Załącznik nr 4 do SWKO

**UMOWA NR ..............**

zawarta w Wilkowicach w dniu………….  **2026 r.** pomiędzy:

**SP ZOZ Szpitalem Kolejowym w Wilkowicach - Bystrej**

**43-365 Wilkowice, ul. Żywiecka 19,**

**KRS: 0000031391, NIP: 937-21-88-022, REGON: 010657175, RPWDL: 0000000013925**

reprezentowanym przez:

Ireneusza Staniek - Dyrektora

zwanym w dalszej treści umowy - **„Zamawiającym”**

**a**

**……………………………………….**

**…………………………………….**

zwanym w dalszej treści umowy - **„Świadczeniodawcą”**

§ 1

1. Zamawiający w oparciu o protokół komisji konkursowej z dnia ......................... powierza prowadzenie samodzielnej opieki lekarskiej na zasadach usługi cywilnoprawnej,   
   a Świadczeniodawca zobowiązuje się do prowadzenia samodzielnej opieki lekarskiej,   
   o której mowa w § 2, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii w Poradni Kardiologicznej zgodnie z przyjętym Harmonogramem Pracy Poradni Kardiologicznej. Harmonogram stanowi załącznik nr 5 do SWKO. Szczegółowy rozkład czasu udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Kardiologicznej   
   w poszczególnych miesiącach strony umowy ustalają każdorazowo w harmonogramie miesięcznym.
2. Świadczeniodawca będzie wykonywał przedmiot umowy w wymiarze …… godzin   
   w tygodniu.
3. Świadczeniodawca będzie realizował zadania, o których mowa w ust. 1 przy użyciu aparatury i sprzętu medycznego będącego na wyposażeniu komórek organizacyjnych Zamawiającego oraz z wykorzystaniem leków, materiałów opatrunkowych, sprzętu jednorazowego użytku itp. zapewnionych przez Zamawiającego.
4. Zamawiający zobowiązuje się do utrzymania w należytym stanie technicznym sprzętu   
   i aparatury medycznej niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych,   
   a Świadczeniodawca zobowiązuje się do używania go zgodnie z instrukcjami obsługi   
   i zasadami BHP.
5. Zamawiający zobowiązuje się do zapewnienia odpowiedniego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń potrzebnych do udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Świadczeniodawca nie ponosi odpowiedzialności za zużycie rzeczy, o których mowa w ust. 3, będące następstwem prawidłowego ich używania.
7. Świadczeniodawca zobowiązuje się do dbałości o użytkowany sprzęt i aparaturę Zamawiającego.
8. Świadczeniodawcy przysługuje prawo do nieodpłatnej przerwy w wykonywaniu przedmiotu umowy w wysokości 30 dni kalendarzowych na rok.
9. Świadczeniodawca zobowiązany jest powiadomić niezwłocznie Zamawiającego   
   o niemożności wykonania umowy wskutek zdarzeń losowych. Informacja musi zostać skutecznie przekazana nie później niż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń w danym dniu. O niemożliwości wykonania umowy na skutek zdarzeń losowych Świadczeniodawca zobowiązany jest powiadomić Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa   
   w następujący sposób – telefonicznie (na nr tel. 33 812 20 20 wew. 130.) lub poprzez pocztę elektroniczną (e-mail: biuro@szpital-kolejowy.com)
10. Integralną częścią umowy jest:
11. SWKO,
12. Oferta Świadczeniodawcy.

§ 2

Zamawiający zleca, a Świadczeniodawca przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującą u Zamawiającego organizacją realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii w Poradni Kardiologicznej, w tym w szczególności zgodnie z harmonogramem oraz wewnętrznymi zasadami określonymi zarządzeniem w Szpitalu.

§ 3

* 1. Harmonogram ustala Zastępca Dyrektora ds. Medycznych w porozumieniu ze   
     Świadczeniodawcą. W przypadku braku porozumienia co do treści harmonogramu, harmonogram ustala wiążąco dla Świadczeniodawcy Zastępca Dyrektora ds. Medycznych.
  2. Miejscem świadczenia jest Poradnia Kardiologiczna.
  3. W przypadku zmiany organizacji udzielania świadczeń u Zamawiającego, miejsce wykonywania świadczeń może ulec zmianie.

