**WZÓR - UMOWA ZLECENIE NR ….…./D/2024**

***O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH***

***W ZAKRESIE***

***TECHNIKA ANALITYKI MEDYCZNEJ***

***w Pracowni Histopatologii***

zawarta w Ełku w dniu ………………….. 2024 r.

pomiędzy:

**1. Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Lublinie,**  Al. Racławickie 23, 20-049 Lublin, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Lublinie pod numerem 0000026235, zwanym w dalszej części umowy **UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA (UZ)**, reprezentowanym przez:

**…………………………………………………………………………..,** na podstawie pełnomocnictwa nr ………………….z dnia ………………………. r.

a

**………………………,** ADRES: …………………….., PESEL: …………………., posiadającym dyplom uzyskania tytułu zawodowego nr …………….., zwanym w dalszej części umowy **PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE (PZ).**

*Na podstawie art. 26 ust. 3 i 4 oraz art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 991 z późn. zm.) strony zawierają umowę następującej treści:*

Do niniejszej umowy zastosowanie mają między innymi niżej wymienione przepisy:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r., poz. 991 z późn. zm),
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2022, poz. 2561 z późn. zm.) i wydane do niej przepisy wykonawcze w zakresie zadań wynikających z niniejszej umowy,
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity
Dz. U. 2023 poz. 1545 z późn. zm.),
4. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte pomiędzy Warmińsko-Mazurskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie, a 1. Wojskowym Szpitalem Klinicznym
z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Lublinie,
5. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte z innymi podmiotami niż Narodowy
Fundusz Zdrowia,
6. Statut 1. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie (stanowiący załącznik do Zarządzenia Nr 14/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 sierpnia 2018 r. w sprawie nadania statutu 1. Wojskowemu Szpitalowi Klinicznemu z Polikliniką Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Lublinie,
7. Kodeks cywilny.
8. [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu
 i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150002069) (Dz.U. 2022 poz. 1304
z późn. zm,).

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie na zasadach umowy zlecenia, o której stanowi art. 734 kodeksu cywilnego, świadczeń zdrowotnych w zakresie technika analityki medycznej w Pracowni Histopatologii w 1. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ
w Lublinie –Filia w Ełku.
2. PZ będzie wykonywać świadczenia zdrowotne wymiarze nie mniejszym, niż …. godzin miesięcznie.
3. Szczegółowy zakres czynności stanowi **Załącznik nr 1** do Umowy.
4. Minimalna liczba osób wykonujących przedmiot umowy 1 osoba.
5. Przedmiot umowy wykonywany będzie w dokładnym miejscu i czasie określonym przez Koordynatora Pracowni Histopatologii w harmonogramie, sporządzonym na każdy miesiąc do dnia 25 każdego miesiąca oraz zaakceptowanym przez Kierownika Medycznego Laboratorium Diagnostycznego – wzór stanowi **Załącznik nr 2** do Umowy.

**§ 2**

1. PZ oświadcza, że posiada kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy, na dowód czego przekłada oryginały, a załącza kopie, stanowiące załączniki do niniejszej umowy:
2. dyplom technika analityki medycznej;
3. aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy;
4. zaświadczenie o odbytym szkoleniu bhp.

2. Wymienione uprawnienia są aktualne. Nadto PZ oświadcza, że:

1. w chwili obecnej nie toczy się przeciw niemu żadne postępowanie sądowe
ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związanej
z wykonywaniem zawodu;
2. o utracie uprawnień, a także wszczęciu w przyszłości któregokolwiek z postępowań wymienionych wyżej, PZ zobowiązuje się poinformować UZ na piśmie, niezwłocznie po tym fakcie.

**§ 3**

PZ świadczy usługi w zakresie, o którym mowa w § 1 umowy osobom uprawnionym
do korzystania ze świadczeń, w tym:

1. osobom uprawnionym do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej;
2. osobom innym, niż ubezpieczeni, na rzecz których powinny być udzielane świadczenia zdrowotne, wymienione w art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - na podstawie decyzji UZ,
3. pozostałym osobom wskazanym przez UZ.

