UMOWA ZLECENIE NR ………/D/2024

***UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH***

***w Poradni Protetyki Stomatologicznej***

zawarta w Ełku w dniu ……………. 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

(***dla prowadzącego działalność gospodarczą*)**

**……………….** – ADRES: ……………………, PESEL: ……………….. posiadającym tytuł ……………………………………., prawo wykonywania zawodu nr .……………………….., prowadzącym firmę pod nazwą **…………………….** NIP: …………….., REGON ………………….,zwanym w dalszej części umowy **PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE (PZ).**

*(****dla nie prowadzącego działalności gospodarczej****)*

/imię nazwisko/ ……………………..- /zawód/ ……………………… - /adres zamieszkania/……………………………, /nr PESEL/………………………… / posiadającą/ym prawo wykonywania zawodu nr ………………………………… oraz tytuł ………………………………… nie prowadzącą/ym działalności gospodarczej, 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 ze. 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 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2024, poz. 146 z późn. zm.) i wydane do niej przepisy wykonawcze w zakresie zadań wynikających z niniejszej umowy.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30.08.2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (t.j. DZ. U. 2021 poz. 2148, z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. 2024, poz. 1287 z późn. zm.).
5. 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.
6. Statut 1. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Lublinie.
7. Kodeks Etyki Aptekarza.
8. Kodeks cywilny.
9. [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 wykonywanie świadczeń protetycznych przez technika protetyki w ramach realizacji umowy zawartej pomiędzy NFZ a 1. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Lublinie - Filia w Ełku ul. Kościuszki 30, 19-300 Ełk
w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych objętych zakresem działania Poradni Protetyki Stomatologicznej.

a) zgodnie z potrzebami UZ,

b) w wymiarze ………….godzin miesięcznie w następujące dni tygodnia …………………..

1. Organizację i zadania Poradni Protetyki Stomatologicznej określa Regulamin Organizacyjny
1. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Lublinie.
2. Szczegółowy zakres czynności stanowi **Załącznik nr 1 d**o Umowy.
3. Minimalna liczba osób wykonujących przedmiot umowy – 1 osoba.
4. 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 Gabinetów……/Zastępcę Komendanta Filii Szpitala ds. medycznych.

- w wersji elektronicznej w programie lub alternatywnie,

- w wersji papierowej – 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 potwierdzający kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu,
3. aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy,
4. zaświadczenie o odbytym szkoleniu BHP.
5. Nadto PZ oświadcza, że:
6. w chwili obecnej nie toczy się przeciw niemu żadne postępowanie sądowe
ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związane
z wykonywaniem zawodu technika dentystycznego.
7. 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 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. PZ zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością zawodową, metodami i środkami na poziomie odpowiadającym współczesnej wiedzy przy uwzględnieniu właściwej jakości świadczeń. Ocena rzetelności wykonywanych usług następować będzie
w oparciu o najwyższe standardy. PZ w trakcie realizacji przedmiotu umowy stosować się będzie do aktualnych przepisów prawa tak powszechnych (w szczególności aktualnych Rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych i aktów wykonawczych) jak
i ustanowionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także wewnętrznych zarządzeń i procedur obowiązujących u UZ oraz wyznaczonych przez standardy akredytacyjne.
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.
	2. PZ zobowiązany jest do współpracy z lekarzami oraz pozostałym personelem medycznym udzielającym świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów UZ.

**§ 6**

1. PZ oświadcza, że sprzęt i aparatura wykorzystywana przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych spełnia wymagania określone w obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa, jak również pomieszczenia, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne odpowiadają wymogom sanitarnym określonym w stosownych przepisach.
2. PZ jest odpowiedzialny materialnie za utratę lub uszkodzenie rzeczy wymienionych wyżej, jeżeli używa ich w sposób sprzeczny z właściwościami lub przeznaczeniem. PZ odpowiada za ww. sprzęt i aparaturę tylko w okresie, gdy ją faktycznie używa. PZ nie ponosi odpowiedzialności za zużycie rzeczy będące następstwem prawidłowego ich używania. W przypadkach sprzecznych ocen, czy uszkodzenie związane jest ze zwykłą eksploatacją, czy jest wynikiem niewłaściwego jej używania, ocenę wykonuje właściwy serwis firmowy.
3. PZ nie odpowiada za szkody spowodowane przez pacjentów UZ.
4. W zakresie wykonywania umowy PZ zobowiązuje się do:
5. 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.
6. 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.

**§ 9**

**PRAWA I OBOWIĄZKI STRON**

1. PZ zobowiązany jest do zachowania tajemnicy w zakresie informacji uzyskanych w związku
z wykonywanych czynności objętych umową dotyczących pacjentów, pracowników, kontrahentów 1. Wojskowego Szpitala Klinicznego Polikliniką SPZOZ w Lublinie– filia w Ełku
i samego UZ.
2. 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.
3. UZ zobowiązuje się do powiadomienia i udostępnienia informacji, o których mowa w § 9 ust. 1. Osobą upoważnioną do udostępnienia informacji jest Zastępca Komendanta Filii Szpitala
(ds. medycznych), a w przypadku jego nieobecności, inna osoba posiadająca stosowne upoważnienie UZ.

