

PROJEKT UMOWY CRU...../12/DP/03/2023
O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Zawarta w dniu r. w Zabrzu pomiędzy:

Szpitałem Miejskim w Zabrzu 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 118 489 500,00 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. 2022 r., poz. 633 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. 2022 r., poz. 2561 ze zm.);
- b) decyzji Zarządu Szpitala 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 godzinach pomiędzy 7⁰⁰ - 19⁰⁰ oraz pomiędzy 19⁰⁰ - 7⁰⁰ od poniedziałku do piątku oraz w soboty, niedziele i święta zgodnie z comiesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę /Położną Oddziałową.
2. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Przyjmującego zamówienie jest:nr tel.,

- Świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.

§ 3

- 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.
- 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.2022 poz. 2561 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.
- 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.
- Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada odpowiednie kwalifikacje, uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie obejmującym przedmiot zamówienia.
- 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.
- Odpowiedzialność na szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczenia w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie.
- 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 29.04.2019 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą DZ.U. 2019, poz. 866 ze zm., 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 ze zm.**)
- Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania świadczeń zdrowotnych.
- Ubezpieczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym utrzymywane będzie przez cały okres obowiązywania umowy co najmniej w takim samym zakresie.
- Przyjmujący zamówienie przedłożył kopię polisy nrz dnia
- Przyjmujący zamówienie oświadcza, że w czasie zawarcia umowy **pozostaje w stosunku pracy i osiąga minimalne wynagrodzenie** zgodnie Rozporządzeniem Rady Ministrów z 13 września 2022 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz minimalnej stawki godzinowej w 2023 r. (Dz.U. z 2022r., poz. 1952 – ze zmianami na rok 2024) . Tym samym zobowiązuje się do realizacji niniejszego warunku przez cały okres trwania umowy. W przypadku niespełnienia w/w warunku ma zastosowanie § 6 ust. 3f niniejszej umowy , lub **stawka za godzinę świadczenia usług zdrowotnych zostanie pomniejszona o ZUS pracodawcy**. W przypadku osób z uprawnieniem emerytalnym/rentowym zastosowanie jak w zdaniu poprzednim tzn. **stawka za godzinę świadczenia usług zdrowotnych zostanie pomniejszona o ZUS pracodawcy**.
- Przepis § 3 ust. 11 nie znajduje zastosowania dla do osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą.
- 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.
- Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapoznania oraz przestrzegania zasad, norm i standardów wynikających z obowiązującego w szpitalu Systemu Zarządzania Jakością.
- Przyjmujący zamówienie w związku z realizacją niniejszej umowy zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa, w tym przepisów bhp, p.poż, oraz wewnątrzzakładowych aktów prawnych obowiązujących u Udzielającego zamówienie.

16. Przyjmującemu zamówienie nie wolno pobierać jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich bliskich z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.
17. Przyjmującemu zamówienie nie wolno prowadzić żadnych działań, które można uznać za działania na szkodę Udzielającego zamówienie, w szczególności zabronione wykonywanie świadczeń zdrowotnych na koszt Udzielającego zamówienia osobom nie będącym pacjentami Udzielającego zamówienia.
18. Przyjmującemu zamówienie nie wolno wykonywać świadczeń zdrowotnych u innych świadczeniodawców w dniach i godzinach udzielania świadczeń u Udzielającego zamówienie.
19. Podczas wykonywania czynności określonych w przedmiocie umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do stosowania zasad i dobrych praktyk wynikających z zapisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz wewnętrznych regulacji obowiązujących u Udzielającego Zamówienia w powyższym zakresie.
20. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do posiadania i przedłożenia aktualnego zaświadczenia lekarskiego wskazującego na brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową oraz aktualnego orzeczenia lekarskiego z przeprowadzonego badania do celów sanitarno-epidemiologicznych. Przyjmujący Zamówienie w okresie obowiązywania przedmiotowej umowy zobowiązany jest do posiadania i przedkładania Udzielającemu Zamówienia aktualnych zaświadczeń.
21. Badania lekarskie, o których mowa w pkt. **20** Przyjmujący Zamówienie wykona na własny koszt.

