**WZÓR -UMOWA NR ……./D/2024**

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

na rzecz Oddziału Neurochirurgicznego

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: ……………………. , posiadający/a tytuł specjalisty w dziedzinie …………………………………, prawo wykonywania zawodu nr …………………….., prowadzący/a firmę pod nazwą **………………………………..** NIP: ……………………, REGON ……………………….. zwany 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 niżej wymienione przepisy, w szczególności:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2023, poz. 991 z póżn. zm).
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. 2022, poz. 1731 z późn. zm.).
3. 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.
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. 2023 poz. 1545 z późn. zm.).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (tekst jednolity Dz. U. 2023, poz. 487 z późn zm.).
6. 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.
7. Statut 1. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Lublinie.
8. Kodeks Etyki Lekarskiej.
9. Kodeks cywilny.
10. [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,).

**§ 1**

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę   
   w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Neurochirurgicznym   
   w zakresie zabezpieczenia anestezjologicznego operacji neurochirurgicznych – zgodnie   
   z potrzebami UZ.

2. Szczegółowy zakres czynności stanowi **Załącznik nr 1** do Umowy.

1. Minimalna liczba osób wykonujących przedmiot umowy 1 osoba.
2. Przedmiot umowy wykonywany będzie w dokładnym miejscu i czasie określonym przez Strony  
   w harmonogramie sporządzonym na każdy miesiąc do dnia 25 miesiąca poprzedzającego oraz zaakceptowanym przez Kierownika Oddziału Neurochirurgicznego – wzór planu pracy stanowi **Załącznik nr 2** do Umowy.

**§ 2**

1. PZ oświadcza, że posiada kwalifikacje i aktualne uprawnienia do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy, na dowód czego przedkłada oryginały, a załącza kopie, stanowiące załączniki do niniejszej umowy:
2. dyplom lekarza
3. prawo wykonywania zawodu lekarza
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich
5. aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy
6. zaświadczenie o odbytym szkoleniu BHP.
7. Nadto PZ oświadcza, że:
8. na dzień podpisania umowy nie toczy się przeciw niemu żadne postępowanie sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związane z wykonywaniem zawodu lekarza,
9. o utracie uprawnień, a także o wszczęciu w przyszłości któregokolwiek z postępowań wymienionych w ust. 2 pkt 1), PZ zobowiązuje się poinformować UZ na piśmie, niezwłocznie tj. w terminie 2 dni licząc od momentu dowiedzenia się o tym fakcie.

**§ 3**

PZ świadczy usługi w zakresie, o których 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, wymienionym w art.2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
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**

* 1. 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 w dokumentacji powinny być dokonywane w sposób staranny, czytelny i trwały
2. sporządzania stosownych 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 UZ przed przystąpieniem do realizacji niniejszej umowy i rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, stosowny dokument potwierdzający fakt zawarcia i opłacenia umowy ubezpieczenia, obejmujący   
   w pełnym zakresie przedmiot 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 opłacania 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 powiadomienia i udostępnienia informacji, o których mowa w § 8 ust 1. Osobą upoważnioną do udostępnienia informacji jest Zastępca Komendanta   
   ds. Medycznych, 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 zobowiązany jest do terminowego przekazywania historii chorób – w terminie nieprzekraczającym 10 dni od daty wypisu pacjenta – do działu statystyki medycznej UZ.