**§ 4**

1. Świadczenia będące przedmiotem niniejszej umowy PZ zobowiązuje się wykonywać zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością.
2. Za szkody w majątku UZ, PZ odpowiada do pełnej wysokości poniesionej szkody, jeżeli powstała ona z przyczyn działania lub zaniechania PZ.
3. PZ nie może bez zgody UZ przenieść przysługujących mu wobec UZ wierzytelności.

**§ 5**

PZ zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu umowy osobiście.

**§ 6**

W zakresie wykonywania umowy PZ zobowiązuje się do:

1. należytego sporządzania dokumentacji medycznej (również w systemach informatycznych obowiązujących u UZ) zgodnie ze stanem rzeczywistym, a zapisy dokumentacji powinny być dokonywane w sposób staranny, czytelny i trwały.
2. Sporządzanie stosowanych sprawozdań, zgodnie z wymogami stawianymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia i wynikającymi z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

**§ 7**

**UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**

1. PZ oświadcza, że dysponuje w chwili przystąpienia do realizacji umowy aktualnym ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i złoży je do UZ przed przystąpieniem do realizacji niniejszej umowy.
2. W przypadku, gdy polisa, o której mowa w ust. 1 nie obejmuje całego okresu, na jaki została zawarta umowa, PZ zobowiązuje się do przedłużenia umowy ubezpieczenia na czas trwania niniejszej umowy.
3. PZ zobowiązany jest do nie zmniejszania zakresu i wysokości ubezpieczenia w trakcie obowiązywania niniejszej umowy.
4. PZ zobowiązany jest do dostarczenia UZ, potwierdzenia przedłużenia i opłacenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, najpóźniej w dniu wygaśnięcia poprzedniej umowy, a w przypadku opłacania składki w ratach – najpóźniej w dniu upływu okresu, w którym rata składki miała być opłacona. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana, bądź upływa termin, na jaki została zawarta, PZ zobowiązany jest dostarczyć, poprzez Punkt Podawczy lub bezpośrednio do Działu Kadr UZ kopię nowej polisy ubezpieczenia na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania polisy dotychczasowej.
5. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie przedmiotu umowy, ponoszą solidarnie UZ I PZ, z zastrzeżeniem ust. 6 niniejszego paragrafu.
6. PZ ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem świadczeń zdrowotnych określonych niniejszą umową,
a wynikłych z przyczyn leżących po stronie PZ.

**§ 8**

**PRAWA I OBOWIĄZKI STRON**

1. PZ zobowiązany jest znać i wykonywać ustalenia wynikające z umów zawartych pomiędzy UZ a Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami, w części dotyczącej przedmiotu umowy.
2. UZ zobowiązuje się do udostępnienia informacji, o których mowa w § 8 ust. 1. Osobą upoważnioną do udostępnienia informacji jest Zastępca Komendanta Filii,
a w przypadku jego nieobecności, inna osoba posiadająca stosowne upoważnienie UZ.

**§ 9**

1. PZ odpowiada za terminowe przekazywanie do odpowiednich komórek administracji szpitala dokumentacji dotyczącej szczegółowych rozliczeń wykonanych świadczeń oraz dokumentów wymaganych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w terminach określonych przez UZ.
2. PZ jest zobowiązany współpracować z UZ oraz komórkami organizacyjnymi szpitala
w zakresie spraw związanych z przedmiotem niniejszej umowy.
3. PZ będzie się stosował do regulaminów, zarządzeń, procedur i standardów UZ wprowadzanych jako regulacje wewnętrzne, w tym do zasad określonych systemem zarządzania jakością lub wprowadzanych w ramach procesu akredytacji.
4. PZ zobowiązuje się do samodoskonalenia zawodowego oraz uczestniczenia
w organizowanych przez UZ szkoleniach.
5. PZ zobowiązuje się do poddania samoocenie oraz ocenie dokonywanej przez UZ.

