UMOWA NR ……………./2023

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE

LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO - lekarz Poradni Stomatologicznej

zawarta w Lublinie w dniu ………. 2023 r.,

pomiędzy:

**1 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Lublinie,** Al. Racławickie 23 w Lublinie, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Lublinie pod numerem 000026235, zwanym w dalszej części umowy **UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA (UZ)**, reprezentowanym przez

**KOMENDANTA -**   **dr n. biol. Aleksandra Michalskiego**

a

………………

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 (*t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 991 z póżn.zm.)*
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (*tj. Dz. U. z 2023, poz. 1516,1617 z późn. zm.).*
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *(tj.* *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 (*tj. Dz. U. 2023, poz. 1545 z późn. zm.).*
5. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte pomiędzy Wojewódzkim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie, a 1 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Lublinie.
6. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte z innymi podmiotami niż Narodowy Fundusz Zdrowia.
7. 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.
8. Kodeks Etyki Lekarskiej.
9. Kodeks cywilny (*tj* *Dz.U. z 2023 r., poz. 1610, 1615 z późn. zm).*
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresów, i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. *Dz.U. z 2022 r., poz.1304 z póżn. zm.).*

**§ 1**

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie **świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Poradni Stomatologicznej :**

* maksymalnie 126 godz. miesięcznie
* Min. 14,500 pkt do wykonania miesięcznie

1. Szczegółowy zakres czynności stanowi **Załącznik nr 1** do Umowy.
2. Minimalna liczba osób wykonujących przedmiot umowy – 1 osoba
3. Przedmiot umowy wykonywany będzie w dokładnym miejscu i czasie określonym wspólnie z Kierownikiem Poradni w **planie pracy (harmonogramie pracy) sporządzonym na każdy miesiąc** **do dnia 25** każdego miesiąca

-w wersji elektronicznej w programie KAM-SOFT lub alternatywnie

-w wersji papierowej – wzór planu pracy stanowi **Załącznik nr 2** do Umowy

**§ 2**

1. PZ oświadcza, że posiada kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy, na dowód czego przedkłada oryginały, a załącza kopie, stanowiące załączniki do niniejszej umowy:
2. dyplom lekarza stomatologa
3. prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich dentystycznych
5. aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy.
6. zaświadczenie o odbytym szkoleniu BHP
7. Wymienione uprawnienia są aktualne. 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 do wykonywania zawodu, a także o wszczęciu wyżej zaistnieniu faktów wymienionych w punkcie 1, PZ zobowiązuje się poinformować UZ na piśmie, niezwłocznie, tj. w terminie 2 dni od dowiedzenia się

**§ 3**

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

1. osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia,
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 – 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 w dokumentacji powinny być dokonywane w sposób staranny, czytelny i trwały.
  2. 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 Kancelarię Ogólną 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 albo 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.

**§ 10**

1. Dla zapewnienia realizacji umowy UZ zobowiązuje się zapewnić:

1. nieodpłatnie pomieszczenia, dostęp do zaplecza diagnostycznego oraz specjalistycznego sprzętu niezbędnego do wykonywania procedur określonych niniejszą umową, przy czym PZ ponosi pełną odpowiedzialność za szkody powstałe z jego winy w mieniu lub sprzęcie UZ,
2. korzystanie z dokumentacji medycznej pacjentów na zasadach określonych w powszechnie obowiązujących zakłady opieki zdrowotnej przepisach.

2. PZ ponosi pełną odpowiedzialność materialną w przypadku narażenia UZ na zbędne i nieuzasadnione medycznie wydatki na leki, materiały medyczne oraz badania diagnostyczne.

