

PROJEKT UMOWY CRU...../05/DK/01/2018

O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

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. Członka Zarządu – lek. Piotra Trybalskiego

zwanym w treści Udzielającym zamówienie

a

.....
 (nazwa podmiotu lub imię i nazwisko)

siedziba/zamieszkała/y:

.....
 wpisanym do rejestru*

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, 146 ust. 1, 147,148 ust.1, 149, 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 podjętej w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania dotyczącej wyboru oferty Przyjmującego zamówienie.

Udzielający zamówienie zamawia, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania świadczeń wymienionych w Załączniku nr 1 stanowiącym integralną część niniejszej umowy.

2. Wysokość wynagrodzenia za cały okres obowiązywania niniejszej umowy nie przekroczy kwoty zł brutto (kwota słownie) tj.:

Pakiet nr kwota zł brutto

3. Świadczenia, o których mowa w § 1 w ust. 1 umowy będą udzielane w komórkach organizacyjnych (.....) Udzielającego zamówienie.

4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymania stałych cen przez cały czas obowiązywania umowy z zastrzeżeniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 2

Strony uzgadniają następujące warunki świadczenia usług objętych umową:

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie: pakietów od 1-7 udzielane będą w systemie 12- godzinnym od godziny 7⁰⁰ do godziny 19⁰⁰ oraz od godziny 19⁰⁰ do godziny 7⁰⁰ od poniedziałku do piątku oraz w soboty, niedziele i święta zgodnie z comiesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę /Położną Oddziałową, zatwierdzonym przez Naczelną Pielęgniarkę .
2. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Przyjmującego zamówienie jest:nr tel., natomiast ze strony Udzielającego zamówienie jest Główny Specjalista tel. (32)2776121
3. Świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.

§ 3

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, szczegółowymi wymogami NFZ oraz wewnętrznymi zarządzeniami Udzielającego zamówienie, z którymi ma obowiązek się zapoznać oraz 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 miesięcznych zestawień, o których mowa w § 4 pkt. 3. 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, lub w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy nie będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej DZ.U. Nr 293 poz. 1728)
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 nr z dnia (w przypadku braku polisy – wpisać inny dokument potwierdzający, że Przyjmujący zamówienie jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności).
11. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że w czasie zawarcia umowy *pozostaje w stosunku pracy i osiąga minimalne wynagrodzenie* zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z 15 września 2017 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz minimalnej stawki godzinowej w 2018 r. (Dz.U. z 2017r., poz. 1747) . Tym samym zobowiązuje się do realizacji niniejszego warunku przez cały okres trwania umowy. W przypadku niespełnienia w/w warunku

- ma zastosowanie § 6 pkt. 3f niniejszej umowy.
12. Przepis § 3 ust.11 nie znajduje zastosowania dla do osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą oraz dla prowadzących gospodarstwo rolne.
 13. Przyjmujący zamówienie może powierzyć świadczenie usług zdrowotnych wynikających z tej umowy osobom trzecim posiadającym odpowiednie, co najmniej takie same kwalifikacje zawodowe i uprawnienia, po uzyskaniu pisemnej uprzedniej zgody Udzielającego zamówienie.
 14. 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. Szpital będzie dokonywać zapłaty za zrealizowane w danym miesiącu świadczenia zdrowotne.
3. Za świadczone usługi Przyjmujący zamówienie wystawia w cyklu miesięcznym z dołu :
 - a. w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą do rozliczenia należy dostarczać : fakturę lub rachunek dołączając każdorazowo miesięczne zestawienie wykonanych świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze wzorem stanowiącym Załącznikiem nr 2 do Umowy.
 - b. w przypadku osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej do rozliczenia należy dostarczać każdorazowo : rachunek oraz miesięczne zestawienie wykonanych świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 2 do Umowy.
4. Wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie stanowić będzie iloczyn wykonanych w miesiącu godzin świadczeń i ceny jednostkowej świadczenia określonej w Załączniku nr 1 do Umowy.
5. Wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie będzie wypłacane przelewem na konto Przyjmującego Zamówienie :
6. Termin płatności ustala się do 30 dni od daty otrzymania przez Udzielającego zamówienie prawidłowo wystawionej faktury lub rachunku oraz miesięcznego zestawienia wykonanych świadczeń zgodnie z § 4 pkt. 3
7. Przyjmujący zamówienie nie może bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienie przenosić wierzycelności wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiegokolwiek prawem przewidzianej formie. W szczególności wierzycelność nie może być przedmiotem zabezpieczenia zobowiązań Przyjmującego zamówienie (np. z tyt. umowy kredytu, pożyczki). Przyjmujący zamówienie nie może również zawrzeć umowy z osobą trzecią na podstawie 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 ma prawo nałożenia na Przyjmującego kary umownej w każdym stwierdzonym przypadku naruszenia przepisów prawa i obowiązującej treści umowy w wysokości 50 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 od pacjentów za świadczenia będące przedmiotem umowy
4. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przenoszącego wartość kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego w wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.

6. 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 01.03.2018 r. do 28.02.2019 r.
2. Umowa niniejsza ulega rozwiązaniu:
 - a. z upływem terminu określonego w § 6 ust. 1,
 - b. jeżeli liczba godzin świadczeń zdrowotnych określona w Załączniku nr 1 zostanie udzielona, 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 uprawnień 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,
 - d. nienależytego udzielania świadczeń przez Przyjmującego zamówienie lub ograniczenia ich zakresu,
 - e. ograniczenia dostępności świadczeń , zawężenie ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości.
 - f. niespełnienia warunku określonego w § 3 pkt. 11 (dotyczy osób fizycznych)

§ 7

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niniejsza umowa określa wszystkie wzajemne zobowiązania stron i zastępuje wszelkie wcześniejsze ustalenia pomiędzy stronami podjęte w zakresie uregulowanym niniejszą umową.
3. 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.
4. 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.
5. 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. Wszystkie spory wynikające z powyższej umowy rozstrzygać będzie sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienie.

§ 9

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo niewykorzystania w pełnym zakresie umowy. Niewykorzystanie umowy 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

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 - Zestawienie ilości godzin wykonanych świadczeń
- Załącznik Nr 3 - Polisa ubezpieczenia OC nr.....z dnia.....
- Załącznik Nr 5 - Dokumenty wymagane zgodnie z wybranym pakietem podane w punkcie „B” wymagania stawiane Oferentom „
- Materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.
- Załącznik Nr 6 – Materiały dotyczące szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

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)

.....

**ZESTAWIENIE ILOŚCI GODZIN WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
ZA OKRES OD..... DO.....miesiąc/rok**

| Lp. | Data | Od godziny | Do godziny | Ilość godzin wykonywania świadczeń | Komórka organizacyjna |
|---------------------|------|------------|------------|------------------------------------|-----------------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| Łączna ilość godzin | | | | | |

Podpis osoby sporządzającej zestawienie.....Podpis pielęgniarki/polożnej oddziałowej.....