§ 4

* + 1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej.
    2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta i realizacji obowiązków względem pacjenta i członków jego rodziny lub innych osób upoważnionych, wynikających w szczególności z ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2024, poz. 1287, ze zm.), ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U.2024.581 z późn. zm.).
    3. Obowiązek określony w ust. 2 dotyczy w szczególności respektowania praw pacjenta (osób przez niego upoważnionych) do:
  1. rzetelnej informacji o stanie zdrowia, proponowanych metodach diagnostyki i leczenia, prognozach leczenia i ryzyku powikłań,
  2. współuczestnictwa w procesie decyzyjnym, co do wyboru metody diagnostyki/leczenia,
  3. wyrażania świadomej zgody na proponowany rodzaj postępowania: diagnostykę inwazyjną i inne zabiegi stwarzające ryzyko powikłań,
  4. ochrony danych o stanie zdrowia, tajemnicy lekarskiej.
     1. Świadczeniodawca zobowiązany jest ponadto przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych do:

1. wystawiania recept zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami określającymi sposób i tryb wystawiania recept,
2. wystawiania orzeczeń lekarskich, w tym o czasowej niezdolności do pracy, skierowań, zaświadczeń itp. według obowiązujących przepisów,
3. prowadzenie dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami i regulacjami wewnątrzzakładowymi, przy czym:

- Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego uzupełniania Historii Choroby Pacjenta. Wpisy w Historii Choroby muszą być dokonywane czytelnie i odpowiadać standardom wymaganym przez NFZ,

1. dokonywania wszystkich czynności związanych z udzielaniem świadczenia zdrowotnego w Poradni,
2. ordynowania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych zgodnie   
   z obowiązującymi przepisami oraz z uwzględnieniem zasady nieprzekraczania granicy koniecznej potrzeby,
3. przestrzegania zasad tajemnicy zawodowej i obowiązków określonych w ustawie z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019.1781 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniu 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, RODO),
4. prowadzenia sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 5

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do respektowania wszystkich wewnątrzzakładowych regulacji prawnych obowiązujących w miejscu udzielania świadczeń odnoszących się do organizacji i porządku udzielania świadczeń zdrowotnych tj. instrukcji, regulaminów oraz procedur.
2. Świadczeniodawca oświadcza, że nie zachodzi wobec niego przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2025 r., poz. 1461 z późn. zm.), uniemożliwiająca realizację zawartej umowy.

§ 6

Świadczeniodawca ma obowiązek powiadomić Zamawiającego o każdym przypadku skargi pacjenta lub jego przedstawicieli, zarzutach karnych, roszczeniach cywilnoprawnych oraz   
o postępowaniu dotyczącym jego odpowiedzialności zawodowej w zakresie świadczonych przez niego usług medycznych.

§ 7

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest przy realizacji niniejszej umowy do ścisłej współpracy z lekarzami, pielęgniarkami i innym personelem komórek organizacyjnych Szpitala.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do dokonywania powiadomień organów ścigania   
   w sytuacjach określonych prawem oraz realizacji obowiązku powiadomienia inspekcji sanitarnej w sytuacji podejrzenia choroby zakaźnej.

§ 8

* + - 1. Świadczeniodawca odpowiada za wykonywanie świadczeń zdrowotnych przed Zamawiającym.
      2. Bezpośrednią kontrolę merytoryczną nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych   
         i prowadzeniem dokumentacji medycznej sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.
      3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zawiadomienia Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa o wszystkich ważnych wydarzeniach w Poradni Kardiologicznej i występujących nieprawidłowościach.

1. Świadczeniodawca ma obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Zamawiającego, a której przedmiot dotyczyć może w szczególności:
2. sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych i ich oceny merytorycznej,
3. prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej,
4. gospodarowania sprzętem, aparaturą medyczną, środkami farmakologicznymi wykorzystywanymi w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych,
5. prawidłowości dokonywania rozliczeń z tytułu kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Świadczeniodawca ma obowiązek poddawania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2025 r., poz. 1461 z późn. zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z NFZ.