**§ 10**

1. Dla zapewnienia realizacji umowy UZ zobowiązuje się zapewnić:
2. nieodpłatnie pomieszczenia, dostęp do zaplecza diagnostycznego oraz specjalistycznego sprzętu niezbędnego do wykonywania procedur określonych niniejszą umową, przy czym PZ ponosi pełną odpowiedzialność za zawinione szkody powstałe z jego przyczyny w mieniu lub sprzęcie UZ,
3. korzystanie z dokumentacji medycznej pacjentów na zasadach określonych w powszechnie obowiązujących zakłady opieki zdrowotnej przepisach.
4. PZ ponosi pełną odpowiedzialność materialną w przypadku narażenia UZ na zbędne   
   i nieuzasadnione medycznie wydatki na leki, materiały medyczne oraz badania diagnostyczne, potwierdzone i zweryfikowane na piśmie.
5. UZ zastrzega sobie prawo decydowania o zlecaniu kosztownych badań diagnostycznych   
   i w związku z tym, każdorazowe zlecenie przez PZ badań diagnostycznych realizowanych   
   w innych placówkach medycznych o wartości jednostkowej badania przekraczającej 660,00 zł. wymaga zgody Komendanta Filii w Ełku. W przypadku przeprowadzenia takich badań bez uzyskania wymaganej zgody Komendanta Filii w Ełku – kosztem tych badań obciążony będzie PZ w pełnej wysokości.
6. PZ zobowiązany jest znać i stosować się do zaleceń receptariusza obowiązującego u UZ.

**§ 11**

1. UZ, z zastrzeżeniem zasad ustalonych w §11 ust 2, zobowiązany jest zapewnić na swój koszt leki, materiały medyczne oraz opatrunkowe.
2. PZ zobowiązany jest zapewnić na własny koszt wszelką odzież, obuwie, niezbędne do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy.

**§ 12**

1. PZ zobowiązany jest do:
2. wykonywania umowy ze szczególną starannością, zgodnie z postępem wiedzy lekarskiej,   
   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 nieobjętych umową oraz świadectw i orzeczeń lekarskich, jak też odpisów, wyciągów z historii choroby pacjentów dla potrzeb ZUS, medycyny sądowej, policji, itp.,
5. przestrzegania tajemnicy lekarskiej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami, poddania się kontrolom przeprowadzonym przez UZ oraz uprawnione instytucje organów kontrolnych,
6. racjonalizacji kosztów związanych z procedurami leczniczymi,
7. przestrzegania zasad prawidłowego przechowywania i rozchodu środków narkotycznych  
    i silnie działających, zgodnie z obowiązującymi w tej mierze przepisami,
8. przestrzegania przepisów bhp, ppoż. i reżimu sanitarnego, odbywania na własny koszt szkoleń w tym zakresie, i przedstawienia niezwłocznie stosownych zaświadczeń o ich ukończeniu,
9. zapoznania się oraz przestrzegania regulacji wewnętrznych, w tym regulaminów, procedur, standardów związanych z polityką jakości oraz procesem akredytacji.
10. do samodoskonalenia oraz uczestniczenia w organizowanych przez UZ szkoleniach;
11. poddania się samoocenie oraz ocenie dokonanej przez UZ zgodnie z procedurą okresowej oceny pracowników, obowiązującej w Szpitalu,
12. przestrzegania przepisów ustawy o ochronie danych osobowych oraz ustawy o ochronie informacji niejawnych,
13. noszenia na terenie Szpitala identyfikatora,
14. potwierdzania rozpoczęcia oraz zakończenia udzielania świadczeń medycznych identyfikatorem na elektronicznym rejestratorze czasu pracy.
15. Po definitywnym rozwiązaniu umowy Przyjmujący zamówienie ma obowiązek zwrócić identyfikator Udzielającemu zamówienie.
16. Kontrola realizacji niniejszej umowy wykonywana przez UZ dotyczyć będzie w szczególności:
17. sposobu, zasadności i celowości korzystania i dysponowania przez PZ z mienia UZ,
18. stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych, pod względem ich jakości   
    i zgodności z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa i standardami postępowania,
19. oceny merytorycznej udzielanych świadczeń zdrowotnych,
20. sposobu korzystania ze świadczeń specjalistycznych i stosowanych technologii medycznych,
21. zasadności wyboru leków i środków pomocniczych stosowanych w diagnostyce i leczeniu,
22. prowadzenia dokumentacji medycznej (również w systemach informatycznych obowiązujących u UZ) i statystycznej, zgodnie z przepisami obowiązującymi   
    w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz u UZ,
23. 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 lub Zastępcy Komendanta ds. Medycznych oraz   
   z zachowaniem powszechnie obowiązujących przepisów dotyczących ochrony danych osobowych wynikających z dokumentacji medycznej.
2. PZ nie może w trakcie wykonywania niniejszej umowy świadczyć usług zdrowotnych na terenie Szpitala osobom niebędącym pacjentami UZ.
3. PZ może przyjmować tylko pacjentów UZ.
4. 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 a określonych w § 1 umowy PZ przysługuje wynagrodzenie w wartości brutto, naliczane w miesięcznym okresie rozliczeniowym, w wysokości stanowiącej wynik iloczynu stawki **………….. zł** (słownie: ………………………) **brutto** za każde zabezpieczenie anestezjologiczne operacji neurochirurgicznej oraz ilości zabezpieczeń anestezjologicznych operacji neurochirurgicznych wykonanych w okresie rozliczeniowym.

