**Znak sprawy: ZP/K/27/2023**

 Wzór umowy- Załącznik nr 2

UMOWA O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

 Nr w centralnym rejestrze ................................

Zawarta w dniu ............................... w Ełku na podstawie art. 26 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.- dalej jako ustawa), pomiędzy:

**1. Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Lublinie**, Al. Racławickie 23, 20-049 Lublin, NIP 712 241 08 20, REGON 431022232, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin – Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku VI Wydział Gospodarczy KRS
pod numerem 0000026235, zwanym dalej „**Udzielającym Zamówienia**”, reprezentowanym przez:

**………………………………………………………………………..** napodstawie pełnomocnictwa nr …………………..z dnia ……………………………………. r.

a

..................................... z siedzibą ........................ , NIP...................., REGON............,KRS.................

reprezentowaną (-ym) przez:

………………………………………………………….

zwaną (-ym) dalej „**Przyjmującym Zamówienie”**

**§1. Przedmiot umowy**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów
1. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Lublinie Filia w Ełku
ul. Kościuszki 30, 19-300 Ełk w zakresie:
	1. opisywania badań MRI przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu przez 365/366 dni w roku drogą teleradiologii:
		1. w trybie CITO i w trybie pilnym (do 2h) od otrzymania obrazu badania;
		2. w trybie planowym (do 7 dni roboczych) od otrzymania obrazu badania.
2. Szacunkowa liczba badań w skali miesiąca obejmuje:
	1. Badania MRI:
		1. w trybie CITO i w trybie pilnym do 2 godzin od otrzymania obrazu badania – 30;
		2. w trybie planowym do 7 dni roboczych od otrzymania obrazu badania 400;
3. Udzielający zamówienia zastrzega, że wskazane w ust. 2 ilości badań stanowią jedynie liczby szacunkowe.
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że przedmiot Umowy nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Przyjmującego Zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż posiada kwalifikacje i niezbędne uprawnienia do wykonywania przedmiotu Umowy.

**§ 2. Termin wykonywania umowy**

1. Umowa została zawarta na czas oznaczony z terminem obowiązywania **od dnia zawarcia do dnia …………. (25 –m-cy).**

**§ 3. Kontakt**

1. Osobami odpowiedzialnymi za współpracę w zakresie przedmiotu niniejszej umowy są:
	* 1. ze strony Udzielającego Zamówienia: p. Marta Wojtach, tel. 261 332 930, 261332 935
		2. ze strony Przyjmującego Zamówienie ……………………………………….
2. Do kontaktów w sprawach merytorycznych przedmiotu umowy wyznacza się
p. Martę Wojtach, tel. 261 332 930, 261332 935.
3. Strony ustalają, iż adresami właściwymi do korespondencji są adresy wskazane
w komparycji Umowy. Strony zobowiązują się do wzajemnego informowania się o wszelkich zmianach w/w adresów pod rygorem uznania za skutecznie doręczoną korespondencję kierowaną na ostatni znany drugiej Stronie adres.