§ 9

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do obciążenia Świadczeniodawcę ewentualnymi kosztami, jakie poniesie z powodu wystawienia recept przez Świadczeniodawcę niezgodnie   
   z obowiązującymi przepisami oraz w związku z nieprawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej, będącymi następstwem kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Wysokość szkody i termin jej naprawienia Zamawiający określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty.

§ 10

Świadczeniodawca nie może pobierać opłat od pacjentów i ich przedstawicieli ani żadnych innych form gratyfikacji.

§ 11

1. Strony ponoszą solidarną odpowiedzialność względem osób trzecich za wyrządzoną im szkodę.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej z tytułu realizacji niniejszego kontraktu zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Świadczeniodawca oświadcza, że posiada aktualnie i będzie posiadał w okresie realizacji zamówienia ważne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych przez siebie usług.
4. Przed upływem okresu ubezpieczenia wynikającego z aktualnej polisy Świadczeniodawca doręczy Zamawiającemu, pod rygorem natychmiastowego rozwiązania umowy, potwierdzenie przedłużenia posiadanego ubezpieczenia bądź zawarcia nowego ubezpieczenia na kolejny okres.

§ 12

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy.
2. Prawo cedowania swoich obowiązków i uprawnień z umowy na osobę trzecią nie przysługuje również w razie zaistnienia okoliczności uniemożliwiających osobiste udzielanie świadczeń zdrowotnych takich jak choroba, szkolenia zawodowe itp.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do poinformowania Zamawiającego o zaistnieniu okoliczności, o których mowa w ust. 2 w terminie poprzedzającym nieobecność, umożliwiającym dokonanie stosownych zmian w harmonogramie udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. W przypadku nieobecności spowodowanej przyczynami nagłymi, uniemożliwiającymi zachowanie trybu określonego w ust. 3, Świadczeniodawca zobowiązany jest poinformować Zamawiającego o przyczynie nieobecności i przewidywanym czasie jej trwania w możliwie najkrótszym terminie.

§ 13

* 1. Strony ustalają, iż wynagrodzenie z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie ma wynosić ………. % wynagrodzenia za 1 pkt rozliczeniowy brutto x liczba zrealizowanych, poprawnie potwierdzonych punktów w ramach przyznanego miesięcznego limitu.

