

**Projekt umowy CRU ...../05/DK/02/2020**  
**o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej –**  
**w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach dyżurów lekarskich**

Zawarta w dniu .....2020 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 88 229 250,00, NIP: 648-270-05-83, REGON : 241127857

reprezentowanym przez:

**1. Prezesa Zarządu – dr n.med. Mariusza K. Wójtowicza**

**2. Z-cę Prezesa Zarządu – lek.med. Piotra Trybalskiego**

zwanym w treści Udzielającym zamówienie

**a**

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

siedziba/ adres zamieszkania : .....

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

NIP ..... REGON ..... PESEL .....

reprezentowanym przez: .....

zwanym w treści Przyjmującym zamówienie

**§ 1**

1. Działając na podstawie:
  - a). art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. : Dz. U. 2018 r., poz. 2190 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. 2019 r., poz. 1373 ze zm.);
  - b).decyzji Zarządu szpitala z dnia .....podjętej w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych – usługi lekarskie w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach dyżurów lekarskich 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 ..... 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.
5. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się świadczyć usługi lekarskie w ramach dyżurów lekarskich w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej – w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
6. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych :
  - a). ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, mającym prawo do leczenia na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. : Dz.U. 2019, poz.1373 tj. ze zm.), realizowanych na podstawie umowy zawartej przez Udzielającego zamówienie z Narodowym Funduszem Zdrowia,

*w kopii*

*[Signature]*

7. 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.
8. Odpowiedzialność na szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczenia w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie.
9. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zakresie świadczonych przez siebie usług w wysokości określonej przepisami prawnymi ( w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą DZ.U. 2019, poz. 866) oraz Rozporządzenie 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 )
10. Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania świadczeń zdrowotnych i utrzymywane będzie przez cały okres obowiązywania umowy.
11. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zawarcia innej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej o charakterze obowiązkowym, zgodnej ze stanem prawnym, który wystąpi w trakcie trwania umowy, a zmieni on lub zastąpi podstawę prawną zawarcia umów ubezpieczenia.
12. Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania świadczeń zdrowotnych
13. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do rejestracji praktyki lekarskiej w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego tj. NZOZ Przychodnia Wielospecjalistyczna Zabrze, ul. Zamkowa 4. ( dotyczy działalności gospodarczej)
14. 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.
15. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa, w tym przepisów bhp, p.poż, i wewnętrznych Udzielającego zamówienie.
16. 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.
17. Za sterylizację narzędzi i materiałów używanych przez Przyjmującego zamówienie w związku z wykonywaniem czynności objętych umową odpowiada Udzielający zamówienie.
18. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapoznania oraz przestrzegania zasad, norm i standardów wynikających z obowiązującego w szpitalu Systemu Zarządzania Jakością.
19. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub zaniechanie udzielania świadczeń przez siebie lub osoby udzielające świadczeń w jego imieniu , a także osoby którym udzielanie świadczeń powierzył oraz odpowiada za szkody powstałe w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń do wysokości sumy gwarancyjnej ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.
20. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za powierzony sprzęt i mienie. W przypadku wyrządzenia jakiegokolwiek szkody odpowiadać będzie do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody na zasadach ogólnych Kodeksu Cywilnego.
21. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania lojalności w stosunku do Udzielającego zamówienie oraz jego przedstawicieli, a w szczególności do: dbania o dobre imię Udzielającego zamówienie wobec pacjentów, personelu, placówek medycznych oraz osób trzecich, udzielania na żądanie Udzielającego zamówienie wyjaśnień dotyczących wykonywania niniejszej umowy, ochrony interesów Udzielającego zamówienie, natychmiastowego informowania o okolicznościach, przypadkach, i sytuacjach, w których interesy te mogłyby być lub zostały naruszone, dbania o sprzęt i wyposażenie należące do Udzielającego zamówienie, nie rozpowszechniania jakichkolwiek informacji, które mogłyby naruszyć wizerunek lub dobre imię Udzielającego zamówienie.

/ 10/10/10

✓



5. Termin płatności 30 dni od daty otrzymania przez Udzielającego zamówienie prawidłowo wystawionej faktury oraz rozliczenia miesięcznego zgodnie z ust. 4. Za dotrzymanie terminu zapłaty uważa się datę obciążenia konta Udzielającego zamówienie. Opóźnienie w dostarczeniu przez Przyjmującego zamówienie faktury spowoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia.
6. Miesięczne zestawienie wykonanych świadczeń zdrowotnych- dyżurów lekarskich musi być potwierdzone przez Lekarza - Koordynatora Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej Udzielającego zamówienie.
7. Przyjmujący zamówienie nie może bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienie przenosić wiarygodności wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiegokolwiek prawem przewidzianej formie. W szczególności wiarygodność 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. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przez Przyjmującego zamówienie Udzielający zamówienia może obciążyć Przyjmującego zamówienie za każdy stwierdzony przypadek naruszenia obowiązków karą umowną w kwocie do 20% ( dwadzieścia procent) włącznie wartości miesięcznego wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie w okresie poprzedzającym wystąpienie zdarzenia.
3. Udzielający zamówienia w razie nienależytego wykonania umowy w przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie ma prawo nałożenia na Przyjmującego karę umowną w każdym stwierdzonym przypadku naruszenia przepisów prawa i obowiązującej treści umowy w wysokości 70,00 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 przewyższającego wysokość kary umownej na 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 01.04.2020r. do 30.11.2021r**
2. Umowa niniejsza ulega rozwiązaniu:
  - a) z upływem terminu określonego w § 6 ust. 1,
  - b) jeśli wartość umowy określona w § 1 ust.2 zostanie wyczerpana w zależności, który z tych przypadków nastąpi wcześniej
  - c) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia
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 sadu , 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,

naruszeniu ochrony powierzonych danych osobowych Inspektora Ochrony Danych pod adresem email: iod@szpitalzabrze.pl

