Załącznik nr 2 do SWKO,

UMOWA KONTRAKT O ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH
NR KO.63/…./2021 - WZÓR

zawarta w dniu ……. roku 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, reprezentowaną zgodnie z wpisem w KRS przez:
Prezesa – Pawła Chodyniaka
zwanym dalej **Udzielającym zamówienia,**
a
…… ul. ……., ……. lekarzem prowadzącym Indywidualną Praktykę Lekarską na podstawie wpisu do Rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w …….. pod numerem ……., z prawem wykonywania zawodu numer …….. wydanym przez ……, PESEL ……, NIP ……, REGON …….
zwanym dalej **Przyjmującym zamówienie,**

§ 1

Przyjmujący zamówienie, oświadcza, że:

1. Posiada czynne prawo wykonywania zawodu lekarza,
2. Posiada specjalizację w zakresie neonatologii – ……..st.,
3. Prowadzi działalność gospodarczą w postaci indywidualnej praktyki lekarskiej, która umożliwia zawarcie umowy z Udzielającym zamówienia,
4. Posiada aktualne, obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej prowadzonej działalności.
5. Posiada aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy na stanowisku lekarza.
6. Posiada aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia z zakresu BHP.

§ 2

1. Udzielający Zamówienie zleca udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale neonatologicznym szpitala w Malborku Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o., a także w Izbie Przyjęć tego szpitala.
2. Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych zatwierdza dyrektor ds. medycznych Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku, w porozumieniu z Przyjmującym zamówienie na 10 dni przed jego wdrożeniem.
3. Harmonogram dyżurów lekarskich na oddziale neonatologicznym ustala koordynator oddziału neonatologicznego w porozumieniu z koordynatorem oddziału dziecięcego, a zatwierdza dyrektor ds. medycznych szpitala.
4. Udzielający zamówienia pokrywa koszty badań w zakresie profilaktyki poekspozycyjnej powstałej w wyniku kontaktu z materiałem biologicznym potencjalnie zakaźnym oraz koszty profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego.
5. W sytuacji zaistnienia potrzeby u Udzielającego zamówienia strony mogą za porozumieniem rozszerzyć/zmienić zakres (rodzaj, miejsce, czas) udzielanych świadczeń.

§ 3

1. Udzielający zamówienia zapewnia nieodpłatną możliwość korzystania ze sprzętu, leków i materiałów medycznych w ilościach niezbędnych do udzielania świadczeń.
2. Przyjmujący zamówienie we własnym zakresie zaopatrzy się w obowiązujący ubiór medyczny i obuwie.
3. Strój i obuwie obowiązujące w szczególnych strefach działania Przyjmującego zamówienie udostępni nieodpłatnie Udzielający zamówienia.

§ 4

1. Przyjmujący zamówienie ponosi całkowitą odpowiedzialność za ordynowanie leków, materiałów medycznych, środków leczniczych i pomocniczych.

2. Przyjmujący zamówienie zawrze umowę z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i uzyska prawo do orzekania o czasowej niezdolności do pracy lub oświadcza, że takie uprawnienie posiada.
3. Ordynowanie leków na oddziale i Izbie Przyjęć musi odbywać się zgodnie ze wskazaniami medycznymi i obowiązującymi w tym zakresie przepisami, polityką antybiotykową szpitala, a także zasadami farmakoterapii określonymi przez komitet ds. Terapii Szpitala.
4. Preskrypcja leków na receptach w imieniu Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku może dotyczyć wyłącznie pacjentów PCZ Sp. z o.o. z pełnym poszanowaniem obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie i zgodnie z umową z NFZ.