1. Zamawiający poinformuje Świadczeniodawcę o limitach wykonania świadczeń w Poradni Kardiologicznej.
2. Zamawiający będzie informował Świadczeniodawcę o wszystkich zmianach limitów wykonania oraz wysokości wynagrodzenia za 1 punkt rozliczeniowy zgodnie z umową   
   o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 122/100149/03/8/2026.
3. W przypadku gdy zostaną przekroczone limity wykonania, o których mowa w ust. 2 i 3, Zamawiający nie zapłaci Świadczeniodawcy za wykonania ponad limit, chyba, że Zamawiający otrzyma wynagrodzenie za nadwykonanie od NFZ. W takim wypadku Świadczeniodawca otrzyma … % wynagrodzenia określonego w ust. 1 w stosunku do otrzymanych środków z NFZ (rozliczenie proporcjonalne).
4. Świadczeniobiorcy przysługuje prawo odmowy zlecania świadczeń ponad limit. Świadczeniodawcy przysługuje prawo odmowy świadczeń ponad limit.
5. Całkowite wynagrodzenie Świadczeniodawcy wyliczane będzie zgodnie katalogiem ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych stanowiących Załącznik 5a do Zarządzenia Nr 132/2024/DSOZ z dnia 31 grudnia 2024 r. wraz z późniejszymi zmianami.
6. Wynagrodzenie Świadczeniodawcy będzie ustalane z uwzględnieniem zasad ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i faktyczny poziom finansowania świadczeń realizowanych w ramach niniejszej umowy. W szczególności wpływ na wysokość wynagrodzenia Świadczeniodawcy będą miały zapisy i skutki wynikające z postanowień Zarządzenia Nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 01 kwietnia 2025 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
7. Rozliczenie wynagrodzenia za udzielone świadczenia następuje w okresach miesięcznych   
   w PLN.
8. Fakturę / rachunek (faktura) za zrealizowane świadczenia Świadczeniodawca zobowiązany jest wystawić do 15 dnia następnego miesiąca, w którym były wykonane świadczenia zdrowotne.
9. Z chwilą wystawienia faktury VAT/rachunku Świadczeniodawca zobowiązany jest wystawić specyfikację realizacji świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem zasad wynagrodzeń, o których mowa w ust. 1. Specyfikację zatwierdza Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.
10. Przekazanie wynagrodzenia następuje w terminie do 14 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionego rachunku (faktury) za miesiąc, którego rozliczenie dotyczy oraz specyfikacji realizacji świadczeń zdrowotnych.
11. W przypadku nieprawidłowości w wystawieniu rachunku (faktury), termin określony w ust. 11 liczy się od daty wystawienia poprawionego rachunku (faktury). Opóźnienie w przekazaniu przez Świadczeniodawcę prawidłowo wystawionych dokumentów spowoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia. W takim przypadku Świadczeniodawcy nie przysługuje prawo do naliczania jakichkolwiek odsetek.
12. Wypłata wynagrodzenia następuje na konto bankowe, wskazane w rachunku (fakturze).
13. Faktura nie podlega wystawieniu za miesiące, w których Świadczeniodawca nie świadczył usług zdrowotnych na rzecz Zamawiającego, będących przedmiotem niniejszej umowy.
14. Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący. Podmiot tworzący wydaje zgodę albo odmawia jej wydania, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w oparciu o analizę sytuacji finansowej i wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej za rok poprzedni. Zgodę wydaje się po zasięgnięciu opinii kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
15. Świadczeniodawca oświadcza, że w razie sprawozdania świadczeń niezgodnie   
    z obowiązującymi przepisami oraz umową zawartą z NFZ, przez co Zamawiający zmuszony będzie zwrócić środki finansowe za udzielone świadczenie do NFZ, Świadczeniodawca będzie zobowiązany do zwrotu środków finansowych uzyskanych za zakwestionowane świadczenie.

§ 14

1. Zamawiający ma prawo stosować wobec Świadczeniodawcy kary umowne w wysokości każdorazowo do 5% kwoty miesięcznego zobowiązania Zamawiającego (w okresie rozliczeniowym poprzedzającym okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło zdarzenie uzasadniające naliczenie kary umownej) za każde zdarzenie, które wydarzyło się w okresie rozliczeniowym:
2. za zachowanie niezgodne z zasadami kodeksu etyki lekarskiej,
3. za stwierdzone nieprawidłowości w dokumentacji medycznej,
4. za każdy przypadek nieprzestrzegania praw pacjenta,
5. za każdy przypadek nieprzestrzegania obowiązujących instrukcji procedur wewnątrzzakładowych, obowiązujących w miejscu udzielania świadczeń w szczególności w zakresie reżimu sanitarno - epidemiologicznego,
6. za nieterminowe i nierzetelne wypełnianie dokumentacji medycznej,
7. w przypadku odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych w terminie wyznaczonym w harmonogramie.
8. W przypadku rozwiązania umowy przez Zamawiającego z przyczyn, o których mowa w § 16 ust. 1, leżących po stronie Świadczeniodawcy, Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapłaty kary umownej w wysokości 50% wynagrodzenia wypłaconego w poprzednim miesiącu rozliczeniowym.
9. Łączna wysokość potrąceń z tytułów wymienionych w ust. 1 w danym miesiącu nie może przekroczyć 30% kwoty zobowiązania Zamawiającego w okresie rozliczeniowym poprzedzającym okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło zdarzenie uzasadniające naliczenie kary umownej.
10. O nałożeniu kary umownej/potrąceniu Świadczeniodawca będzie każdorazowo informowany w formie pisemnej.
11. Zamawiający może dochodzić pełnego odszkodowania od Świadczeniodawcy na zasadach ogólnych, jeżeli wysokość kar umownych/potrąceń nie rekompensuje w pełni wysokości poniesionej szkody, w tym utraconych korzyści.
12. Kary umowne podlegają potrąceniu z bieżących należności Świadczeniodawca.