**§ 10**

1. Dla zapewnienia realizacji umowy UZ zobowiązuje się zapewnić:
2. nieodpłatnie pomieszczenia, dostęp do zaplecza diagnostycznego oraz specjalistycznego sprzętu niezbędnego do udzielania świadczeń określonych niniejszą umową, przy czym PZ ponosi pełną odpowiedzialność za zawinione szkody powstałe z jego przyczyny w mieniu lub sprzęcie UZ. Zasady korzystania z zasobów, o których mowa w § 10 ust 1 ppkt 1) – **stanowi Załącznik nr 3.**
3. korzystanie z dokumentacji medycznej pacjentów na zasadach określonych w powszechnie obowiązujących zakłady opieki zdrowotnej przepisach.

**§ 11**

1. PZ zobowiązany jest zapewnić na własny koszt wszelką odzież, obuwie, środki czystości, niezbędne do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy.

**§ 12**

1. PZ zobowiązany jest do:
2. wykonywania umowy ze szczególną starannością, wynikającą z zawodowego charakteru jego działalności (podwyższony standard staranności), zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, z uwzględnieniem przepisów prawa oraz standardów powszechnie przyjętych w zakresie świadczeń zdrowotnych,
3. prowadzenia historii choroby pacjenta w sposób dający wierny obraz przebiegu choroby i zastosowanego leczenia, sporządzania dokumentacji medycznej (również w systemach informatycznych obowiązujących u UZ) i statystycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi publiczne zakłady opieki zdrowotnej przepisami, a także przepisami dotyczącymi podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, zarządzeniami wewnętrznymi UZ,
4. sporządzania na żądanie UZ, sprawozdań, jak też odpisów, wyciągów z historii choroby pacjentów dla potrzeb ZUS, medycyny sądowej, policji itp.,
5. przestrzegania tajemnicy zawodowej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami, poddania się kontrolom przeprowadzanym przez UZ oraz uprawnione instytucje organów kontrolnych,
6. przestrzegania przepisów bhp, ppoż. i reżimu sanitarnego, odbywania na własny koszt szkoleń w tym zakresie, i przedstawienia niezwłocznie stosownych zaświadczeń o ich ukończeniu,
7. zapoznania się oraz przestrzegania regulacji wewnętrznych, w tym regulaminów, procedur, standardów związanych z polityką jakości oraz procesem akredytacji,
8. UZ zobowiązany jest do samodoskonalenia oraz uczestniczenia w organizowanych przez UZ szkoleniach,
9. PZ zobowiązany jest do poddania się samoocenie oraz ocenie dokonanej przez UZ, a w przypadku negatywnej oceny świadczenia usług, UZ będzie uprawniony do wypowiedzenia umowy wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, z uwagi na to że PZ rażąco narusza istotne postanowienia umowy,
10. przestrzegania przepisów ustawy o ochronie danych osobowych oraz ustawy o ochronie informacji niejawnych,
11. noszenia na terenie 1. WSzKzP SP ZOZ w Lublinie – Filia w Ełku identyfikatora,
12. potwierdzania rozpoczęcia oraz zakończenia udzielania świadczeń medycznych identyfikatorem na elektronicznym rejestratorze czasu pracy,
13. przekazywania UZ informacji o realizacji przyjętego zamówienia na każde pisemne wezwanie bądź ustnie na żądanie Komendanta lub Zastępcy Komendanta UZ.
14. Kontrola realizacji niniejszej umowy wykonywana przez UZ dotyczyć będzie
w szczególności:
15. sposobu, zasadności i celowości korzystania i dysponowania przez PZ z mienia UZ,
16. oceny merytorycznej udzielanych świadczeń zdrowotnych,
17. prowadzenia dokumentacji medycznej (również w systemach informatycznych

 obowiązujących u UZ) i statystycznej, zgodnie z przepisami obowiązującymi w publicznych

 zakładach opieki zdrowotnej oraz u UZ,

1. terminowości prowadzenia dokumentacji medycznej.
2. PZ zobowiązany jest do przedłożenia wszelkich niezbędnych dokumentów oraz do udzielania wszelkich niezbędnych informacji i pomocy podczas kontroli. Ponadto PZ zobowiązany jest uwzględniać wyniki kontroli UZ i stosować się do zaleceń pokontrolnych UZ.