**§ 4. Obowiązki Przyjmującego Zamówienie**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania opisów badań MRI:
	1. przez lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje; Zmawiający wymaga, aby opisu badań dokonywali wyłącznie lekarze specjaliści w dziedzinie radiologii,
	2. zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i obowiązującymi standardami;
	3. z zachowaniem należytej staranności,
	4. zgodnie z zasadami etyki zawodowej uregulowanymi w szczególności w Kodeksie Etyki Lekarskiej,
	5. zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ, powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym rozporządzeniami MZ co do zakresu objętego niniejszą Umową oraz regulacjami dotyczącymi przedmiotu umowy, a obowiązującymi u Udzielającego Zamówienie.
2. Po stronie Przyjmującego Zamówienie leży natychmiastowe zgłoszenie
do Udzielającego zamówienia drogą elektroniczną oraz telefoniczną z jednoczasową adnotacją w systemie wszelkich problemów uniemożliwiających wykonanie opisu (problemy techniczne z przesyłem danych, braki w dokumentacji medycznej pacjenta itp.). Od momentu zgłoszenia pełną odpowiedzialność za opis badania ponosi Przyjmujący Zamówienie, Udzielający zamówienia ze swojej strony zapewnia całodobowy (w dni powszednie, wolne od pracy, niedziele i święta) kontakt z technikiem dyżurnym 1. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Lublinie Filia w Ełku w sytuacjach tego wymagających - telefon 261 332 935.
3. Przyjmujący Zamówienie będzie realizował Zamówienie w oparciu o oprogramowanie, które zapewni jednocześnie:
	1. generowanie skierowań elektronicznych z systemu Integracji HL7, dołączanych
	do zlecenia, skanowanie dokumentacji medycznej (skierowania, historii choroby) i jej transfer elektroniczny, jako integralną część dokumentacji obrazowej pacjenta
	(w formacie DICOM);
	2. dostęp Udzielającemu zamówienia do historycznych opisów badań w formie elektronicznej przez cały okres trwania umowy;
	3. podgląd on-line statusów badań informujących minimum o:
		1. kompletnym transferze danych obrazowych;
		2. rozpoczęciu opisu przez lekarza opisującego i dokonywanym opisie badania;
	4. bezpieczny przesył danych w oparciu o technologię VPN;
4. W przypadku zmiany, aktualizacji lub rozbudowy oprogramowania służącego
do świadczenia usługi, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przeszkolenia na swój koszt osób uprawnionych do korzystania z programu ze strony Udzielającego zamówienia.
5. Przyjmujący Zamówienie ma zapewnić niezwłoczną integrację użytego oprogramowania do teleradiologii z posiadanym przez Udzielającego zamówienia systemem RIS firmy PIXEL TECHNOLOGY Sp. z o.o., ul. Piękna 1, 93-558 Łódź i systemem PACS firmy PIXEL,
w zakresie wymiany danych obrazowych i opisów badania oraz pozostałych danych medycznych dokumentacji medycznej pacjenta przechowywanej w systemie RIS. Integracja powinna umożliwić bezpośrednie zlecanie i wysyłanie badań z systemu RIS Udzielającego zamówienia do opisu. Wszelkie koszty integracji zostaną pokryte przez Przyjmującego zamówienie.
6. Przyjmujący Zamówienie zapewnia telefoniczną pomoc w czasie wykonywania usług
w zakresie obsługi systemu teleinformatycznego oraz wykazać zapewnienie nadzoru technicznego i informatycznego nad poprawnym działaniem systemu.
7. Przyjmujący Zamówienie zagwarantuje pełną dostępność przynajmniej jednego lekarza radiologa dokonującego opisów badań MRI –całodobowo.
8. Wykaz zawierający imię i nazwisko lekarza, numer jego prawa wykonywania zawodu, numer jego telefonu kontaktowego oraz tytuł zawodowy i specjalizację, a także aktualizowany w razie konieczności grafik dyżurów lekarzy opisujących oraz numer telefonu do koordynatora teleradiologii stanowi załącznik nr 1 do umowy i będzie aktualizowany przez Przyjmującego Zamówienie każdorazowo w przypadku wystąpienia zmiany składu personalnego.
9. W ramach dostępności lekarzy radiologów, o której mowa powyżej Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest zapewnić możliwość kontaktu telefonicznego Udzielającego zamówienia z lekarzem radiologiem dokonującym opisu badań w terminie maksymalnym 30 minut od momentu dostarczenia opisu.
10. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie, a w szczególności w zakresie odpowiedzialności kontraktowej jak i odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych, za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy i jej posiadania przez cały okres trwania umowy oraz przedstawienia kserokopii polisy ubezpieczeniowej niezwłocznie, nie później jednak niż w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń, a w przypadku przedłużenia ważności polisy na okres następny, niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu 7 dni od daty upływu okresu ubezpieczenia.
11. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się dodatkowo w szczególności do:
	1. rzetelnego wykonywania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej/zawodowej staranności, z wykorzystaniem wiedzy medycznej, umiejętności zawodowych i zasad etyki zawodowej oraz z uwzględnieniem postępów w medycynie;
	2. przestrzegania standardów udzielania świadczeń zdrowotnych;
	3. znajomości i przestrzegania regulaminów i innych wewnętrznych aktów normatywnych Udzielającego zamówienia mających związek z działalnością Przyjmującego Zamówienie w ramach realizacji umowy,
	4. przestrzegania praw pacjenta określonych w przepisach prawa, w szczególności
	w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
	(t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 z późn. zm.) oraz przepisów dotyczących ochrony danych osobowych z zachowaniem obowiązujących przepisów w tym zakresie, w szczególności przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad wynikających z krajowych przepisów o ochronie danych osobowych, a także innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, chroniących prawa osób, których dane będą przetwarzane,
	w tym przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679
	z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
	z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych -
	(Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.);
	5. poddania się w zakresie wykonywania niniejszej umowy kontrolom przeprowadzanym przez Udzielającego zamówienia, NFZ oraz inne organy i instytucje uprawnione
	do nadzoru i kontrolowania Udzielającego Zamówienie na zasadach określonych
	w przepisach prawa;
	6. udzielenia wszelkich wyjaśnień Udzielającemu Zamówienie w przypadku skarg, zażaleń, zarzutów odnośnie prawidłowości wykonanych świadczeń w terminie nie dłuższym
	niż 10 dni od dostarczenia wezwania do wyjaśnienia, chyba że wezwanie określi inny termin;
	7. prowadzenia określonej dokumentacji opisywanych badań zgodnie zobowiązującymi przepisami, w tym zapisami Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych jak i zasadami obowiązującemu u Udzielającego zamówienia;
	8. przechowywania dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w przypadku rozwiązania umowy lub jej wygaśnięcia – przekazania dokumentacji do Udzielającego zamówienie;
	9. na żądanie Udzielającego Zamówienie, **zgłoszone mailowo na adres
	e-mail: .....................,** dostarczenia papierowego opisu badania (podpisanego przez lekarza) **w terminie 5 dni roboczych** od wystosowania żądania;
	10. przeprowadzania konsultacji telefonicznej między lekarzem zlecającym badanie,
	a lekarzem radiologiem w przypadku powstania jakichkolwiek wątpliwości diagnostycznych;
	11. zapewnienie wsparcia informatycznego (helpdesk 24h/dobę) dotyczącego dostarczonej zgodnie z umową technologii, gwarantującego szybkie rozwiązanie ewentualnych problemów związanych z przesyłaniem danych od i do Udzielającego Zamówienie – **czas reakcji 1 godzina,** czas naprawy:
12. w przypadku awarii wymagającej interwencji osób wyspecjalizowanych
(gdy informatyk dyżurny nie jest w stanie naprawić problemu) czas może ulec
wydłużeniu, bez zbędnej zwłoki w czasie realizacji.
13. w przypadku awarii uniemożliwiającej naprawę zdalną, w przypadku konieczności wymiany sprzętu, czas może ulec wydłużeniu, bez zbędnej zwłoki w czasie realizacji,
	1. zapewnienia należytego zabezpieczenia dostępu do transmitowanych danych
	przed osobami niepowołanymi, a w szczególności do zakodowania danych tak, by
	bez stosownego klucza były bezużyteczne i nieczytelne;
	2. utrzymywania w okresie obowiązywania umowy bezpiecznego łącza do systemu teleradiologii zgodnie z przepisami prawa, stosowanymi normami i wymogami
	w zakresie bezpieczeństwa przesyłu informacji oraz wymaganiami technicznymi.
	3. prowadzenia sprawozdawczości – przedstawiania wykazu świadczeń zdrowotnych, udzielonych na wniosek Udzielającego zamówienia. Sprawozdawczość, o której mowa w zdaniu poprzednim, przekazywana ma być comiesięcznie do Kierownika Zakładu wraz z podaniem rodzaju zleconych i opisywanych badań. Sprawozdawczość statystyczna zawiera w szczególności rodzaj badania, ilość okolic anatomicznych, tryb jego przeprowadzenia, daty: zlecenia i opisania badania, jednostkę zlecającą oraz wskazanie osoby opisującej.

