Załącznik nr 2 do SWKO

UMOWA KONTRAKT O ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH – WZÓR

zawarta w dniu …….. w Malborku pomiędzy:
Powiatowym Centrum Zdrowia Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Malborku, ul. Armii Krajowej 105/106, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, numer KRS 0000280526, NIP: 579-21-33-296, REGON: 220415305, którą reprezentuje zgodnie z wpisem do KRS:
Prezes – Paweł Chodyniak
zwanym dalej Udzielającym zamówienia
a
....., lekarzem prowadzącym Indywidualną Praktykę Lekarską na podstawie wpisu do Rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich prowadzonego przez ..... pod numerem ....., z prawem wykonywania zawodu numer .....wydanym przez Okręgową Izbę Lekarską w ....., posiadający specjalizację w zakresie …… ....., numer PESEL ..... NIP ..... REGON .....
zwanym dalej **Przyjmującym zamówienie,**

§ 1

Przyjmujący zamówienie, oświadcza, że:
1. Posiada czynne prawo wykonywania zawodu lekarza,
2. Prowadzi działalność gospodarczą w postaci indywidualnej praktyki lekarskiej, która umożliwia zawarcie umowy z Udzielającym zamówienia,
3. Posiada aktualne, obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej prowadzonej działalności.
4. Posiada aktualne zaświadczenie o ukończonym szkoleniu BHP.
5. Posiada aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu.

§ 2

1. Udzielający Zamówienie zleca udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju Podstawowej Opieki Zdrowotnej (dalej: POZ) w przychodni w Nowym Dworze Gdańskim – filia Stegna (ul. Wojska Polskiego 12, 82-103 Stegna) będącej jednostką organizacyjną Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku.
2. W sytuacji zaistnienia potrzeby u Udzielającego zamówienia strony mogą za porozumieniem rozszerzyć/zmienić zakres (rodzaj, miejsce, czas) udzielanych świadczeń.
3. Harmonogram udzielania świadczeń medycznych w POZ ustala dyrektor szpitala lub osoba przez niego wyznaczona na 10 dni przed jego wdrożeniem, a o wizytach domowych decyduje sam lekarz.
4. Zasady rejestracji pacjentów do przychodni POZ ustali dyrekcja szpitala po konsultacji z Przyjmującym zamówienie. Wszelkie zmiany w tym zakresie należy każdorazowo uzgadniać.
5. Przyjmującemu zamówienie powierza się obowiązki lekarza przychodni podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie podstawowym.
6. Udzielający zamówienia pokrywa koszty badań w zakresie profilaktyki poekspozycyjnej powstałej w wyniku kontaktu z materiałem biologicznym potencjalnie zakaźnym oraz koszty profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego.

§ 3

Udzielający zamówienie zapewnia nieodpłatnie możliwość korzystania ze sprzętu, leków i materiałów medycznych, a także środków transportu, w ilościach i zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń.

§ 4

1. Przyjmujący zamówienie ponosi całkowitą odpowiedzialność za ordynowanie leków, materiałów medycznych i środków pomocniczych.
2. Ordynowanie leków musi odbywać się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi

w tym zakresie przepisami prawa, a zwłaszcza rozporządzeniem MZ w sprawie recept lekarskich oraz ustaleniami wewnątrzszpitalnymi.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do wystawiania e-recept zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie recept (Dz.U 2019 poz. 1253 z późn. zm.) oraz z dnia 6 grudnia 2019 r. (Dz.U. 2019 poz. 2395 z późn.zm.).
4. Przyjmujący zamówienie ponosi całkowitą odpowiedzialność za ustalanie okresu niezdolności/ zdolności do pracy z powodu choroby lub zaświadczeń o stanie zdrowia i wystawianie zaświadczeń na drukach przewidzianych przepisami prawa w zakresie orzecznictwa ZUS.
5. Przyjmujący zamówienie dostosuje się do przepisów ustawy o zwalczaniu i zapobieganiu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w szczególności w zakresie zawiadamiania o chorobie zakaźnej i jej podejrzeniu właściwemu terytorialnie inspektorowi sanitarnemu.
6. Do obowiązków Przyjmującego zamówienie należy w szczególności:
   a) wnikliwie zbadać zgłaszających się pacjentów do poradni medycyny rodzinnej,
   b) ustalić przy pomocy metod diagnostycznych określonych w przepisach rozpoznanie, określić postępowanie medyczne i rozpocząć leczenie, a także ustalić wskazania do wystawienia zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy zgodnie z przepisami prawa w tym zakresie obowiązującymi;
   c) pacjentów kierować na diagnostykę do zakładów i pracowni Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku , lub do podmiotów, z którymi PCZ Sp. z o.o. podpisało stosowne umowy (wykaz umów z zakresem wykonywanych świadczeń zostanie udostępniony);
   d) prowadzić leczenie zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz zasadami etyki lekarskiej;
   e) w przypadkach wątpliwych konsultować się z innymi lekarzami kierując do poradni specjalistycznych lub gdy stan chorego nie pozwala na dalsze postępowanie diagnostyczne lub lecznicze w warunkach ambulatoryjnych kierować pacjentów do szpitala;
   f) prowadzić dokumentację medyczną pacjentów zgodnie z obowiązującym przepisami prawa, prowadzić ją czytelnie, a także zgodnie z zasadami wykonywania zawodu, należytą starannością i standardami przyjętymi w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o.;
   g) dokładnie wykonywać czynności administracyjne przewidziane przy przyjmowaniu chorych, a w szczególności zasad statystycznego dokumentowania rodzajów porad zgodnie z przepisami prawa i zarządzeń Prezesa NFZ;
   h) w sytuacji zaistnienia zdarzeń niepożądanych podczas wykonywania praktyki, niezwłocznie powiadamiać pisemnie o ich zaistnieniu dyrekcję szpitala;
   i) w czasie ustalonych godzin prowadzenia praktyki przebywać na terenie przychodni;
   j) w przypadku wydawania zleceń lekarskich w postaci terapii farmakologicznej, badań diagnostycznych lub innych zleceń dotyczących pacjentów fakty te każdorazowo szczegółowo odnotowywać i autoryzować ją w indywidualnej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i standardem opracowanym w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o.;
   k) kontrolować prawidłowość wykonania wydanych zleceń i pielęgnacji chorych;
   l) udzielać informacji o stanie zdrowia pacjentów wyłącznie osobom upoważnionym przez pacjenta;
   m) chronić posiadaną dokumentację medyczną przed dostępem osób nieupoważnionych i nie wydawać dokumentacji medycznej bez powiadomienia dyrekcji szpitala;
   n) dostosować swoje postępowanie w zakresie dokumentacji medycznej do standardów obowiązujących w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku;
   o) nie wydawać oświadczeń woli w imieniu Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku bez uzyskania stosownego pełnomocnictwa.

§ 5

Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany :

1. wykonywać zawód zgodnie z harmonogramem ustalonym z Zarządem Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku, a wszelkie zmiany tego harmonogramu muszą być uzgodnione z dyrekcją,

2. zawrzeć umowę z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i uzyskać prawo do orzekania o czasowej niezdolności do pracy.

§ 6

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń wykorzystując wiedzę i umiejętności medyczne oraz postęp w tym zakresie.
2. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienia, w tym również kontroli przeprowadzonej przez uprawnione przez niego osoby, w zakresie wykonywania umowy, a w szczególności:
   a) sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych;
   b) gospodarowania powierzonymi środkami;
   c) dokonywania rozliczeń ustalających koszty udzielonych świadczeń;
   d) prowadzonej i wymaganej dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej;
3. Po zakończeniu każdego miesiąca rozliczeniowego, Przyjmujący Zamówienie przedstawi dyrektorowi lub dyrektorowi ds. medycznych zestawienie udzielonych świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie spełniania wymagań co do realizacji przedmiotu umowy.

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest osobiście świadczyć przedmiotowe usługi medyczne.
2. W przypadku niemożności udzielania świadczeń z przyczyn zdrowotnych lub innych ważnych (uzasadnionych) przyczyn Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest niezwłocznie powiadomić o tym Zamawiającego określając czasokres tej niemożności.