§ 15

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia …. do dnia …...
2. Umowa może zostać rozwiązana w skutek oświadczenia jednej ze Stron, z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia. Termin wypowiedzenia rozpoczyna bieg z pierwszym dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożono pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu umowy.
3. Umowa może zostać rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron.
4. Rozwiązanie następuje w formie pisemnej.

§ 16

1. Umowa może zostać rozwiązana na skutek oświadczenia Zamawiającego, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku, gdy Świadczeniodawca rażąco naruszy istotne postanowienia umowy, w szczególności:
2. zachowania niezgodnego z zasadami kodeksu etyki lekarskiej,
3. nieprawidłowo prowadzi dokumentację medyczną związaną z wykonywanymi świadczeniami i nie stosuje się do zaleceń Zamawiającego w tym zakresie;
4. rażąco i uporczywie narusza prawa pacjenta, co znajdzie potwierdzenie w postępowaniu wyjaśniającym przeprowadzonym przez Zamawiającego;
5. nie posiada aktualnego ubezpieczenia OC.
6. Rozwiązanie umowy następuje w formie pisemnej z wyraźnym wskazaniem przyczyny.
7. Umowa wygasa automatycznie w przypadku utraty przez Świadczeniodawcę uprawnień do wykonywania zadań objętych zakresem umowy.
8. Świadczeniodawca zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania na piśmie Zamawiającego o wystąpieniu okoliczności, o których owa w ust. 3.
9. Umowa wygasa automatycznie, gdy Zamawiającemu wygaśnie kontrakt z NFZ na świadczenie usług w komórkach wymienionych w § 2 ust. 1.
10. Zamawiający zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania na piśmie Świadczeniodawcę o wystąpieniu okoliczności, o których owa w ust. 5.
11. W razie zaistnienia istotnej zmiany (np. ograniczenie kontraktu z NFZ) okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.
12. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 Świadczeniodawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.
13. W razie rozwiązania lub wygaśnięcia niniejszej umowy Świadczeniodawca zobowiązany jest niezwłocznie przekazać Zamawiającemu wszelkie dokumenty i inne materiały, jakie sporządził, zebrał, opracował lub otrzymał w trakcie trwania umowy w związku z jej wykonywaniem.

§ 17

Wszelkie zmiany do niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 18

Świadczeniodawca wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych i ich przekazywanie do instytucji, które żądają danych osobowych w związku z realizacją ustawowych zadań (ZUS, Urzędy Skarbowe, Izby Lekarskie).

§ 19

Świadczeniodawca zobowiązuje się do udzielenia każdorazowo, na żądanie Zamawiającego, pełnej informacji na temat stanu realizacji przedmiotu umowy na każdym etapie. W przypadku zgłoszenia przez Zamawiającego zastrzeżeń związanych z wykonywaniem przedmiotu umowy, Świadczeniodawca ma obowiązek skorygowania sposobu realizacji przedmiotu umowy bądź odniesienia się do wniesionych zastrzeżeń w terminie 7 dni od ich zgłoszenia.

§ 20

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Kodeksu Etyki Lekarskiej.
2. Ewentualne spory wynikłe w trakcie realizacji umowy będą w miarę możliwości rozstrzygane polubownie, a w przypadku braku porozumienia stron przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

§ 21

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach: jeden dla Świadczeniodawcy, dwa dla Zamawiającego.

Załącznik nr 1 - WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Załącznik nr 2 - ZOBOWIĄZANIE DO ZACHOWANIA TAJEMNICY

Załącznik nr 3 - OŚWIADCZENIA ŚWIADCZENIODAWCY DO UMOWY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

Załącznik nr 4 - KOPIA AKTUALNEJ POLISY UBEZPIECZENIA OC ŚWIADCZENIODAWCY

**Zamawiający Świadczeniodawca**

Załącznik numer 1

do Umowy ............