**§ 13**

1. PZ nie wolno wynosić dokumentacji medycznej poza siedzibę UZ, chyba że do celów naukowych za pisemną zgodą Komendanta Filii lub Zastępcy Komendanta Filii Szpitala,
z zachowaniem powszechnie obowiązujących przepisów dotyczących ochrony danych osobowych wynikających z dokumentacji medycznej.
2. Wszyscy pacjenci hospitalizowani, na rzecz których PZ świadczy usługi zdrowotne, muszą być bezwzględnie ewidencjonowani w Izbie Przyjęć.
3. PZ nie może w trakcie wykonywania niniejszej umowy świadczyć usług zdrowotnych na terenie Szpitala osobom niebędącym pacjentami UZ.
4. PZ może przyjmować tylko pacjentów UZ.
5. PZ nie ma prawa pobierania od osób trzecich żadnych opłat z jakiegokolwiek tytułu, natomiast wszelkie opłaty za usługi pełnopłatne winny być uiszczane w Kasie /punkcie kasowym / Szpitala lub na rachunek bankowy UZ.

**§ 14**

**WYNAGRODZENIE**

1. Za udzielanie świadczeń stanowiących przedmiot umowy, PZ przysługuje wynagrodzenie
w wartości brutto, naliczane w miesięcznym okresie rozliczeniowym za świadczenia zdrowotne, wykonywane przez PZ, a wskazane w § 1 ust. 1, zwanej dalej **WTE** w wysokości odpowiadającej wartością iloczynowi składników:
2. stawki **……………… zł** (słownie: ……………………….) **brutto** za 1 godzinę udzielania świadczeń w zakresie technika analityki medycznej w Pracowni Histopatologii oraz ilości godzin.

Wynagrodzenie brutto w okresie rozliczeniowym: WTE = (…………… zł brutto x ilość godzin).

1. Wypłata wynagrodzenia przysługuje za czas wykonywania usług.
2. Od wynagrodzenia, o którym mowa w § 14 ust. 1 będą potrącone należności publicznoprawne (zaliczka na podatek dochodowy, składki społeczne itp.), zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Wypłata wynagrodzenia następuje w terminie 30 dni od daty przyjęcia przez UZ prawidłowo (zgodnie z przepisami prawa i wymaganiami UZ) wystawionego rachunku przez PZ – **stanowi Załącznik nr 4** do umowy, za każdy okres rozliczeniowy, o którym mowa
w ust. 5 wraz z miesięcznym sprawozdaniem z liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych – **stanowi Załącznik nr 5** do umowy, zgodnym z rejestratorem czasu pracy oraz potwierdzeniem zrealizowanych świadczeń, potwierdzonym przez Koordynatora Pracowni Histopatologii. Rachunek powinien być złożony przez PZ do 12-go dnia miesiąca następującego po danym okresie rozliczeniowym. Termin wskazany na złożenie rachunku jest ostateczny, po jego upływie wszelkie uzupełnienia lub korekty będą skutkowały opóźnieniem w zapłacie należności. Płatność nastąpi przelewem na rachunek PZ, wskazanym w oświadczeniu, dołączonym do niniejszej umowy.
4. Strony ustalają miesięczny okres rozliczeniowy, który rozpoczyna się z pierwszym dniem każdego miesiąca, a kończy ostatnim dniem każdego miesiąca.
5. Terminem płatności jest dzień obciążenia rachunku bankowego UZ.
6. W przypadku, gdy UZ stwierdzi nadpłatę lub, gdy konieczny będzie zwrot odpowiedniej kwoty na podstawie innego tytułu pozostającego w związku z postanowieniami niniejszej umowy, PZ wyraża zgodę na dokonanie stosownego potrącenia z najbliższej płatności z tytułu wykonania niniejszej umowy. Potrącenie może zostać dokonane tylko po uprzednim pisemnym zawiadomieniu PZ o przyczynach i wysokości potrącenia.
7. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 wyczerpuje całość zobowiązań finansowych UZ względem PZ z tytułu wykonania przedmiotu umowy, w szczególności w zakresie należności publicznoprawnych, takich jak składki na ubezpieczenie społeczne, podatki.

