Załącznik nr 2 do SWKO,

UMOWA KONTRAKT O ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH
NR KO.32/…/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

1. Udzielający Zamówienie zleca udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Malborku, będącej jednostką organizacyjną Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku.
2. Udzielanie świadczeń będzie odbywać się od pn.-pt. w godz. 18:00 – 8:00, oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach 8:00 – 8:00 dnia następnego.
3. Harmonogram udzielania świadczeń medycznych w poradni, o której mowa w ust.1, Dyrektor ds. medycznych szpitala udostępni Przyjmującemu zamówienie na 3 dni przed jego wdrożeniem.
4. Przyjmującemu zamówienie powierza się obowiązki lekarza Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w szpitalu w Malborku.
5. Udzielający zamówienia pokrywa koszty badań w zakresie profilaktyki poekspozycyjnej powstałej w wyniku kontaktu z materiałem biologicznym potencjalnie zakaźnym oraz koszty profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego.

§ 2

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

§ 3

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 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.
4. 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.
5. Do obowiązków Przyjmującego zamówienie należy w szczególności:

a) wnikliwie zbadać zgłaszających się pacjentów do poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
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 obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie;

c) pacjentów kierować na diagnostykę do zakładów i pracowni Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku lub do podmiotów, z którymi PCZ 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, w przypadku pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego, konsultować się z lekarzami innych specjalności, z którymi zamawiający podpisał umowy, lub gdy stan chorego nie pozwala na dalsze postępowanie diagnostyczne lub lecznicze w warunkach ambulatoryjnych lub w warunkach zakładu opiekuńczo-leczniczego 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.
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 poradni z zastrzeżeniem pkt r) i z wyłączeniem wizyt wyjazdowych,
j) w przypadku wydawania zleceń lekarskich w postaci terapii farmakologicznej, badań diagnostycznych lub innych zleceń dotyczących pacjentów fakty te każdorazowo szczegółowo odnotowywać i autoryzować je 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, a w przypadku zakładu opiekuńczo leczniczego wyznaczyć dni i godziny udzielania takich informacji;
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;
p) prowadzić działalność praktyki w zakresie prowadzonej diagnostyki w ramach zrównoważonego rachunku kosztów - wyniki tego rachunku będą prezentowane w okresach kwartalnych;
q) wykonywać badania lekarskie osób zatrzymanych przez funkcjonariuszy policji i wydawać zaświadczenia lekarskie o istnieniu lub braku przeciwwskazań do zatrzymania i umieszczenia w pomieszczeniu dla osób zatrzymanych;
r) udział w transporcie sanitarnym według potrzeb zakładu.

§ 4

Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany :

1. wykonywać zawód zgodnie z harmonogramem ustalonym z dyrekcją 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.

§ 5

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 porad i wizyt domowych w ramach podstawowej opiece zdrowotnej – nocna i świąteczna opieka zdrowotna.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie spełniania wymagań co do realizacji przedmiotu umowy.

§ 6

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest osobiście świadczyć przedmiotowe usługi medyczne i nie może zlecić wykonania świadczeń innej osobie.
2. W czasie udzielania świadczeń zdrowotnych Przyjmujący Zamówienie nie może świadczyć żadnych usług medycznych osobom nie będącym pacjentami Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku.
3. 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.
4. 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.

§ 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 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 dokumentów kadrowych, o których mowa w §7 Udzielający zamówienia może wstrzymać zapłatę za udzielone świadczenia do czasu uzupełnienia braków dokumentacji.
9. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zapoznał się z dokumentem – Ocena ryzyka zawodowego na zajmowanym stanowisku, który dostępny jest w Poradni, w której świadczone są usługi.

10. 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.

§ 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 - 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, a jeśli okres ten jest krótszy, za ostatni miesiąc świadczenia usług zdrowotnych.

§ 9

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do udzielenia świadczeń w ilości minimalnej, zadeklarowanej w ofercie złożonej do konkursu ofert nr 32/2022 i wskazanej w załączniku nr 1 do umowy.
2. W przypadku udzielania świadczeń w ilości niższej aniżeli 50 % zadeklarowanych w ofercie dyżurów i wskazanych w załączniku nr 1 do umowy z przyczyn zależnych od Przyjmującego zamówienie, Udzielający zamówienie określi inne, konkretne terminy udzielania świadczeń objętych przedmiotem umowy z wyprzedzeniem (min. 3 dni kalendarzowe), w których Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do świadczenia usług.
3. W przypadku odmowy udzielania świadczeń, w sytuacji o której mowa w ust. 2 Przyjmujący zamówienie może zostać obciążony karą umowną z tytułu nie wywiązania się z warunków umowy w tym zakresie, w wysokości 20% wartości niezrealizowanego, a wskazanego przez Przyjmującego zamówienie dyżuru (liczonego wg stawki obowiązującej za udzielanie świadczeń w dni powszednie).
4. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na potrącenie kary, o której mowa w ust.3 z faktury wystawionej za dany miesiąc kalendarzowy, w którym odmówił udzielania świadczeń.

§ 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 od dnia **01.04.2022r. do 31.10.2023r.**
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 w następuje w następnym dniu po skutecznym 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 ……2022r.
Do umowy z dnia ……2022r.
…….

WARUNKI FINANSOWE UMOWY

1. Przyjmujący zamówienie za świadczenie usług zdrowotnych w ramach Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Malborku otrzyma wynagrodzenie w wysokości:

   Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (dni powszednie) .....zł/godz. (brutto)

   Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (dni wolne od pracy i świąteczne) .....zł/godz. (brutto)

2. Deklarowana średniomiesięczna liczba dyżurów:

   a) dni powszednie (14h) ..... /miesiąc

   b) dni wolne od pracy i świąteczne (24h) ……/miesiąc

3. Wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie za świadczenie usług zdrowotnych w ramach Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w okresie 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., 24-26.12., 31.12., będzie ustalane indywidualnie.

.....	.....
Udzielający Zamówienie	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)