**§ 5. Odpowiedzialność**

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone Udzielającemu zamówienie, pacjentom lub innym osobom trzecim wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania Umowy, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie Umowy jest następstwem okoliczności, za które Przyjmujący zamówienie odpowiedzialności nie ponosi.
2. W przypadku stwierdzenia przez Płatnika naruszenia zasad udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w umowie między Płatnikiem, a Udzielającym Zamówienie w związku z okolicznościami, za które odpowiedzialność ponosi Przyjmujący Zamówienie, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest zwrócić Udzielającemu Zamówienie wynagrodzenie naliczone od zakwestionowanych świadczeń z tego tytułu oraz naliczone przez Płatnika kary umowne, a także zobowiązany jest do wynagrodzenia wszystkich szkód, jakie w związku z powyższym poniósł Udzielający Zamówienie. Powyższy zwrot lub zapłata odszkodowania może nastąpić poprzez potrącenie ww. roszczenia Udzielającego Zamówienie z wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie, na co Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę.

**§. 6. Wynagrodzenie**

1. Wynagrodzenie miesięczne należne Przyjmującemu Zamówienie za wykonanie obowiązków umownych wyliczane jest według następującego wzoru: iloczyn czynnika wykonanych w danym miesiącu badań oraz czynnika stawek jednostkowych określonych
w ust. 2 poniżej.
2. Przyjmujący Zamówienie za wykonanie jednego opisu badania objętego zakresem niniejszej umowy będzie otrzymywał wynagrodzenie brutto w wysokości:

1) wynagrodzenie za świadczenia zdrowotne wskazane w **§1 ust. 1) lit. a) oraz lit. b).**

**Wynagrodzenie brutto w okresie rozliczeniowym** = **ilość wykonanych badań x stawka brutto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | RODZAJ BADANIA | STAWKA BRUTTO ZA ŚWIADCZENIE WSKAZANE W **§1 ust. 1) lit. a)** | STAWKA BRUTTO ZA ŚWIADCZENIE WSKAZANE W **§1 ust. 1) lit. b).** |
| 1. | MRI badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 2. | MRI badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 3. | MRI badanie **jednego** odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 4. | MRI badanie **jednego** odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 5. | MRI jamy brzusznej MRI klatki piersiowej MRI miednicy MRI gruczołu krokowego MRI piersi MRI twarzoczaszki MRI oczodołów MRI szyi | ………zł brutto  ………zł brutto ………zł brutto ………zł brutto ………zł brutto ………zł brutto ………zł brutto ………zł brutto  | ………zł brutto  ………zł brutto ………zł brutto ………zł brutto ………zł brutto ………zł brutto ………zł brutto ………zł brutto  |
| 6. | MRI badanie **dwóch** odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 7. | MRI badanie **dwóch** odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 8. | MRI badanie **trzech** odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 9. | MRI badanie **trzech** odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 10. | MRI badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż jeden odcinek kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego - **pozostałe** | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 11. | MRI badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż jeden odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym - **pozostałe** | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 12. | MRI badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego - **pozostałe** | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 13. | MRI badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym - **pozostałe** | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 14. | MRI badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego - **pozostałe** | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 15. | MRI badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym - **pozostałe** | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 16. | Angiografia głowy bez wzmocnienia kontrastowego | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 17. | Angiografia głowy ze wzmocnieniem kontrastowym  | ………zł brutto  | ………zł brutto  |
| 18. | MRI stawów: kolano, biodro, łokieć, bark i inne stawy | ………zł brutto  | ………zł brutto  |