§ 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 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 wzorami stanowiącymi Załączniki nr 2 i 3 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 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.
7. Za dotrzymanie terminu zapłaty uważa się datę obciążenia konta 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 na podstawie prawa wierzyciela (Art. 518 k.c).

§ 5

1. Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu niniejszej umowy, ponoszą solidarnie Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie.
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 dwukrotności stawki godzinowej 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 01.05.2023 r. do 29.02.2024 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.
3. 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)
 - g. nie poinformowania Udzielającego Zamówienia o prawomocnym zakończeniu prowadzonego przeciwko Przyjmującemu zamówienie postępowania dyscyplinarnego i o jego rozstrzygnięciu w terminie 7 dni od daty uprawomocnienia się.

§ 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.

§ 8

1. Wykonanie umowy nastąpi zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych obowiązującymi od 25 maja 2018 r. zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

2. Strony zobowiązują się wykonywać zobowiązania wynikające z niniejszej Umowy z najwyższą starannością zawodową w celu zabezpieczenia prawnego, organizacyjnego i technicznego interesów Stron w zakresie zabezpieczenia danych osobowych dotyczących pacjentów, przetwarzanych w związku z zawartą umową.
3. Przyjmujący zamówienie przetwarza dane osobowe wyłącznie na udokumentowane polecenie administratora.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się zastosować środki techniczne i organizacyjne mające na celu należyte, odpowiednie do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, zabezpieczenie powierzonych do przetwarzania danych osobowych, w szczególności zabezpieczyć je przed udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabranieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem przepisów prawa, oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.
5. Wszelkie osoby mające dostęp do danych osobowych powinny zostać upoważnione i zobowiązane do zachowania tajemnicy.
6. Przyjmujący zamówienie po zakończeniu świadczenia usług związanych z przetwarzaniem zależnie od decyzji administratora danych usuwa wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że są przepisy prawa nakazujące dalsze przetwarzanie danych.
7. Przyjmujący zamówienie, uwzględniając charakter przetwarzania oraz dostępne mu informacje, pomaga administratorowi wywiązać się z obowiązków określonych w art. 32–36 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
8. Naruszeniem jest każdy incydent prowadzący do przypadkowego lub niezgodnego z prawem zniszczenia, utracenia, zmodyfikowania, nieuprawnionego ujawnienia lub nieuprawnionego dostępu do danych osobowych przesyłanych, przechowywanych lub w inny sposób przetwarzanych. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się niezwłocznie zawiadomić o 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. Strony zgodnie oświadczenia, że przy wykonywaniu umowy zobowiązują się przestrzegać przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, tj. w szczególności rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, obowiązujących u Zleceniodawcy przepisów wewnętrznych, w tym Polityki Ochrony Danych Osobowych.
12. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że świadomy jest obowiązku prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w sposób określony w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także obowiązku zapewnienia ochrony danych zawartych w tej dokumentacji.
13. Strony zgodnie oświadczenia, że Przyjmujący zamówienie będzie realizował obowiązki wynikające z umowy w imieniu i na rzecz Udzielającego zamówienie, co oznacza obowiązek stosowania się przez Przyjmującego zamówienie do obowiązujących u Udzielającego zamówienie przepisów wewnętrznych, w tym Polityki Ochrony Danych Osobowych, a także obowiązek wykorzystywania w tym celu wyłącznie zasobów technicznych i organizacyjnych do udzielania świadczeń zdrowotnych należących do Udzielającego zamówienie.
14. Strony oświadczenia, że Przyjmujący zamówienie nie prowadzi własnej dokumentacji medycznej oraz nie jest też podmiotem przetwarzającym.
15. 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.
16. 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. Wszystkie spory wynikające z powyższej umowy rozstrzygać będzie sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienie.
2. 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 – Rachunek do umowy o udzielenie zamówienia
Załącznik Nr 4 - Polisa ubezpieczenia OC nr.....z dnia.....
Załącznik Nr 5 - Dokumenty wymagane zgodnie z wybranym pakietem podane w punkcie „IV wymagania stawiane Oferentom „
Materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.
Załącznik Nr 6 – Materiały dotyczące szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne
Załącznik Nr 7 - Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych
Załącznik Nr 8 - Oświadczenie o zachowaniu tajemnicy i poufności
Załącznik nr 9 – Oświadczenie

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

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/położnej oddziałowej.....