Wynagrodzenie w okresie rozliczeniowym = …………. zł x ilość zabezpieczeń anestezjologicznych operacji.

1. Wypłata wynagrodzenia przysługuje za czas wykonywania usług.
2. Wypłata wynagrodzenia następuje w terminie 30 dni od daty przyjęcia przez UZ prawidłowo (zgodnie z przepisami prawa i wymaganiami UZ) wystawionej faktury przez PZ za każdy okres rozliczeniowy, o którym mowa w ust. 4 wraz wykazem sporządzonym przez Kierownika Oddziału Neurochirurgicznego zawierający ilość wykonanych zabezpieczeń anestezjologicznych na rzecz Oddziału Neurochirurgicznego **zgodnie z Załącznikiem nr 3** do Umowy. Faktura powinna być złożona przez PZ do 12-go dnia miesiąca następującego po danym okresie rozliczeniowym. Płatność nastąpi przelewem na rachunek PZ   
   o numerze **………………………………………** prowadzony w banku …………...
3. Strony ustalają miesięczny okres rozliczeniowy, który rozpoczyna się z pierwszym dniem każdego miesiąca a kończy ostatnim dniem każdego miesiąca.
4. Terminem płatności jest dzień obciążenia rachunku bankowego UZ.
5. 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.

**§ 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 § 15,  
    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 01 kwietnia 2024 r. do 31 marca 2027 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 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. nie wykonywania 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 10 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 w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jest 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 prawnie uzasadnionymi interesami realizowanymi przez administratora.
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. 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.
9. 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. PZ oświadcza, iż jako podmiot prowadzący działalność gospodarczą działa we własnym imieniu   
   i na własny rachunek, w związku z czym wszelkie zobowiązania podatkowe, składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz inne wynikające z obowiązujących przepisów, pokrywa we własnym zakresie.
3. Prawa i obowiązki PZ nie mogą być przenoszone na osoby trzecie bez pisemnej zgody UZ.
4. 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 2020 poz.2176 ze zm.).
5. PZ  wyraża zgodę na upublicznienie informacji wskazanych w niniejszej umowie na zasadach określonych w przepisach prawa powszechnego.

**§ 19**

1. W przypadku wprowadzenia zmian zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych 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 właściwy miejscowo dla siedziby filii w Ełku UZ.
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**