**§ 10**

1. PZ nie może w trakcie wykonywania niniejszej umowy świadczyć usług na terenie Szpitala osobom nie będącym pacjentami Udzielającego zamówienia.
2. PZ nie ma prawa pobierania żadnych opłat od pacjentów za świadczenia wykonywane w ramach niniejszej umowy. Stwierdzenie (ujawnienie) powyższego faktu skutkuje natychmiastowym rozwiązaniem umowy.

**§ 11**

1. Przedmiot umowy realizowany będzie przez PZ przy nieodpłatnym wykorzystaniu pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej, jak i innych środków niezbędnych do udzielania usług należących do UZ. UZ zapewni odpowiednie, zgodne z obowiązującymi przepisami wyposażenie i warunki sanitarno-epidemiologiczne pomieszczeń.
2. 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.
3. PZ zobowiązany jest znać i stosować się do zaleceń receptariusza obowiązującego u UZ.

**§ 12**

1. PZ zobowiązany jest do:
2. zapewnienia na własny koszt wszelką odzież, obuwie, niezbędne do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy,
3. zachowania tajemnicy w zakresie informacji uzyskanych w związku z wykonywanych czynności objętych umową dotyczących pacjentów, pracowników, kontrahentów Szpitala
i samego Udzielającego zamówienia.
4. sporządzania na żądanie UZ, sprawozdań nieobjętych umową dla potrzeb ZUS, medycyny sądowej, policji, itp.,
5. racjonalizacji kosztów związanych z procedurami leczniczymi,
6. przestrzegania zasad prawidłowego przechowywania i rozchodu środków narkotycznych i silnie działających, zgodnie z obowiązującymi w tej mierze przepisami,
7. przestrzegania przepisów bhp, ppoż. i reżimu sanitarnego, odbywania na własny koszt szkoleń w tym zakresie, i przedstawienia niezwłocznie stosownych zaświadczeń o ich ukończeniu,
8. zapoznania się oraz przestrzegania regulacji wewnętrznych, w tym regulaminów, procedur, standardów związanych z polityką jakości oraz procesem akredytacji,
9. do samodoskonalenia oraz uczestniczenia w organizowanych przez UZ szkoleniach,
10. przestrzegania przepisów ustawy o ochronie danych osobowych oraz ustawy o ochronie informacji niejawnych,
11. noszenia na terenie Szpitala identyfikatora,
12. poddania się samoocenie oraz ocenie dokonanej przez UZ zgodnie z procedurą okresowej oceny pracowników, obowiązującej w Szpitalu,
13. stosowania dokumentacji wg obowiązującego Systemu Zarządzania Jakością, znajomości
i rozumienia Polityki Jakości, podejmowania działań na rzecz wzrostu jakości udzielanych świadczeń, aktywnego uczestnictwa w zespołach ds. akredytacji i ISO działających
w podmiocie UZ i innych doraźnie powołanych komisjach i zespołach problemowych.
14. potwierdzania rozpoczęcia oraz zakończenia udzielania usług identyfikatorem na elektronicznym rejestratorze czasu pracy,
15. po definitywnym rozwiązaniu umowy PZ 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 Przyjmującego zamówienie z mienia Udzielającego zamówienia,
18. stosowania procedur pod względem ich jakości i zgodności z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa i standardami postępowania,
19. oceny merytorycznej udzielanych świadczeń zdrowotnych,
20. prowadzenia dokumentacji medycznej (również w systemach informatycznych obowiązujących u UZ) i statystycznej, zgodnie z przepisami obowiązującymi w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz u UZ.
21. 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 Udzielającego zamówienie i stosować się do zaleceń pokontrolnych Udzielającego zamówienie.

**§ 13**

1. PZ nie wolno wynosić dokumentacji medycznej poza siedzibę Udzielającego zamówienia chyba, że do celów naukowych za pisemną zgodą Komendanta lub Zastępcy Komendanta Filii Szpitala (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 na terenie Szpitala osobom nie będącym pacjentami Udzielającego zamówienia.
3. PZ nie ma prawa pobierania dla siebie żadnych opłat od pacjentów za świadczenia wykonywane w ramach niniejszej umowy. Stwierdzenie (ujawnienie) powyższego faktu skutkuje natychmiastowym rozwiązaniem umowy.

**§ 14**

**WYNAGRODZENIE**

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych, stanowiących przedmiot umowy, a wskazane w § 1 ust. 1, PZ przysługuje wynagrodzenie w wartości brutto, naliczane w miesięcznym okresie rozliczeniowym, zwanej dalej **WTD,** w wysokości odpowiadającej wartością iloczynowi czynników:
2. czynnika odpowiadającej części w wymiarze **…. %**
3. oraz czynnika ilości punktów rozliczeniowych za wykonane świadczenia zdrowotne przez PZ w okresie miesięcznym w poradni,
4. oraz czynnika ceny za punkt rozliczeniowy,

wg aktualnego planu rzeczowo finansowego, stanowiącego załącznik do umowy UZ
z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym NFZ określa wartości ilości punktów rozliczeniowych oraz ceny za punkt rozliczeniowy wskazane powyżej.