**§ 15**

**KARY UMOWNE**

1. W przypadku istotnych naruszeń przez PZ postanowień niniejszej umowy, w szczególności naruszenie przez PZ powierzonych mu obowiązków i zadań, UZ ma prawo wstrzymać do 30 % należności wynikających z wystawionej faktury do czasu wyjaśnienia przez strony przyczyn tych naruszeń.
2. Stwierdzenie naruszeń postanowień niniejszej umowy powinno mieć formę pisemną.
3. PZ traci prawo do części wynagrodzenia określonej w ust 1 niniejszego paragrafu, gdy naruszenie przez niego postanowień niniejszej umowy polegało na:
4. pogorszeniu się jakości wykonywanych na rzecz pacjentów UZ świadczeń,
5. niegospodarnym i nieuzasadnionym korzystaniu z mienia, sprzętu i leków UZ,
6. nieprawidłowym lub sprzecznym z obowiązującymi przepisami prowadzeniu dokumentacji medycznej (również w systemach informatycznych u UZ) i statystycznej,
7. niewykonywaniu poleceń i zarządzeń obowiązujących u UZ,
8. stwierdzeniu naruszeń przez PZ obowiązków i zadań, wynikających z niniejszej umowy.
9. W przypadku, gdy naruszenia niniejszej umowy nie wynikły z przyczyny leżącej po stronie PZ kwota, o której mowa w ust 1 niniejszego paragrafu zwrócona zostanie PZ po zakończeniu postępowania wyjaśniającego.
10. Strony ustalają następujące kary umowne z tytułu nie wykonania lub nienależytego wykonania przez PZ przedmiotu umowy:
11. za każdorazową nieuzasadnioną przerwę w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy - w wysokości 1 000,00 zł,
12. za nieuzasadnione natychmiastowe rozwiązanie umowy lub odstąpienie bez zgody UZ od realizacji świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową – w wysokości 3 000,00 zł,
13. za każdorazową nieuzasadnioną odmowę udzielenia ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy – w wysokości 500,00 zł,
14. za pobieranie nienależnych opłat od ubezpieczonych za udzielone świadczenia –
w wysokości 3 000,00 zł za każde ujawnione nienależne pobranie.
15. Postanowienia zawarte w ust. 5 nie wyłączają dodatkowej odpowiedzialności PZ z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania niniejszej umowy, w sytuacji gdy powstała szkoda UZ przekracza wysokość kary umownej.
16. W przypadku nieterminowego wywiązania się przez UZ z obowiązku opisanego w § 14,
PZ przysługują odsetki ustawowe za opóźnienie od należności wynikających z wystawionej faktury. Dla realizacji postanowień niniejszego paragrafu wymagany jest wniosek PZ, który ma charakter konstytutywny.
17. Zapisu ust 7 nie stosuje się, jeżeli opóźnienie wynikło z przyczyn nieleżących po stronie UZ.
18. PZ wyraża zgodę na potrącenie ewentualnych kar umownych z należnego wynagrodzenia.

**§ 16**

**CZAS TRWANIA UMOWY**

1. Strony zawierają umowę na czas określony **od …………………. r., do ……………… r.**
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę **z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia,** a także w drodze porozumienia stron bez zachowania tego okresu w dniu uzgodnionym przez strony.
3. Okres wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 2 rozpoczyna swój bieg z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym zostało złożone wypowiedzenie.
4. Stronom przysługuje prawo do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy. Przyczynami rozwiązania przez UZ umowy bez wypowiedzenia są także:
5. Stwierdzenie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w trakcie obowiązywania niniejszej umowy i nieudokumentowania jej przedłużenia,
6. utraty przez PZ koniecznych uprawnień do wykonywania świadczeń zdrowotnych,
7. pobierania przez PZ od pacjentów zapłaty za wykonane świadczenia, bez pośrednictwa kasy /punktu kasowego/ UZ,
8. udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentom niebędącym pacjentami Szpitala,
9. tymczasowego aresztowania,
10. niewykonywania przez PZ przez okres 3 dni świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy,
11. nieprzystąpienia do negocjacji przez PZ, o których mowa w § 19 ust 1 niniejszej umowy,
12. stwierdzenia przystąpienia do pracy w stanie po spożyciu alkoholu (bądź innego środka odurzającego) lub spożywania go w czasie wykonywania przedmiotu niniejszej umowy,
13. Naruszenie obowiązków z § 13 umowy,
14. Naruszenie obowiązków z § 12 ust. 1 pkt 8 umowy, tj. w przypadku uzyskania negatywnej oceny świadczenia usług.