§ 8

1. Przyjmujący zamówienie osobiście rozlicza się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych z tytułu świadczeń w ramach niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zawarcia we własnym zakresie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lekarza wykonującego zawód na terenie RP w stosownym zakresie przewidzianym przepisami prawa oraz dodatkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej praktyki zawodowej w związku z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy wynikających z przepisów prawa w tym zakresie.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do aktualizacji polisy OC, o której mowa w ust. 2. i przedstawiania bez wezwania jej aktualizacji dyrekcji PCZ w Malborku.
4. Przyjmujący zamówienie odpowiada prawnie i materialnie za należyte wykonanie obowiązków w związku z realizacją niniejszej umowy.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do posiadania aktualnego zaświadczenia o ukończonym szkoleniu BHP i przedstawienia bez wezwania jego aktualizacji Dyrekcji PCZ w Malborku.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do posiadania aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwskazań do wykonywania zawodu i przedstawienia bez wezwania jego aktualizacji Dyrekcji PCZ w Malborku.
7. W sytuacji niedostarczenia do Udzielającego zamówienia aktualnej polisy OC lub innych niezbędnych dokumentów kadrowych Udzielający zamówienia może wstrzymać zapłatę za udzielone świadczenia do czasu uzupełnienia braków dokumentacji.
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przestrzegania procedur i standardów Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością oraz Regulaminu Organizacyjnego obowiązujących w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku.

§ 9

1. Wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie za świadczenia zdrowotne będące przedmiotem umowy określa załącznik Nr 1.
2. Wypłata wynagrodzenia, o którym mowa wyżej nastąpi w terminie do 21 dni od dnia przedłożenia faktury.

3. Faktura za świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy musi odpowiadać cechom dowodu księgowego, określonym w art. 21 ustawy z dnia 29.09.1994r o rachunkowości (Dz. U. Nr 121, poz. 591 ze zmianami).
4. Termin wystawienia faktury, o której mowa w ust. 3 niniejszego paragrafu - 7 dni po zakończeniu miesiąca rozliczeniowego.
5. W treści faktury należy powołać się na numer umowy, w ramach której usługi zostały wykonane. W przypadku braku numeru, należy wskazać datę zawarcia umowy na podstawie której faktura została wystawiona.
6. Wraz z fakturą Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia harmonogramu udzielonych świadczeń za dany miesiąc rozliczeniowy, zatwierdzony przez kierownika/ koordynatora komórki lub Dyrekcję. Wzór harmonogramu stanowi załącznik nr 3 do umowy.
7. Błędnie wystawiona faktura lub brak załącznika w postaci zatwierdzonego harmonogramu spowodować może opóźnienie w terminie wypłaty, o którym mowa w p. 2 o czas usunięcia błędów.
8. W razie zwłoki w uiszczaniu przez Udzielającego Zamówienie kwot należności wynikających z umowy, Przyjmującemu Zamówienie przysługują odsetki ustawowe.
9. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do nieujawniania warunków finansowych umowy osobom trzecim pod rygorem kary finansowej w wysokości trzykrotności średniomiesięcznych przychodów uzyskanych w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. za ostatni kwartał świadczenia usług.

§ 10

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji organizacyjnych oraz wszelkich innych dotyczących Udzielającego zamówienie, które nie zostały podane do publicznej wiadomości.
2. W przypadku naruszenia przez Przyjmującego zamówienie postanowienia ust. 1 Udzielający zamówienie może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym – z dniem doręczenia pisemnego zawiadomienia.

§ 11

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony tj. od dnia 01.02.2021r. do dnia 31.07.2022r.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę z zachowaniem 3-miesięcznego terminu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca oraz formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 12

1. Umowa może zostać rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym, w razie:
   a) utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień wykonywania zawodu,
   b) dwukrotnej nieusprawiedliwionej nieobecności w ustalonym terminie świadczenia usług medycznych,
   c) trzykrotnego niepodporządkowania się pisemnym zaleceniom Udzielającego zamówienia w zakresie przestrzegania postanowień § 2 i § 5,
   d) wykorzystania przez Przyjmującego zamówienie sprzętu i aparatury medycznej udzielającego zamówienie dla innych celów niż wykonywanie usług objętych niniejszą umową,
   e) w razie rażącego zaniedbania w wykonywaniu obowiązków i postanowień opisanych w niniejszej umowie.
2. W przypadku określonym w ust.1 rozwiązanie umowy następuje w następuje w następnym dniu po doręczeniu pisemnego zawiadomienia o rozwiązaniu przedmiotowego stosunku prawnego.