3. 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, wynikającą z zawodowego charakteru jego działalności (podwyższony standard staranności), zgodnie z aktualną wiedzą lekarską, 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. przestrzegania tajemnicy lekarskiej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami, poddania się kontrolom przeprowadzanym przez UZ oraz uprawnione instytucje organów kontrolnych,
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. PZ zobowiązany jest do samodoskonalenia oraz uczestniczenia w organizowanych przez UZ szkoleniach,
10. 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,
11. przestrzegania przepisów ustawy o ochronie danych osobowych oraz ustawy o ochronie informacji niejawnych,
12. noszenia na terenie 1 WSzKzP SP ZOZ w Lublinie identyfikatora
13. potwierdzania rozpoczęcia oraz zakończenia udzielania świadczeń medycznych identyfikatorem na elektronicznym rejestratorze czasu pracy.
14. przekazywania UZ informacji o realizacji przyjętego zamówienia na każde pisemne wezwanie bądź ustnie na żądanie Komendanta lub Zastępcy Komendanta UZ,
15. Kontrola realizacji niniejszej umowy wykonywana przez UZ dotyczyć będzie w szczególności:
16. sposobu, zasadności i celowości korzystania i dysponowania przez PZ z mienia UZ,
17. stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych, pod względem ich jakości i zgodności z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa i standardami postępowania,
18. oceny merytorycznej udzielanych świadczeń zdrowotnych,
19. sposobu korzystania ze świadczeń specjalistycznych i stosowanych technologii medycznych,
20. zasadności wyboru leków i środków pomocniczych stosowanych w diagnostyce i leczeniu,
21. prowadzenia dokumentacji medycznej (również w systemach informatycznych obowiązujących u UZ) i statystycznej, zgodnie z przepisami obowiązującymi w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz u UZ,
22. 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 UZ 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 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**

**PRZERWA W WYKONYWANIU ŚWIADCZEŃ**

1. PZ przysługuje prawo do bezpłatnej przerwy w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w wymiarze **21 dni roboczych oraz do 5 dni roboczych przeznaczonych na cele szkoleniowe w okresie kolejnych 12 miesięcy trwania umowy (liczonych proporcjonalnie do okresu trwania umowy)** po uzgodnieniu z Kierownikiem i uzyskaniu pisemnej zgody Komendanta Szpitala. Przerwa niewykorzystana nie przechodzi na kolejne 12 miesięcy trwania umowy.

**§ 15**

**WYNAGRODZENIE**

1. Z tytułu wykonywania przedmiotu umowy o którym mowa w § 1 PZ otrzymywać będzie wynagrodzenie :

**…………… zł. za 1 godzinę udzielania świadczeń**

1. Wypłata wynagrodzenia następować będzie nie później niż 30-go dnia każdego miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym na podstawie poprawnie wystawionej i złożonej UZ faktury za wykonane świadczenia wraz z wykazem wykonanych procedur oraz sprawozdaniem z ilości godzin udzielania świadczeń najpóźniej do 12-go dnia miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym. Potwierdzeniem liczby godzin wykonanych czynności stanowi:

3.a.wydruk wykonanego harmonogramu z programu KAM-SOFT lub

3.b.sprawozdanie z ilości godzin wykonanych czynności zgodne z wzorem stanowiącym **Załącznik** **nr 3** do umowy - potwierdzony przez kierownika komórki organizacyjnej

1. Termin wskazany na złożenie faktury jest ostateczny, po jego upływie wszelkie uzupełnienia lub korekty będą skutkowały opóźnieniem w zapłacie należności.
2. Strony ustalają miesięczny okres rozliczeniowy, który rozpoczyna się z pierwszym dniem każdego miesiąca a kończy ostatnim dniem każdego miesiąca.
3. Terminem płatności jest dzień obciążenia rachunku bankowego UZ.
4. 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

**§ 16**

**KARY UMOWNE**

1. UZ obciąży PZ następującymi karą umowną :
2. w wysokości 20% wynagrodzenia, o którym mowa w § 15 ust. 1 w przypadku każdorazowego naruszenia obowiązków wynikających z niniejszej umowy, w szczególności: za   
   - za brak poinformowania lub nieterminowe poinformowanie, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2,   
   - nieprawidłowe lub sprzeczne z obowiązującymi przepisami prowadzeniu dokumentacji medycznej (również w systemach informatycznych u UZ) i statystycznej,  
   - niewykonanie wydanego polecenia lub zarządzenia obowiązującego u UZ
3. Strony ponadto ustalają następujące kary umowne z tytułu nie wykonania lub nienależytego wykonania przez PZ przedmiotu umowy:
4. za bezpodstawne rozwiązanie umowy lub odstąpienie bez zgody UZ od realizacji świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową – w wysokości 3 000,00 zł.
5. za każdorazową nieuzasadnioną odmowę udzielenia ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy – w wysokości 500,00 zł,
6. za pobieranie nienależnych opłat od ubezpieczonych za udzielone świadczenia –   
   w wysokości 9 000,00 zł za każde ujawnione nienależne pobranie.