**§ 17**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **1. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ** z siedzibą **w Lublinie,** przy **al. Racławickie 23**, posiadającą numer NIP: **712-241-08-20** oraz numer KRS: **0000026235**, tel.: 261-183-200.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować w sprawach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@1wszk.pl.
3. Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b), c) i f) Rozporządzenia celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwo i organizacja pracy.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby fizyczne lub prawne, organy publiczne lub inne podmioty, którym administrator je ujawnia do celów wynikających w związku z zawartą
z Administratorem umową.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą  zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w pozostałych przypadkach do ustania przyczyn biznesowych oraz do momentu odwołania zgody.
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
7. Informujemy, że w przypadku cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych Administrator nie będzie w stanie w pełni realizować świadczeń z uwagi na konieczność spełnienia celów określonych w pkt. 3, których realizacja wymaga dostępu do danych osobowych podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
8. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, nie podanie danych skutkuje brakiem możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawa z zakresu ochrony danych osobowych.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowaniu w podejmowania decyzji lub profilowaniu, ani wysyłane poza strefę Unii Europejskiej.

**§ 18**

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy warunków (w tym warunków finansowych) niniejszej umowy. W przypadku uzyskania przez UZ informacji o naruszeniu ww. postanowień, UZ ma prawo rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym.
2. Prawa i obowiązki PZ nie mogą być przenoszone na osoby trzecie bez pisemnej zgody UZ.
3. PZ oświadcza, że został poinformowany przez UZ o tym, że PZ zobowiązany jest do stosowania
 i przestrzegania ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej (j.t. Dz. U. z 2022 poz.902 z późn. zm.).

**§ 19**

1. W przypadku wprowadzenia zmian zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych, lub zmian wysokości limitów i wartości umowy, o czym PZ zostanie powiadomiony na piśmie przez UZ, strony przystąpią niezwłocznie do negocjacji nowych warunków umowy.
2. Ewentualne spory, wynikłe na tle wykonywania postanowień niniejszej umowy, strony zobowiązują się rozstrzygać w drodze negocjacji. W przypadku nie osiągnięcia przez strony porozumienia w toku negocjacji spór rozstrzygnięty zostanie przez Sąd miejscowo właściwy dla siedziby UZ w Filii w Ełku.
3. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 20**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, dla każdej ze stron.

Sprawdzono pod względem formalno-prawnym: ……………………………………….

Sprawdzono pod względem merytorycznym: …………………………………………..

Sprawdzono pod względem finansowym: …………………………………………

**.......................................................... ………….…….……………………**

 **/PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE/ /UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA/**

**Załącznik nr 1 do Umowy nr ……/D/2024**

**ZAKRES CZYNNOŚCI**

**Do obowiązków technika analityki medycznej należy:**

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem,
2. krojenie bloczków parafinowych na mikrotomie,
3. barwienie i przygotowanie do oceny mikroskopowej preparatów histopatologicznych,
4. prowadzenie obowiązującej dokumentacji,
5. prowadzenie i archiwizowanie dokumentacji medycznej w zakresie wykonywanej przez niego diagnostyki,
6. utrzymywanie sprawności technicznej sprzętu i aparatury, a w razie uszkodzenia lub zaginięcia należy niezwłocznie powiadomić kierownika Pracowni Histopatologii.
7. przestrzeganie zasad współżycia społecznego, noszenia w godzinach pracy ubioru służbowego, dbałość o wygląd zewnętrzny i estetykę miejsca pracy.
8. systematyczne doskonalenie kwalifikacji zawodowych (samokształcenie, szkolenie wewnątrzzakładowe i zewnętrzne) i jakości świadczonej opieki.
9. wykonywanie ze szczególną starannością zleceń lekarskich, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, standardami medycznymi, dostępnymi metodami i środkami oraz przyjętymi harmonogramami pracy i procedur ratunkowych,
10. porządkowanie stanowiska pracy po zakończonym badaniu,
11. posiadanie aktualnych szkoleń z zakresu BHP, wykonanych na własny koszt,
12. aktywna współpraca na rzecz podnoszenia jakości świadczonych usług oraz dbanie
o pozytywny wizerunek Szpitala.