§ 5

1. Do obowiązków Przyjmującego zamówienie należy w szczególności:

a) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale neonatologicznym i Izbie przyjęć w ustalonych dniach i godzinach,
b) Ustalanie przy pomocy wszystkich dostępnych metod w zasobie posiadanym przez Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku rozpoznania medycznego, określenie postępowania i rozpoczęcie leczenia;
c) W przypadku konieczności zastosowania metod diagnostycznych i leczniczych nie znajdujących się w zasobach Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku, każdorazowo uzyskiwanie zgody dyrekcji na jej zastosowanie w sytuacji, w której nie zagraża to życiu bądź zdrowia pacjenta.
d) Prowadzenie leczenia zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz zasadami etyki lekarskiej, a także wg ustaleń i zasad określonych przez komitety ds. terapii czy zakażeń działających w szpitalu,
e) Sprawowanie funkcji opiekuna stażu lekarzy stażystów odbywających w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku staż podyplomowy lekarza – o ile dotyczy,
f) Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z obowiązującym przepisami prawa, a także zgodnie z standardami przyjętymi w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o., a w szczególności posługiwanie się narzędziami elektronicznymi przy prowadzeniu dokumentacji medycznej będącymi w posiadaniu PCZ Sp. z o.o.
g) Kontrola jakości prowadzonej dokumentacji medycznej przez lekarzy oddziału poprzez jej parafowanie i zatwierdzanie jej prawidłowości po wypisaniu pacjenta z oddziału,
h) Konsultowanie procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego przez lekarzy zatrudnionych i praktyki lekarskie udzielające świadczeń na oddziale,
i) W razie braku wolnych miejsc na oddziale przestrzeganie zasady, iż pacjent (noworodek) potrzebujący natychmiastowego leczenia szpitalnego musi być przyjęty w każdym przypadku, albo do szpitala w Malborku, albo też do innego szpitala, jeżeli stan pacjenta (noworodka) pozwala na dalszy transport.
j) Jeżeli stan pacjenta (noworodka) jest ciężki, udzielanie mu pierwszej pomocy lekarskiej jeszcze przed załatwieniem formalności związanych z przyjęciem go do szpitala;
k) Pilnowanie dokładnego wykonywania czynności administracyjnych przewidzianych przy przyjmowaniu chorych;
l) W przypadku decyzji o przyjęciu pacjenta na Oddział, czytelne i zrozumiałe wpisywanie do historii choroby wstępne rozpoznanie medyczne w języku polskim (bez używania skrótów) i podpisywanie się oraz dopilnowywanie, aby nie później niż w ciągu godziny dokonać opisu badania przedmiotowego i podmiotowego pacjenta, a w przypadku gdy stan pacjenta jest ciężki opisów tych dokonać bezpośrednio po decyzji o przyjęciu chorego na oddział.
m) zarządzanie, aby pacjent (noworodek), jeżeli stan jego na to pozwala, był doprowadzony przed umieszczeniem go w oddziale do należytego stanu sanitarno -higienicznego;
n) podczas pracy w Izbie Przyjęć stosowanie wzorów dokumentacji zgodne ze standardem przyjętym w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. (dokumentacja elektroniczna), a w przypadku decyzji o odmowie przyjęcia na oddział odnotowywanie tego faktu w karcie Izby Przyjęć i księdze odmów prowadzonej w Izbie Przyjęć, zgodnie z obowiązującym prawem umieszczając zwłaszcza wpis o przyczynie odmowy przyjęcia na oddział.
o) W czasie godzin udzielania świadczeń przebywanie na terenie szpitala, a w przypadku oddalenia się z oddziału w czasie pełnienia dyżuru zawiadomienie personelu o miejscu swego pobytu i zgłaszanie się niezwłocznie na wezwanie personelu w celu udzielenia pomocy lekarskiej choremu.
p) W przypadku wydawania zleceń lekarskich w postaci terapii farmakologicznej, badań diagnostycznych lub innych zleceń dotyczących pacjentów fakty te każdorazowo muszą być odnotowywane i autoryzowane na aktualnej indywidualnej karcie zleceń lekarskich zgodnej z obowiązującymi przepisami i standardem opracowanym w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

q) Czuwanie nad zapewnieniem spokoju pacjentom (noworodkom) przebywającym na oddziale;
r) Informowanie osób uprawnionych o stanie zdrowia pacjenta (noworodka);
s) Kontrolowanie prawidłowości wykonania zleceń i pielęgnacji pacjentów (noworodków).
t) Wydawanie zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie,
u) Konsultowanie pacjentów innych oddziałów szpitala na zlecenie lekarzy z tych oddziałów w zakresie posianych kompetencji.

2. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany:
1) wykonywać zawód zgodnie z harmonogramem ustalonym z dyrektorem ds. medycznych Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku,
2) zawiadomić dyrektora ds. medycznych o przewidywanej nieobecności i uzyskać akceptację oraz ustalić sposób funkcjonowania oddziału w tym czasie.
3) W przypadku przewidywanej nieobecności Przyjmujący zamówienie wskaże dyrektorowi ds. medycznych osobę, która w zastępstwie będzie udzielała świadczeń,
4) zawrzeć umowę z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i uzyskać prawo do orzekania o czasowej niezdolności do pracy.

3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń wykorzystując wiedzę i umiejętności medyczne oraz postęp w tym zakresie.
4. 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;

§ 6

1. W czasie udzielania świadczeń zdrowotnych Przyjmujący Zamówienie nie może świadczyć żadnych usług medycznych, w tym wypisywania recept na leki refundowane w imieniu Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. osobom nie będącym pacjentami Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku.
2. Pacjentem Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. jest osoba zwracająca się o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

§ 7

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest osobiście świadczyć przedmiotowe usługi medyczne i nie może zlecić wykonania świadczeń innej osobie bez uzyskania uprzedniej zgody Udzielającego Zamówienia.