**§ 17**

**CZAS TRWANIA UMOWY**

1. Strony zawierają umowę na czas określony **od dnia ……………. r. do dnia …………… r.**
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę bez podania przyczyny z zachowaniem jednomiesięcznego  **okresu wypowiedzenia**, a także w drodze porozumienia stron bez zachowania tego okresu w dniu uzgodnionym przez strony.
3. Termin oznaczony w miesiącach kończy się z upływem dnia, który nazwą lub datą odpowiada początkowemu dniowi terminu, a gdyby takiego dnia w ostatnim miesiącu nie było – w ostatnim dniu tego miesiąca.
4. Umowa ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na jaki została zawarta,
5. 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: stwierdzenie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w trakcie obowiązywania niniejszej umowy i nieudokumentowania jej przedłużenia,
6. utrata przez PZ koniecznych uprawnień do wykonywania świadczeń zdrowotnych,
7. pobieranie przez PZ od pacjentów zapłaty za wykonane świadczenia, bez pośrednictwa kasy /punktu kasowego/ UZ,
8. udzielenie świadczeń zdrowotnych pacjentom niebędącym pacjentami Szpitala,
9. prawomocne skazanie PZ za przestępstwo ścigane z oskarżenia prywatnego lub prawomocne skazanie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza, o którym mowa w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich,
10. nie przystąpienia do negocjacji przez PZ, o których mowa w § 19 ust 1 niniejszej umowy,
11. stwierdzenia przystąpienia do wykonywania usług objętych niniejszą umową w stanie po spożyciu alkoholu (bądź innego środka odurzającego) lub spożywania go w czasie wykonywania przedmiotu niniejszej umowy.
12. Naruszenie obowiązków z § 13 umowy,

**§ 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 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.

**§ 20**

1. 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 rzeczowo Sąd Powszechny w Lublinie.
2. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 21**

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

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

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

Uzgodniono:

………………………………….……….

*/Główny Księgowy*

Załącznik nr 1 do Umowy nr …………….

**ZAKRES CZYNNOŚCI LEKARZA W PORADNI STOMATOLOGICZNEJ**

Do szczegółowego zakresu czynności lekarza należy:

1. Leczenie chorób zębów i błony śluzowej jamy ustnej, usuwanie zębów oraz udzielenie pierwszej pomocy z zakresu chirurgii szczękowej, uprawnionym pacjentom zgłaszającym się do gabinetu oraz konsultowanie i leczenie chorych szpitalnych.
2. Po przeprowadzeniu sanacji jamy ustnej pacjentów wymagających uzupełnień protetycznych kierować do protezowania.
3. Pacjentów wymagających leczenia specjalistycznego kierować do placówek specjalistycznych mających zawarty kontrakt z NFZ.
4. Stałe podnoszenie kwalifikacji fachowych oraz kontrolowanie pracy personelu medycznego.
5. Współpraca z lekarzami innych specjalności.
6. Odpowiada za powierzony mu sprzęt i materiału oraz sprawuje nadzór nad sprawnym funkcjonowaniem i konserwacją aparatów i instrumentów gabinetu lekarsko-stomatologicznego.
7. Stałe informowanie kierownika gabinetu o wszelkich ważniejszych wydarzeniach, które miały miejsce na terenie gabinetu.
8. Wykonywanie wszystkich poleceń kierownika gabinetu, wchodzących w zakres pracy asystenta, a nie objętych niniejszą instrukcją.
9. Wykonywanie czynności wynikających z zadań mobilizacyjnych nałożonych na szpital według wytycznych Kierownika lub Komendanta szpitala.
10. Przestrzeganie godzin pracy wynikających z zawartej umowy o prace.

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

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***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 …… do umowy Nr ……………..…………………* | | | | | | | |
| ***SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH*** | | | | | | | |
| **W miesiącu:**……………………..…………………….. | | | | **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, pieczęć osoby potwierdzającej zrealizowanie liczby godzin  w miesiącu* | | | | | *…………………………..……………………….*  *podpis udzielającego świadczeń zdrowotnych* | | |