**.......................................................... ………….…….……………………**

 **/PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE/ /UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA/**

|  |
| --- |
| *Załącznik nr 2 do umowy Nr …..D/2024* |
| ***HARMONOGRAM (planowany czas udzielania świadczeń zdrowotnych)*** |
| **Na miesiąc:** ………..………………..…………………. | **Rok**: ……………….………. |
| **Oddział / Komórka**………………………………………………………………………………………………… |
| **Imię i Nazwisko udzielającego świadczeń zdrowotnych**:……………………………………………………………………….. |
| **L.p.** | **Data** | **Dzień Tygodnia** | **Godzina Rozpoczęcia** | **Godzina Zakończenia** | **Suma Godzin****w Danym Dniu** | **Uwagi** |
| 1. |  |  |   |   |  |  |
| 2. |  |  |   |   |  |  |
| 3. |  |  |   |   |  |  |
| 4. |  |  |   |   |  |  |
| 5. |  |  |   |   |  |  |
| 6. |  |  |   |   |  |  |
| 7. |  |  |   |   |  |  |
| 8. |  |  |   |   |  |  |
| 9. |  |  |   |   |  |  |
| 10. |  |  |   |   |  |  |
| 11. |  |  |   |   |  |  |
| 12. |  |  |   |   |  |  |
| 13. |  |  |   |   |  |  |
| 14. |  |  |   |   |  |  |
| 15. |  |  |   |   |  |  |
| 16. |  |  |   |   |  |  |
| 17. |  |  |  |   |  |  |
| 18. |  |  |   |   |  |  |
| 19. |  |  |   |   |  |  |
| 20. |  |  |   |   |  |  |
| 21. |  |  |   |   |  |  |
| 22. |  |  |   |   |  |  |
| 23. |  |  |   |   |  |  |
| 24. |  |  |   |   |  |  |
| 25. |  |  |   |   |  |  |
| 26. |  |  |   |   |  |  |
| 27. |  |  |   |   |  |  |
| 28. |  |  |   |   |  |  |
| 29. |  |  |   |   |  |  |
| 30. |  |  |   |   |  |  |
| 31. |  |  |   |   |  |  |
| **Liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu:** ………………………….…………………………………. |
| .............................................*Data, podpis i pieczęć osoby zatwierdzającej harmonogram pracy*  | *……………………………………………….**podpis udzielającego świadczeń zdrowotnych* |

**Załącznik nr 3 do umowy nr ………./D/2024**

**Zasady użytkowania sprzętu i aparatury medycznej**

**oraz innych środków niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych**

1. Przyjmujący Zamówienie w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 umowy korzysta z:

1) bazy lokalowej Udzielającego Zamówienia, w tym z pomieszczeń socjalnych,

2) aparatury i sprzętu medycznego będącego własnością Udzielającego Zamówienia,

3) leków i materiałów opatrunkowych Udzielającego Zamówienia.

2. Korzystanie ze środków wymienionych w pkt. 1 może odbywać się w zakresie niezbędnym do udzielania zleconych umową świadczeń zdrowotnych.

3. Konserwacja i naprawy sprzętu, o których mowa w pkt. 1 odbywają się na koszt Udzielającego Zamówienia.

4. Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystywać środków, o których mowa w niniejszym załączniku na cele odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych, chyba że odpłatność wynika
z przepisów Udzielającego Zamówienia i jest pobierana na jego konto.

5. Przyjmujący Zamówienie nie odpowiada za skutki użytkowania wadliwej aparatury Udzielającego Zamówienia w trakcie świadczenia usług medycznych.