....., dn.
 (miejscowość) (data)

RACHUNEK DO UMOWY O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
 nr.z dnia.....za miesiąc.....

Przyjmujący Zamówienie

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Pesel.....

Udzielający Zamówienia

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. ul. Zamkowa 4,

NIP:6482700583

ROZLICZENIE UMOWY:

Kwota rachunku brutto:	
słownie :	
Skł. ubezpie. zdrowotne	
Koszty uzyskania	
Zaliczka na podatek	
Składki na ubezpie. emerytalna	
Składki na ubezpie. rentowe	
Składki na ubezpie. chorobowe	

Sposób zapłaty : przelew/gotówka w kasie

Nr rachunku bankowego :

.....

(data złożenia rachunku)

.....

(podpis Przyjmującego zamówienie)

Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym :

(data i podpis)

Zabrze, dn. r.

UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Działając w imieniu Szpitala Miejskiego w Zabrzu 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 upoważniam Pana/Panią:

.....

do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do wykonywania obowiązków na stanowisku, w formie elektronicznej i papierowej, w tym w zakresie niezbędnym do obsługi systemu informatycznego i urządzeń wchodzących w jego skład, wyłącznie na opisane w niniejszym upoważnieniu polecenie Administratora tj. Szpitala Miejskiego w Zabrzu Sp. z o.o.

Jednocześnie nadaję Panu/Pani identyfikator do przetwarzania w powyższym zakresie danych zawartych w systemie informatycznym Szpitala Miejskiego w Zabrzu 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 Zabrzu 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 Zabrzu 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 osobowych. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z wewnętrznymi regulacjami obowiązującymi u Administratora Danych Osobowych, w szczególności Polityką Ochrony Danych wraz z załącznikami.
- Będę wykorzystywać informacje, dokumenty i dane osobowe wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym do należytego wykonywania powierzonych mi obowiązków.
- Zapewnię bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych poprzez ich ochronę w szczególności przed niepowołanym dostępem, nieuzasadnioną modyfikacją i zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem, pozyskaniem lub utratą.
- Zobowiązuje się także do natychmiastowego informowania Administratora Danych Osobowych o wszelkich naruszeniach dotyczących ochrony danych osobowych, które będą mi znane.
- Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych, do których uzyskam dostęp w trakcie współpracy z Administratorem jak i po jej zakończeniu, a także do zachowania w tajemnicy stosowanych przez Administratora Danych Osobowych sposobów ich zabezpieczeń. W szczególności nie będę rozpowszechniać, ujawniać, przekazywać informacji, dokumentów i danych osobowych jakąkolwiek drogą na rzecz jakichkolwiek osób lub podmiotów trzecich, które nie są uprawnione do przetwarzania takich informacji, dokumentów lub danych osobowych objętych ochroną.
- 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

OŚWIADCZENIE (dotyczy osób fizycznych)

PESEL.....

Nazwisko i imiona

Oświadczam, że:

Jestem/nie jestem* zatrudniony na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia* u innego pracodawcy, ubezpieczony w ZUS * i osiągam/ nie osiągam* wynagrodzenie wyższe lub równe niż minimalne określone przez M.P.i P.S. tj. : **3490,00 zł od dnia 01.01.2023r. - 30.06.2023r. , oraz 3600zł od dnia 01.07.2023r. – 31.12.2023r** brutto miesięcznie(ze zmianami na 2024 rok), odprowadzam składki z innego tytułu ; Tak/Nie

Jestem / nie jestem emerytem / rencistą*

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania zleceniodawcy o wszelkich zmianach w treści niniejszego oświadczenia. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)