Załącznik nr 2 do SWKO,

UMOWA KONTRAKT O ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH
NR KO.26/….../2022 - 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 z zakresu medycyny ratunkowej, jest w trakcie specjalizacji z zakresu medycyny ratunkowej (ukończył min. II rok),*
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 zaświadczenie o ukończeniu szkolenia z zakresu BHP.

§ 2

1. Udzielający Zamówienia udziela, a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje, obowiązki świadczenia usług zdrowotnych w ramach Specjalistycznego Zespołu Ratownictwa Medycznego w *Malborku/Nowym Dworze Gdańskim* obsługiwanego przez Powiatowe 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. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego zleconych przez dyspozytora medycznego Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gdańsku.
4. Szczegółowy zakres usług stanowi załącznik Nr 1 do niniejszej umowy.
5. Rozpoczęcie świadczeń przez Przyjmującego zamówienie następuje z momentem osobistego przejęcia dyżuru od poprzedniego lekarza dyżurnego oraz zalogowaniu się w systemie SWD PRM.
6. Zakończenie dyżuru nie może nastąpić wcześniej niż:
   - po uzupełnieniu wszelkich konieczności dokumentacyjnych z wykonanych czynności,
   - przekazaniu dyżuru następcy,
   - zgłoszeniu zakończenia dyżuru dyspozytorowi i przekazaniu mu dokumentacji medycznej.
7. Udzielający zamówienia pokrywa koszty badań w zakresie profilaktyki poekspozycyjnej powstałej w wyniku kontaktu z materiałem biologicznym potencjalnie zakaźnym oraz koszty profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego.

§ 3

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do udzielania świadczeń, o których mowa w § 2, po wydaniu dyspozycji przez dyspozytora medycznego.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do świadczenia usług w zespołach wyjazdowych Ratownictwa Medycznego, które są obsługiwane przez Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. przy wykorzystaniu jego sprzętu, aparatury i innych środków niezbędnych do udzielania pomocy medycznej.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest osobiście świadczyć przedmiotowe usługi medyczne i nie może zlecić wykonania świadczeń innej osobie.

§ 4

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do używania sprzętu oraz aparatury medycznej tylko w celu wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do używania mienia Udzielającego zamówienia zgodnie z właściwościami i przeznaczeniem tego mienia.

§ 5

1. Przyjmujący Zamówienie świadczy usługi wynikające z niniejszej umowy w systemie grafikowym (na podstawie ustalonego harmonogramu).
2. Szczegółowy rozkład czasu pracy w poszczególnych dniach określa Kierownik Ratownictwa Medycznego.
3. Dyżury trwają od 7^{00} do 7^{00}, a w szczególnych okolicznościach można ustalić, w porozumieniu z Kierownikiem Ratownictwa Medycznego inny harmonogram godzin trwania dyżuru.

§ 6

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń wykorzystując aktualną 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) dokonywania rozliczeń ustalających koszty udzielonych świadczeń
   c) prowadzonej i wymaganej dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie spełniania wymagań co do realizacji przedmiotu umowy

§ 7

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 obowiązkowego od odpowiedzialności cywilnej lekarza za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie obowiązującymi przepisami 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 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 odpowiada prawnie i materialnie za należyte wykonanie obowiązków w związku z realizacją niniejszej umowy.
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.

§ 8

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 – do 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 odpowiednio załącznik nr 3 do umowy.
7. Błędnie wystawiona faktura lub brak załącznika w postaci zatwierdzonego harmonogramu, o którym mowa w pkt. 6 spowodować może opóźnienie w terminie wypłaty, o którym mowa w ust. 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, a jeśli ten okres jest krótszy za ostatni miesiąc udzielania świadczeń.

§ 9

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, braku aktualnego ubezpieczenia Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność do wartości szkody poniesionej przez Udzielającego zamówienie.

§ 10

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony **od 01.04.2022r. do dnia 31.05.2023r.**

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę z zachowaniem 3-miesięcznego terminu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca oraz formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 11

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 w 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.

§ 12

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

§ 13

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 ……2022r.
Do umowy z dnia ……2022r.
……..

ZAKRES OBOWIĄZKÓW LEKARZA ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

§ 1

Lekarz dyżurny podlega Kierownikowi Ratownictwa Medycznego.

§ 2

Lekarz dyżurny zobowiązany jest do znajomości aktualnych przepisów prawnych obowiązujących w jego zakresie działania.

§ 3

Do obowiązków lekarza dyżurnego w szczególności należy:

a) Rozpoczynać dyżur w godzinach ustalonych w rozkładzie dyżurów.
b) Kończyć dyżur z chwilą przejęcia dyżuru przez swego następcę.
c) Przebywać w RM przez cały czas trwania dyżurów z wyjątkiem wyjazdów do chorego, a o każdej zmianie swego miejsca pobytu informować dyspozytora.
d) Udzielanie bezzwłocznej pomocy medycznej w miejscu zdarzenia osobom, które uległy wypadkom lub nagle zachorowały zgodnie z zasadami wiedzy medycznej.
e) Udzielanie informacji rodzinom o chorych, którym udzielona została pomoc przez ekipy wyjazdowe.
f) Zgłaszanie chorób zakaźnych na odpowiednim druku PSSE.
g) Zawiadamianie właściwych organów administracji państwowej i służb o wykryciu czynników mogących być przyczyną nagłych zachorowań i nieszczęśliwych wypadków itp.
h) Prawidłowe i czytelne prowadzenie dokumentacji medycznej, prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej i wymaganej przez przepisy prawa według standardów i procedur obowiązujących u Udzielającego zamówienia.

§ 4

1. Lekarz zobowiązany jest do znajomości przepisów z zakresu BHP i p/poż oraz przestrzegania ich w czasie pełnienia dyżuru.
2. Lekarz bezwzględnie przestrzega zakazu palenia wyrobów tytoniowych w obiektach Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku, w tym w ambulansie.

§ 5

Lekarz jest odpowiedzialny prawnie i materialnie za należyte wykonywanie obowiązków określonym niniejszym zakresem, a także za uszkodzenie powierzonego sprzętu wynikające z niezgodnego z przeznaczeniem użytkowania.

Przyjąłem do wiadomości i stosowania.

Malbork, dnia ....
Czytelny podpis

Załącznik nr 2
Z dnia ……
Do umowy z dnia …….
……

WARUNKI FINANSOWE

1. Przyjmujący zamówienie z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych w zespole wyjazdowym „S" ZRM w Malborku lub/i Nowym Dworze Gdańskim, otrzymuje stawkę w wysokości: ……. zł brutto/godz.*

   **Stawka zawiera 30% DODATKU WYJAZDOWEGO wynikającego z art. 4 Ustawy z dnia 17 listopada 2021r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw - art. 10 (Dz. U. 2021,poz. 2120).*

2. Deklarowana średniomiesięczna liczba dyżurów: ……..

3. Wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie za świadczenie usług zdrowotnych w ramach ZRM w okresie 24-26.12., 31.12., 01.01., 06.01., Wielka Sobota, święta wielkanocne (niedziela wielkanocna, poniedziałek wielkanocny), 01-03.05., Zielone Świątki, Boże Ciało, 15.08., 01.11., 11.11., będzie ustalane indywidualnie.

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

Załącznik nr 4
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