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**w Poradni Kardiologicznej**

ZA MIESIĄC …………………………. 20……R.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **LICZBA PUNKTÓW ROZLICZENIOWYCH** | **KWOTA BRUTTO ZA 1 PUNKT ROZLICZENIOWY** | **KWOTA ŁĄCZNA BRUTTO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………………………………………………………………

Podpis Wykonawcy

POTWIERDZAM WYKONANIE W/W ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

………………………………………………………….

data i podpis

Załącznik numer 2

do Umowy nr .......

**ZOBOWIĄZANIE DO ZACHOWANIA TAJEMNICY**

**(składa Wykonawca oraz jego personel)**

Nazwisko ………………………….......................................................................................................

Imię (imiona): .......................................................................................................................................

Numer identyfikacyjny PESEL: …………………………….......................................……………….

Ja niżej podpisany/a, potwierdzając zgodność moich danych osobowych ze stanem faktycznym, oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z treścią ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2019.1781) oraz 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) (Dz.U. UE 2016 z 4.5.2016 r. L 119 s. 1 z późn. zmian.),
2. zostałem/am uprzedzony/a, iż dane osobowe i medyczne przetwarzane w SPZOZ Szpitalu Kolejowym w Wilkowicach-Bystrej podlegają ustawowej ochronie prawnej na podstawie postanowień ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019.1781) oraz 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) (Dz.U. UE 2016 z 4.5.2016 r. L 119 s. 1 z późn. zmian.).
3. zobowiązuję się do nieujawniania pozyskanych w ramach wykonywania prac związanych z realizacją przedmiotu w/w umowy informacji, objętych tajemnicą służbową w rozumieniu ustawy z dnia 05 sierpnia 2010r. o ochronie informacji niejawnych (tj. Dz.U. z 2025r. poz. 1209 z późń. zm.) oraz informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj. Dz.U. z 2022r. poz. 1233 z późń. zm),
4. obowiązek zachowania w tajemnicy informacji dotyczących wyżej wymienionych danych uzyskanych w związku z realizacją przedmiotu umowy, o którym mowa w pkt 3, ciąży na mnie nawet po wygaśnięciu umowy, na zasadach określonych w ustawie z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj. Dz.U. z 2022r. poz. 1233 z późń. zm.).

Powyższe zobowiązanie zachowuje ważność w zakresie pozyskanych w trakcie realizacji umowy danych osobowych i medycznych **bezterminowo**.

........................................................

Podpis Świadczeniodawcy

Wilkowice, dnia .................................................. r.

Załącznik numer 3

do Umowy nr ........................

OŚWIADCZENIA ŚWIADCZENIODAWCY  
DO UMOWY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W RAMACH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

(składa Świadczeniodawca)

W związku z Rozporządzeniem 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) **oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, o tym, że:**

* podanie danych osobowych zawartych w umowie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej ma charakter dobrowolny, jednak ich brak uniemożliwia podpisanie niniejszej umowy,
* administratorem moich danych osobowych, w rozumieniu ustawy z dnia 10 maja 1998 r.  
  o ochronie danych osobowych oraz 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), jest SP ZOZ Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej,
* przekazane dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b, lit. c i lit. f 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),
* dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych można uzyskać pod adresem   
  e-mail iod@szpital-kolejowy.com lub pod nr telefonu 33 812 20 20
* przekazane dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji i w zakresie objętym przedmiotową umową,
* przekazane dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z odrębnych przepisów prawa,
* administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa,
* przysługuje mi prawo do żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, mam prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
* jestem świadomy/-a, że prawo do usunięcia moich danych osobowych może zostać ograniczone warunkami zawieranej umowy,
* przysługuje mi prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych,
* Administrator nie będzie stosował wobec mnie zautomatyzowanego podejmowania decyzji,  
  w tym profilowania.

Wilkowice, dnia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

(podpis Świadczeniodawcy)