1. Za pojedyncze badanie uznaje się badanie jednej okolicy anatomicznej (np. głowa, szyja, klatka piersiowa, piersi, jama brzuszna, miednica, kręgosłup szyjny, piersiowy, lędźwiowy, kończyny górne, kończyny dolne, stawy kończyn górnych, stawy kończyn dolnych).
2. Strony ustalają, że okres rozliczeniowy stanowi miesiąc kalendarzowy.
3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że kwoty, o których mowa w niniejszym paragrafie wyczerpują całość zobowiązań finansowych Udzielającego Zamówienie wobec Przyjmującego Zamówienie, wynikających z realizacji Umowy.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do comiesięcznego wystawiania rachunku/faktury za świadczone usługi w danym miesiącu i przedłożenia go Udzielającemu Zamówienie w terminie do 10 dnia następnego miesiąca po miesiącu wykonywania świadczeń wraz z rozliczeniem ilości wykonanych świadczeń (z podziałem na kategorie odpowiadającego przedmiotowi zamówienia w zakresie o którym mowa w § 1 ust. 1).
Do wystawionej faktury Przyjmujący zamówienie dołącza wykaz wykonanych badań
z wyszczególnieniem miejsca zlecenia badania (np. poradnia ortopedyczna, oddział neurochirurgiczny itd. oraz LEKARZA KIERUJĄCEGO).
5. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 płatne jest w formie przelewu, w terminie 30 dni, licząc od daty złożenia prawidłowo sporządzonego rachunku/faktury, na następujący numer rachunku bankowego……………………………………..
6. Przyjmującemu Zamówienie nie przysługuje prawo do wynagrodzenia, jeśli nie wykonywał przedmiotu Umowy.
7. Za dzień zapłaty Strony uznają dzień obciążenia rachunku Udzielającego Zamówienie.
8. W przypadku zmiany zasad finansowania przez Płatnika świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszej umowy Udzielający Zamówienie zastrzega możliwość zmiany zasad wynagradzania Przyjmującego Zamówienie, po uprzednim ich uzgodnieniu z Przyjmującym Zamówienie. Zmiana, o której mowa powyżej, zostanie dokonana przez strony w formie aneksu do Umowy w terminie 30 dni od daty podpisania aneksu wprowadzającego zmiany przez Płatnika i Udzielającego Zamówienie. W przypadku braku porozumienia między Stronami co do podpisania aneksu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Udzielający Zamówienie zastrzega sobie prawo rozwiązania Umowy za 30-dniowym okresem wypowiedzenia.
9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się nie podejmować czynności prawnych mających na celu zmianę wierzyciela (w szczególności zawierać Umowy przelewu), chyba że na powyższe wyrazi zgodę Udzielający Zamówienie w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z uwzględnieniem art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
10. Wierzytelności wynikające z Umowy nie mogą być przedmiotem aportu, chyba że na powyższe wyrazi zgodę Udzielający Zamówienie w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z uwzględnieniem art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

**§ 7. Klauzula poufności**

1. Strony Umowy zobowiązują się traktować wszelkie informacje wynikające z niniejszej umowy, jak również informacje uzyskane w wyniku współpracy na tle realizacji umowy, jako informacje poufne.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się zachować w poufności pozyskane w ramach wykonywania obowiązków wynikających z niniejszej umowy dane osobowe
i dane pacjentów.
3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że nie wykorzysta w ramach własnej działalności, informacji jakie pozyskał o Udzielającym Zamówienie, a w szczególności obejmujących sposobu i warunków realizacji badań, informacji o ilości i jakości wykonywanych badań,
a także „programach” w ramach, których badania te są wykonywane.
4. W przypadku naruszenia przez Przyjmującego Zamówienie obowiązku zachowania poufności, określonego w niniejszym paragrafie, Przyjmujący Zamówienie może zostać obciążony przez Udzielającego Zamówienie karą umowną w kwocie 50.000 zł. za każdy przypadek naruszenia.