WTD (wynagrodzenie brutto w okresie rozliczeniowym) = …. % x (liczba punktów x wycena punktów).

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/rachunku przez PZ za każdy okres rozliczeniowy, o którym mowa w ust. 4 wraz z wykazem realizacji wykonanych
w danym okresie rozliczeniowym świadczeń zdrowotnych, potwierdzonych przez Dział Statystyki Medycznej i Archiwum Medycznego. Faktura powinna być złożona przez PZ do 12-go dnia miesiąca następującego po danym okresie rozliczeniowym. Termin wskazany na złożenie faktury jest ostateczny, po jego upływie wszelkie uzupełnienia lub korekty będą skutkowały opóźnieniem w zapłacie należności. Płatność nastąpi przelewem na rachunek PZ
o numerze ………………… 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. PZ w pełni odpowiada za jakość udzielanych świadczeń wynikających z podejmowanych przez niego decyzji.

2. PZ ponosi pełną odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie,
w szczególności wynikające z:

1)niewykonania lub niewłaściwego wykonania przedmiotu umowy, w tym udzielania świadczeń niezgodnie z harmonogramem czy nieuzasadnionej odmowy udzielenia pacjentowi świadczeń,

2) przedstawienia błędnych danych będących podstawą rozliczeń,

3) niewłaściwego prowadzenia dokumentacji medycznej.

3. UZ uprawniony jest do żądania od PZ pokrycia szkody wyrządzonej niewykonywaniem lub niewłaściwym wykonywaniem przez PZ niniejszej umowy, w tym m.in. wartości świadczeń nieopłaconych przez NFZ lub innych płatników z tego tytułu oraz kar umownych i innych odszkodowań nałożonych na UZ przez NFZ lub innych płatników z tytułu umów zawartych
z UZ.

**§ 16**

1. W przypadku istotnych naruszeń przez PZ postanowień niniejszej umowy, 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. PZtraci 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 tj.
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. nie wykonywaniu 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 będących przedmiotem umowy - w wysokości 1 000,00 zł,
12. za nieuzasadnione natychmiastowe rozwiązanie umowy lub odstąpienie bez zgody Udzielającego zamówienia od realizacji świadczeń objętych niniejszą umową – w wysokości 3 000,00 zł,
13. za każdorazową nieuzasadnioną odmowę udzielenia ubezpieczonemu świadczeń 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 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..

**§ 17**

**CZAS TRWANIA UMOWY**

1. Strony zawierają umowę na czas określony **od …………… …….. r. do ……………… r.**
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę bez podania przyczyny z zachowaniem **3-miesięcznego okresu wypowiedzenia**, **ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego,** a także w drodze porozumienia stron bez zachowania tego okresu w dniu uzgodnionym przez strony.
3. Umowa ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na jaki została zawarta.
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 § 20 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 11 umowy, tj. w przypadku uzyskania negatywnej oceny świadczenia usług.

**§ 18**

**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.

**§ 19**

**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. **(dla prowadzących działalność gospodarczą** )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.

 **(dla nie prowadzących działalności gospodarczej)** Od wynagrodzenia, o którym mowa w § 14 ust. 1 będą potrącone należności publicznoprawne (zaliczka na podatek dochodowy, składki społeczne itp.), zgodnie z obowiązującymi przepisami.

1. Prawa i obowiązki PZ nie mogą być przenoszone na osoby trzecie bez pisemnej zgody UZ.
2. 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.).
3. PZ  wyraża zgodę na upublicznienie informacji wskazanych w niniejszej umowie na zasadach określonych w przepisach prawa powszechnego.

**§ 20**

1. W przypadku wprowadzenia zmian zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, 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 Udzielającego zamówienia Filii w Ełku.
3. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 21**

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**

 **technika dentystycznego w Poradni Protetyki Stomatologicznej**

Do szczegółowego zakresu czynności technika dentystycznego należy:

1. udzielanie świadczeń zgodnie z ustalonym harmonogramem,
2. kompleksowa obsługa wykonawstwa protez zębowych,
3. wykonywanie czynności według określonych zasad i instrukcji przy ścisłej współpracy
z lekarzem protetykiem,
4. przestrzeganie zasad współżycia społecznego, noszenia ubioru służbowego, dbałość o wygląd zewnętrzny i estetykę miejsca pracy,
5. prowadzenie dokumentacji medycznej,
6. systematyczne doskonalenie kwalifikacji zawodowych (samokształcenie, szkolenie wewnątrzzakładowe i zewnętrzne) i jakości świadczonej opieki,
7. posiadanie aktualnych szkoleń z zakresu BHP, wykonanych na własny koszt,
8. 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* |