9. Przyjmujący zamówienie udostępnia administratorowi wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków określonych w niniejszej umowie oraz umożliwia administratorowi lub audytorowi upoważnionemu przez administratora przeprowadzanie audytów.
10. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że będzie przestrzegał procedur z zakresu ochrony danych osobowych obowiązujących w Szpitalu Miejskim w Zabrze.
11. Przyjmujący zamówienie odpowiada za szkody spowodowane przetwarzaniem, jeśli nie dopełnił obowiązków, które nakłada niniejsza umowa, lub gdy działał poza zgodnymi z prawem instrukcjami administratora lub wbrew tym instrukcjom.
12. 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. Szczegółowa polityka ochrony danych osobowych dostępna jest w siedzibie Udzielającego zamówienie

#### § 9

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Ustawy o działalności leczniczej, Kodeksu Cywilnego i innych znajdujących zastosowanie przepisów.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo niewykorzystania w pełnym zakresie przedmiotu umowy. Niewykorzystanie przez Udzielającego zamówienie przedmiotu umowy w pełnym zakresie nie wymaga podania przyczyny oraz nie powoduje powstania obowiązku powstania kar umownych i innych odszkodowań z tytułu nie wykonania umowy.

#### § 10

1. 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.
2. 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 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 „ Materialów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

Załącznik Nr 5 – Materiały dotyczące szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne

Załącznik Nr 6 - Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych

Załącznik Nr 7 – Oświadczenie o zachowaniu tajemnicy i poufności

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE**





Zabrze, dn. .... r.

### UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Działając w imieniu Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o. (ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze) jako administratora danych osobowych na podstawie art. 29 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 (Dz. Urz. UE L 119, s. 1, *ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO*) z dniem ..... r. upoważniam Pana/Panią:

.....  
do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do wykonywania obowiązków na stanowisku lekarza, w formie elektronicznej i papierowej, wyłącznie na opisane w niniejszym upoważnieniu polecenie Administratora tj. Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o.

Jednocześnie nadaję Panu/Pani identyfikator do przetwarzania w powyższym zakresie danych zawartych w systemie informatycznym Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o.

Na podstawie niniejszego upoważnienia jest Pan/Pani zobowiązany/a do przetwarzania danych osobowych wyłącznie we wskazanym zakresie oraz zgodnie z przepisami RODO, ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz obowiązującej w Szpitalu Miejskim w Zabrze Sp. z o.o. Polityki Ochrony Danych Osobowych, a także do zachowania w poufności wszelkich danych, do których uzyskał/a Pan/Pani dostęp w zakresie pełnionych obowiązków służbowych, także po zakończeniu zatrudnienia/współpracy.

Upoważnienie jest ważne przez okres obowiązywania umowy na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne nr ..... z dnia ..... r. lub do czasu jego odwołania.

Nadanie nowego upoważnienia w okresie jego obowiązywania zastępuje w całości niniejsze upoważnienie.

.....  
[podpis osoby uprawnionej]

Oświadczam, iż o niniejszym upoważnieniu i jego zakresie zostałem/am poinformowana oraz że rozumiem jego treść.

.....  
[podpis osoby, której dotyczy upoważnienie]

#### Adnotacje:

Data wygaśnięcia upoważnienia:.....

Data odwołania upoważnienia.....

Zabrze, dn. .... r.

**Oświadczenie o zachowaniu w tajemnicy i poufności w Szpitalu Miejskim w Zabrze Sp. z o.o.**

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

- Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązków wynikających z:
    - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz powszechnie obowiązujących przepisów prawa polskiego w zakresie ochrony danych osobowych,
    - Regulacji wewnętrznych Administratora Danych Osobowych obowiązujących w obszarze przetwarzania danych.
  - Zapewnię bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych poprzez ich ochronę przed niepożądanym dostępem, nieuzasadnioną modyfikacją i zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem, pozyskaniem lub utratą.
  - Zachowam w tajemnicy dane osobowe oraz sposoby ich zabezpieczeń, do których uzyskam dostęp w trakcie współpracy z Administratorem jak i po jej zakończeniu.
  - Jestem świadomy odpowiedzialności prawnej za niezgodne z przepisami unijnymi oraz polskimi przetwarzanie danych osobowych oraz mam świadomość, że za niedopełnienie obowiązków wynikających z niniejszego oświadczenia mogę odpowiadać prawnie na podstawie regulacji wewnętrznych obowiązujących u Administratora, kodeksu pracy, kodeksu cywilnego oraz przepisów unijnych oraz polskich w zakresie ochrony danych osobowych.
- Oświadczam, że treść niniejszego oświadczenia jest mi znana i zobowiązuję się do jego przestrzegania. Potwierdzam odbiór jednego egzemplarza niniejszego oświadczenia.

.....  
data i podpis