**§ 8. Ochrona danych osobowych**

1. Udzielający zamówienia oświadcza, że jest administratorem danych osobowych pacjentów oraz pracowników wykonujących lub zlecających badania, których dane będą przetwarzane w ramach niniejszej umowy zwanym dalej Administratorem.
2. W celu wykonania umowy Udzielający zamówienia powierza Przyjmującemu Zamówienie
i zwanemu dalej Podmiotem przetwarzającym w trybie art. 28 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016 r.
Nr 119, str. 1 z późn. zm.; zwanego dalej Rozporządzeniem) dane osobowe
do przetwarzania, na zasadach i w celu określonym w niniejszej umowie.
3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się przetwarzać powierzone mu dane osobowe zgodnie z niniejszą umową, Rozporządzeniem oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.
4. Podmiot przetwarzający oświadcza, iż stosuje środki bezpieczeństwa spełniające wymogi Rozporządzenia jak i innych powszechnie obowiązujących przepisów, w tym
w szczególności ustawy o ochronie danych osobowych i aktów wykonawczych do tej ustawy.
5. Administrator powierza Podmiotowi przetwarzającemu do przetwarzania dane osobowe szczególnych kategorii danych osobowych w rozumieniu Rozporządzenia. Kategorią osób, których dane dotyczą, są dane pacjentów zawarte w elektronicznym skierowaniu
oraz obrazach badań w formacie DICOM, a danymi osobowymi są informacje zawierające: oznaczenie pacjenta, nazwisko i imię, datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, rozpoznanie medyczne, obraz badania, opis badania.
6. Powierzone przez Administratora dane osobowe będą przetwarzane przez Podmiot przetwarzający wyłącznie w celu realizacji niniejszej umowy.
7. Powierzone przez Administratora dane osobowe będą przetwarzane przez Podmiot przetwarzający wyłącznie w czasie obowiązywania umowy
8. Podmiot przetwarzający będzie przetwarzał dane osobowe wyłącznie na udokumentowane polecenie Administratora.
9. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do nadania upoważnień do przetwarzania danych osobowych wszystkim osobom, które będą przetwarzały powierzone dane w celu realizacji umowy.
10. Podmiot przetwarzający zapewnia, by osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych zobowiązały się do zachowania tajemnicy zarówno w trakcie zatrudnienia ich
w Podmiocie przetwarzającym, jak i po jego ustaniu, lub by podlegały odpowiedniemu ustawowemu obowiązkowi zachowania tajemnicy.
11. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się, przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych, do ich zabezpieczenia poprzez stosowanie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych zapewniających adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku związanym z przetwarzaniem danych osobowych, o których mowa w art. 32 Rozporządzenia.
12. Podmiot przetwarzający współpracuje z Administratorem w niezbędnym zakresie
poprzez odpowiednie środki techniczne i organizacyjne wywiązywać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą oraz wywiązywania się z obowiązków określonych w art. 32-36 Rozporządzenia, a w szczególności: bezzwłocznie zgłasza wszelkie naruszenia ochrony danych osobowych oraz sukcesywnie uzupełnia przekazywane informacje, współpracuje z Administratorem w kwestii poinformowania osób, których dane dotyczą o naruszeniu ich danych, w celu realizacji obowiązków, o których mowa powyżej,

Podmiot przetwarzający w miarę możliwości dokumentuje wszelkie okoliczności i zbiera wszelkie dowody, które pomogą Administratorowi wyjaśnić szczegóły naruszenia, w tym jego charakter, skalę, skutki, czas zdarzenia, osoby odpowiedzialne, osoby poszkodowane.