§ 13

Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia, jak również zmiana umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej.

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 (Dz.U. 2018 poz. 2190 z późn.zm.), Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2017, poz. 1318 z późn.zm.), a także Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2017, poz. 125 z późn.zm.).

§ 15

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

.....	.....
Udzielający Zamówienia	Przyjmujący Zamówienie

Załącznik Nr 1
z dnia …….
do umowy z dnia ……..
……

WARUNKI FINANSOWE

1. Przyjmujący zamówienie za świadczenie usług zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej Przychodni w Nowym Dworze Gdańskim – filia Stegna otrzyma wynagrodzenie w wysokości: ……zł /godz.

2. Średniomiesięczna liczba godzin ……

.....	.....
Udzielający Zamówienia	Przyjmujący Zamówienie

Załącznik Nr 2
z dnia …….
do umowy z dnia ……..
……

KLAUZULA INFORMACYJNA STOSOWANA PRZY PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH PRZY ZLECENIACH, UMOWACH O DZIEŁO Z WYKONAWCAMI, KONTRAHENTAMI

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 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 (RODO) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018.1000), Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku

informuje, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych jest Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 82-200 Malbork, ul. Armii Krajowej 105/106, KRS: 0000280526, NIP: 579-21-33-296, dalej zwany Administratorem Danych Osobowych (ADO), tel.: 55 6460 264, adres e-mail: sekretariat@pcz.net.pl
2. Dane osobowe jakie posiadamy i przetwarzamy tj.: dane identyfikacyjne, adresowe, kontaktowe, przetwarzane będą w celu zbierania ofert cenowych, świadczenia usług, prawidłowej realizacji umowy, obsługi gwarancyjnej i pogwarancyjnej, obsługi reklamacji, realizacji ewentualnych zleceń na proponowane przez firmę usługi reklamowe pomiędzy Panem/Panią a Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku , na podstawie art. 6 ust 1 pkt b) RODO.
3. Dane będą również przetwarzane celem wykonania obowiązków prawnych, w tym wystawianie faktur.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj.: do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
5. Podanie danych w zakresie niezbędnym do realizacji celów określonych w ust. 2 i 3 jest obowiązkowe, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
6. Podanie przez Wykonawcę danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy, niepodanie danych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy.
7. Obowiązek podania danych wynika z ustawy z dnia 14 grudnia 2017 r. o zmianie ustawy o podatku od towarów i usług (Dz.U. 2018 poz. 86), ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. 2017 poz. 1579).
8. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
9. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
10. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Dane osobowe będą przechowywane przez okres świadczenia usług w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku a po jego zakończeniu przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

Podpis Przyjmującego zamówienie

Załącznik Nr 3
z dnia …….
do umowy z dnia ……..
……

Harmonogram

o liczbie godzin przepracowanych przez lekarza kontraktowego w miesiącu ……

dzień miesiąca	LICZBA GODZIN						
	PRACA W ODDZIALE	DYŻUR MEDYCZNY	PRACA RITM	GOTOWOŚĆ "POD TELEFONEM"	WEZWANIE Z GOTOWOŚCI	PRACA W POZ	PRACA W POZ NiSOZ
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
razem							
WARTOŚĆ CAŁKOWITA (ZGODNIE Z UMOWĄ)							

1) Dobę należy rozliczać od godziny 7:00 do 7:00

2) Dyżur w dni zwykle rozpoczyna się o godzinie 14:30,a kończy o godzinie 7:00 dnia następnego (16,5 h)

3) Dyżur w dni wolne od pracy trwa od godziny 7:00 do 7:00 dnia następnego (24 h)

…….. ……..

data i podpis lekarza składającego oświadczenie

data i podpis osoby weryfikującej rozliczenie (kierownik/koordynator komórki)