadczenia będące przedmiotem umowy
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

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony, tj. **od 01.02.2018 r. do 31.01.2019 r.**
2. Umowa niniejsza ulega rozwiązaniu:
 - a) z upływem terminu określonego w § 6 ust. 1,
 - b) gdy wartość umowy określona w § 1ust. 2 zostanie wyczerpana, 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. Strony umowy mogą rozwiązać umowę z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia bez podania przyczyny .



4. 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.

5. 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 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 powstania 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. Sędem 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 cenowy
- Załącznik Nr 2 – Wykaz wykonanych godzin świadczeń zdrowotnych
- 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

szpitala im. ...
Sp. z o.o.

ZASTĘPCA PREZESA

Flotr Trybalski

Tomasz Jurek
odpowiedzialny

DZIAŁ KADR
Z-CA KIEROWNIKA

Ilona Górecka

DZIAŁ KADR
GŁÓWNY SPECJALISTA

mgr Sylwia Woźniak

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 niepożądanym 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.
- Znałem 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)

FORMULARZ CENOWY*Usług lekarskich w ramach specjalności neurologia*

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Planowana liczba godzin
3.	świadczenie usług w godzinach pomiędzy 7:25-15:00	1560

Lekarz z II stopniem specjalizacji z zakresu neurologii

<p>1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług zdrowotnych w dni (od poniedziałku do piątku) w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00,zł słownie.....</p> <p>.....</p> <p>Ogółem wartość: 1560 godz xzł =.....zł</p>	<p>(max. 62,00 zł)</p>
--	--------------------------

Proszę uzupełnić tabelę.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienie.:
Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.
41-803 Zabrze
ul. Zamkowa 4

.....
Podpis Oferenta

.....
 WYKONAWCA

WYKAZ WYKONANYCH GODZIN ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
 ZA MIESIĄC 20.....R.

LP.	DATA I GODZINA ROZPOCZĘCIA ŚWIADCZENIA USŁUG ZDROWOTNYCH	DATA I GODZINA ZAKOŃCZENIA ŚWIADCZENIA USŁUG ZDROWOTNYCH	ŁĄCZNA ILOŚĆ GODZIN	KWOTA BRUTTO ZA JEDNĄ GODZINĘ	ŁĄCZNA KWOTA ZA DZIEŃ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

.....
 PODPIS PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
 DATA I PODPIS Z-cy KIEROWNIKA ODDZIAŁU