1. Podmiot przetwarzający po zakończeniu świadczenia usług związanych z przetwarzaniem nie później niż w terminie 14 dni od zakończenia umowy usuwa wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazują przechowywanie danych osobowych.
2. Administrator danych zgodnie z art. 28 ust. 3 pkt h) Rozporządzenia ma prawo kontroli,
czy środki zastosowane przez Podmiot przetwarzający przy przetwarzaniu i zabezpieczeniu powierzonych danych osobowych spełniają postanowienia niniejszej umowy.
3. Administrator danych realizować będzie prawo kontroli w godzinach pracy Podmiotu przetwarzającego i z minimum dwudniowym jego uprzedzeniem.
4. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli w terminie wskazanym przez Administratora danych nie dłuższym niż 7 dni.
5. Podmiot przetwarzający udostępnia Administratorowi wszelkie informacje niezbędne
do wykazania spełnienia obowiązków określonych w art. 28 Rozporządzenia.
6. Podmiot przetwarzający może powierzyć dane osobowe objęte niniejszą Umową
do dalszego przetwarzania podwykonawcom jedynie w celu wykonania umowy
po uzyskaniu uprzedniej pisemnej zgody Administratora.
7. Przekazanie powierzonych danych do państwa trzeciego może nastąpić jedynie na pisemne polecenie Administratora danych chyba, że obowiązek taki nakłada na Podmiot przetwarzający prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego, któremu podlega Podmiot przetwarzający. W takim przypadku przed rozpoczęciem przetwarzania Podmiot przetwarzający informuje Administratora danych o tym obowiązku prawnym, o ile prawo
to nie zabrania udzielania takiej informacji z uwagi na ważny interes publiczny.
8. Podwykonawca winien spełniać te same gwarancje i obowiązki ochrony danych osobowych jakie zostały nałożone na Podmiot przetwarzający w niniejszej umowie.
9. Podmiot przetwarzający ponosi pełną odpowiedzialność wobec Administratora
za niewywiązanie się ze spoczywających na podwykonawcy obowiązków ochrony danych osobowych.
10. Podmiot przetwarzający jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z treścią umowy, a w szczególności za udostępnienie powierzonych do przetwarzania danych osobowych osobom nieupoważnionym.
11. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Administratora danych o jakimkolwiek postępowaniu, w szczególności administracyjnym lub sądowym, dotyczącym przetwarzania przez Podmiot przetwarzający danych osobowych określonych w umowie, o jakiejkolwiek decyzji administracyjnej lub orzeczeniu dotyczącym przetwarzania tych danych, skierowanych do Podmiotu przetwarzającego, a także o wszelkich planowanych, o ile są wiadome, lub realizowanych kontrolach i inspekcjach dotyczących przetwarzania w Podmiocie przetwarzającym tych danych osobowych, w szczególności prowadzonych przez inspektorów upoważnionych przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Niniejszy ustęp dotyczy wyłącznie danych osobowych powierzonych przez Administratora danych.

**§ 9. Rozwiązanie umowy**

1. Umowa może zostać rozwiązana przez Udzielającego zamówienia bez zachowania terminu wypowiedzenia w przypadku istotnego naruszenia przez Przyjmującego Zamówienie warunków niniejszej umowy, w tym w szczególności w przypadku gdy Przyjmujący Zamówienie:
	1. został wykreślony z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
	2. nie wywiązuje się w sposób terminowy z dostarczaniem opisów badań (co najmniej
	5 krotnie dostarczył badania po terminie określonym w niniejszej umowie);
	3. nie realizuje obowiązków w zakresie usługi helpdesk lub realizuje je w sposób nieterminowy;
	4. nie realizuje obowiązków wynikających z niniejszej umowy;
	5. kontakt z Przyjmującym Zamówienie jest znacznie utrudniony (w szczególności
	w zakresie konsultacji opisu badania);
	6. nie zawarł umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa
	w ustawie o działalności leczniczej, w terminie określonym niniejszą umową;
2. Rozwiązanie umowy nastąpi poprzez przedłożenie Przyjmującemu Zamówienie pisemnego oświadczenia wraz z uzasadnieniem.
3. Umowa może zostać wypowiedziana przez każdą ze Stron, bez wskazywania przyczyny,
z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Wypowiedzenie dla swej skuteczności wymaga pod rygorem nieważności formy pisemnej.
5. W przypadku rozwiązania Umowy, o którym mowa w niniejszym paragrafie, jak również
§ 6 ust. 10 Przyjmującemu Zamówienie nie przysługuje prawo do jakiegokolwiek odszkodowania (rekompensaty) poza wynagrodzeniem za prawidłowo wykonane obowiązki umowne do chwili rozwiązania Umowy.