* 1. **Do szczegółowego zakresu czynności lekarza anestezjologa udzielającego świadczeń zdrowotnych należy:**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezji, intensywnej terapii, reanimacji   
   i leczenia bólu.
2. Rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie stanów zagrożenia życia w następstwie nagłych chorób, urazów, zatruć i innych przyczyn.
3. Zapoznawanie się ze stanem chorych przyjmowanych do hospitalizacji i przebywających   
   w oddziale.
4. Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego (wizyta przedoperacyjna, dokonanie identyfikacji chorego, podanie odpowiednich środków farmakologicznych, prawidłowe ułożenie chorego).
5. Kwalifikowanie pacjenta do znieczuleń.
6. Wykonywanie znieczuleń ogólnych i przewodowych oraz zapewnienie opieki anestezjologicznej w okresie pooperacyjnym.
7. Ustalanie w porozumieniu z poszczególnymi Kierownikami zasad diagnostyki przedoperacyjnej do wykonania znieczulenia w celu prowadzenia zabiegów planowych   
   i nagłych, a także ustalanie sposobu komunikacji alarmowej.
8. Biegłe posługiwanie się aparaturą i sprzętem, nadzorowanie tego sprzętu i aparatury medycznej oraz przygotowanie potrzebnych leków i środków anestetycznych.
9. Sprawdzanie wyposażenia stanowiska znieczulenia, kontrolowanie sprawności działania sprzętu i aparatury oraz kontrola właściwego oznakowania płynów infuzyjnych, strzykawek   
   i innych, zgodnie z obowiązującymi procedurami i standardami medycznymi,   
   z uwzględnieniem zasad bhp.
10. Udzielanie pomocy doraźnej w stanach naglących, prowadzenie reanimacji, prowadzenie leczenia respiratorem, monitorowanie czynności życiowych.
11. Kwalifikowanie i leczenie pacjentów i chorych z bezpośrednim zagrożeniem utraty podstawowych funkcji życiowych, niezależnie od przyczyny, posiadających potencjalną zdolność do życia (rokujący wyleczenie).
12. Wydawanie zleceń personelowi pielęgniarskiemu oraz kontrola ich wykonania,
13. Uczestniczenie w obchodach i wizytach lekarskich.
14. Informowanie o ważniejszych wydarzeniach oddziału, w tym o zgonach pacjentów,   
    o występujących trudnościach i problemach w toku pracy.
15. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej, wypisywanie recept, skierowań oraz udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta na zasadach określonych   
    w odrębnych przepisach.
16. Interpretacja i ocena wyników badań diagnostycznych.
17. Zasięganie opinii innych specjalistów w razie wystąpienia wątpliwości leczniczych   
    i diagnostycznych.
18. Odbywanie konsultacji dla innych specjalności medycznych.

**II. Do szczegółowego zakresu czynności lekarza anestezjologa udzielającego świadczeń zdrowotnych na bloku operacyjnym:**

1. Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego (wizyta przedoperacyjna, dokonanie identyfikacji chorego, podanie odpowiednich środków farmakologicznych, prawidłowe ułożenie chorego).
2. Wypełnienie karty kontroli około pooperacyjnej.
3. Prowadzenie dokumentacji medycznej znieczulenia.
4. Wykonywanie znieczuleń ogólnych i przewodowych.
5. Biegłe posługiwanie się aparaturą i sprzętem, nadzorowanie tego sprzętu i aparatury medycznej oraz przygotowanie potrzebnych leków i środków anestetycznych.
6. Sprawdzanie wyposażenia stanowiska znieczulenia, kontrolowanie sprawności działania sprzętu i aparatury oraz kontrola właściwego oznakowania płynów infuzyjnych, strzykawek   
   i innych, zgodnie z obowiązującymi procedurami i standardami medycznymi,   
   z uwzględnieniem zasad bhp.
7. Udzielanie pomocy doraźnej w stanach naglących, prowadzenie reanimacji, prowadzenie leczenia respiratorem, monitorowanie czynności życiowych.
8. Ordynowanie środków farmakologicznych.
9. Wydawanie zleceń personelowi pielęgniarskiemu oraz kontrola ich wykonania.

…………………………………….…… ……………………………………. **PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Załącznik nr 2 do umowy Nr ………………………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**

ZABEZPIECZENIE ANESTOZJOLOGICZNE ZABIEGÓW NEUROCHIRURGICZNYCH

MIESIĄC/ROK ………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nr historii choroby | Data wykonania znieczulenia | Uwagi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

……………………………………………..

/ Data i podpis Kierownika Oddziału

Neurochirurgicznego/