6. Przyjmujący Zamówienie w przypadku stwierdzenia uszkodzenia sprzętu lub/i aparatury medycznej zobowiązany jest natychmiast zawiadomić Udzielającego Zamówienia.

7. Przyjmujący Zamówienie jest odpowiedzialny za utratę lub uszkodzenie sprzętu i aparatury medycznej, o których mowa w ust. 1, jeżeli używa jej w sposób sprzeczny z umową albo
z właściwościami lub z przeznaczeniem sprzętu i aparatury albo, gdy nie będąc do tego upoważniony przez umowę ani zmuszony przez okoliczności powierza sprzęt i aparaturę innej osobie, a sprzęt i aparatura nie uległaby utracie lub uszkodzeniu, gdyby jej używał w sposób właściwy.

 8. Przyjmujący Zamówienie odpowiada za w/w sprzęt i aparaturę:

* w czasie realizacji świadczeń zdrowotnych,
* w czasie realizacji świadczeń zdrowotnych przez osobę zastępującą Przyjmującego Zamówienie;
* w przypadku używania aparatury i sprzętu medycznego bez odpowiedniego zabezpieczenia, wynikającego z instrukcji obsługi tych urządzeń.

……………………........................... ………………………………………

**/PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE/ /UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA/**

**Załącznik nr 4 do umowy nr ……../D/2024**

…………………………… Ełk, dnia ..................................

 imię i nazwisko PZ

# Rachunek do umowy

dla 1. Wojskowego Szpitala Klinicznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Lublinie, 20-049 Lublin, Aleje Racławickie 23.

Miejsce udzielania świadczeń 1. Wojskowy Szpital Kliniczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie – Fila w Ełku, ul. Kościuszki 30, 19-300 Ełk.

Wystawiony do umowy Nr ………………….. z dnia ………………………………………….

za wykonanie zlecenia polegającego na realizowaniu czynności technika analityki medycznej w Pracowni Histopatologii.

Należność w kwocie brutto ...............................................,

słownie: ........................................................................................................................................

Za miesiąc .......................................................r.

Stawka brutto: ………. zł X ilość godzin ………. = kwota ………………..….. zł brutto.

Zgodnie z załączonym sprawozdaniem z liczby godzin.

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

 Podpis Zleceniobiorcy (PZ)

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

 Podpis Zleceniodawcy (UZ)

|  |
| --- |
| ***Załącznik nr 5 do rachunku*** *do umowy nr …….. /D/2023* |
| ***MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH*** |
| **Miesiąc:**  |  | **Rok:**  |
| **Oddział/komórka** |  |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Dzień** | **Godziny od – do**  | **Suma godzin w danym dniu** | **Podpis PZ** | **Uwagi**  |
| 1 |   |   |  |  |
| 2 |   |   |  |  |
| 3 |   |   |  |  |
| 4 |   |   |  |  |
| 5 |   |   |  |  |
| 6 |   |   |  |  |
| 7 |   |   |  |  |
| 8 |   |   |  |  |
| 9 |   |   |  |  |
| 10 |   |   |  |  |
| 11 |   |   |  |  |
| 12 |   |   |  |  |
| 13 |   |   |  |  |
| 14 |   |   |  |  |
| 15 |   |   |  |  |
| 16 |   |   |  |  |
| **17**  |  |  |  |  |
| 18 |   |   |  |  |
| 19 |   |   |  |  |
| 20 |   |   |  |  |
| 21 |   |   |  |  |
| 22 |   |   |  |  |
| 23 |   |   |  |  |
| 24 |   |   |  |  |
| 25 |   |   |  |  |
| 26 |   |   |  |  |
| 27 |   |   |  |  |
| 28 |   |   |  |  |
| 29 |   |   |  |  |
| 30 |   |   |  |  |
| 31 |   |   |  |  |
| **Razem** |   |  |  |  |
| *POTWIERDZENIE ILOŚCI GODZIN:*…………………........................... | *……………………………………….* |
| *Data i podpis potwierdzającego oraz pieczęć* | *Podpis PZ* |