§ 8

1. Przyjmujący zamówienie osobiście rozlicza się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych z tytułu świadczeń w ramach niniejszej umowy.
2. W przypadku dokonywania zmian w zakresie prowadzonej działalności (stałego miejsca wykonywania działalności gospodarczej, kodów PKD, statusu wpisu itp.) i wszelkich informacji zawartych w CEDIG, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do pisemnego powiadomienia o tym fakcie Udzielającego zamówienia w terminie 7 dni kalendarzowych od daty dokonania zmiany.
3. 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.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do aktualizacji polisy OC, o której mowa w ust. 3 i przedstawiania bez wezwania jej aktualizacji dyrekcji PCZ w Malborku.
5. Przyjmujący zamówienie odpowiada prawnie i materialnie za należyte wykonanie obowiązków w związku z realizacją niniejszej umowy.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do posiadania aktualnego zaświadczenia o ukończonym szkoleniu BHP i przedstawienia bez wezwania jego aktualizacji Dyrekcji PCZ w Malborku.

7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zapoznał się z dokumentem – Ocena ryzyka zawodowego na zajmowanym stanowisku, który dostępny jest na oddziale, w którym świadczone są usługi.

§ 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. 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.
5. Termin wystawienia faktury, o której mowa w ust. 3 niniejszego paragrafu – do 7 dni po zakończeniu miesiąca rozliczeniowego.
6. 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.
7. 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.
8. Błędnie wystawiona faktura lub brak załącznika w postaci zatwierdzonego harmonogramu spowodować może opóźnienie w terminie wypłaty, o którym mowa w ust. 2 o czas usunięcia błędów.
9. W razie zwłoki w uiszczaniu przez Udzielającego Zamówienie kwot należności wynikających z umowy, Przyjmującemu Zamówienie przysługują odsetki ustawowe.
10. 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, a jeżeli okres ten jest krótszy – za ostatni miesiąc.

§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.
3. W razie naruszenia istotnych postanowień umowy w szczególności dotyczących praw pacjenta, ordynacji leków, preskrypcji leków na receptach, prowadzenia dokumentacji medycznej i rozliczeniowej Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność do wartości szkody poniesionej przez Udzielającego zamówienie.

§ 11

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia **01.01.2022r. do dnia 31.03.2023r.**
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę z zachowaniem 3-miesięcznego okresu 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, w czasie trwania umowy, nieobecności nieusprawiedliwionej w ustalonym terminie świadczenia usług medycznych,
   c) wykorzystania przez Przyjmującego zamówienie sprzętu i aparatury medycznej Udzielającego zamówienia dla innych celów niż wykonywanie usług objętych niniejszą umową,
   d) zlecanie wykonawstwa świadczeń innym osobom lub podmiotom,
   e) w razie rażącego niedbalstwa w wykonywaniu świadczeń.
2. W przypadku określonym w ust.1 rozwiązanie następuje w następnym dniu po doręczeniu pisemnego zawiadomienia o rozwiązaniu przedmiotowego stosunku prawnego.
3. Nieobecność traktuje się jako usprawiedliwioną wtedy, gdy Przyjmujący zamówienie zawiadomi o niej Dyrekcję PCZ nie później niż na 2 dni przed jej zaistnieniem.
4. Postanowień ust. 3 nie stosuje się, gdy zaistnieją okoliczności określane jako zdarzenia losowe lub siła wyższa , których Przyjmujący zamówienie nie mógł przewidzieć.
5. W przypadku zaistnienia okoliczności opisanej w ust.4 Przyjmujący zamówienie złoży stosowne oświadczenie/wyjaśnienie na piśmie do Udzielającego zamówienia w terminie 7 dni od ich zaistnienia.

§ 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2021r., poz. 711 z późniejszymi zmianami), Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2020, poz. 849 z późniejszymi sprawami), a także Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. 2021r., poz. 790 z późniejszymi zmianami).

§ 15

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

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

Załącznik nr 1
Z dnia ……..2021r.
Do umowy z dnia ……..2021r.
……

WARUNKI FINANSOWE UMOWY

1. Średniomiesięczny limit godzin świadczenia usług zdrowotnych na zmianie dziennej w dni robocze (w godz. 7:00 – 14:35) wynosi …… godzin.

2. Stawka godzinowa za świadczenie usług zdrowotnych na zmianie dziennej wynosi ……. zł brutto.

.....	.....
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 kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: tel. 55 6460 337, email: iod@pcz.net.pl
3 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 lit. c RODO.
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. 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)