**§ 10. Kary umowne**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest zapłacić na rzecz Udzielającego zamówienia karę umowną w wysokości:
	1. 10% wartości badania za każdy stwierdzony przypadek opisu badania po terminie;
	2. 50,00 zł za brak możliwości konsultacji wysłanego obrazu (każdorazowo);
	3. 1 000,00 zł za każdy stwierdzony przypadek gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa;
	4. 100,00 zł za każdą rozpoczętą godzinę opóźnienia w naprawie technologii.
2. Udzielający zamówienia jest uprawniony do potrącenia kar umownych z wynagrodzenia przysługującemu Przyjmującemu Zamówienie, na co Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę.
3. Jeżeli wysokość poniesionej przez Udzielającego zamówienia szkody przekroczy wysokość zastrzeżonej kary umownej Udzielający zamówienia może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.
4. Przed naliczeniem kary umownej Udzielający Zamówienie może wezwać Przyjmującego Zamówienie do pisemnego szczegółowego podania przyczyn niewykonania lub nienależytego wykonania Umowy w terminie 3 dni roboczych od daty otrzymania wezwania.
5. Naliczenie przez Udzielającego Zamówienie kary umownej następuje poprzez sporządzenie noty księgowej wraz z pisemnym uzasadnieniem, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest w terminie 10 dni od daty otrzymania ww. dokumentów do zapłaty naliczonej kary umownej. Brak zapłaty w powyższym terminie uprawnia Udzielającego Zamówienie do potrącenia kary umownej z wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie lub innych jego wierzytelności przysługujących Przyjmującemu Zamówienie w stosunku do Udzielającego Zamówienie, na co Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę.
6. Naliczenie przez Udzielającego Zamówienie bądź zapłata przez Przyjmującego Zamówienie kary umownej nie zwalnia go z zobowiązań wynikających z Umowy.
7. Kary umowne podlegają sumowaniu.
8. Maksymalna wysokość kar umownych nie może przekroczyć sześciokrotnego średniego wynagrodzenia miesięcznego.

**§ 11. Zmiany umowy**

1. Zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga zgody Stron oraz zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności z uwzględnieniem art. 27 ust. 5 ustawy dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

**§ 12. Postanowienia końcowe**

1. Prawa i obowiązki stron wynikające z umowy nie mogą być przeniesione na osoby trzecie.
2. Strony umowy zobowiązane są do zachowanie postanowień i treści umowy w tajemnicy.
3. Spory wynikłe w trakcie realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla siedziby filii w Ełku Udzielającego zamówienia.
4. Integralną część niniejszej umowy stanowią Szczegółowe Warunki Konkursu oraz oferta złożona przez Przyjmującego zamówienie.
5. W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie w szczególności przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności leczniczej.
6. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

Załącznik nr 1 do Umowy nr ……..D/2023

 WYKAZ ZAWIERAJĄCY DANE LEKARZY

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA | NR PWZ | TELEFON KONTAKTOWY  | TYTUŁ ZAWODOWY I SPECJALIZACJA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***GRAFIK LEKARZY DYŻURUJĄCYCH*** |
| **Na miesiąc: ………………** | **Rok**: ……………….………. |
| **L.p.** | **Data** | **Dzień Tygodnia** | **Godzina Rozpoczęcia** | **Godzina Zakończenia** | **Suma Godzin****w Danym Dniu** | **Imię i Nazwisko lekarza** |
| 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. |  |  |  |  |  |  |
| **Imię i nazwisko oraz nr tel. Koordynatora ……………………………………………………………………………………….** |
| .............................................*Data i podpis* | *……………………………………………….**Zatwierdzam* |