Załącznik nr 2 do SWKO,

UMOWA KONTRAKT O ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH
NR KO.53/…./2022 - WZÓR

zawarta w dniu ……. roku w Malborku pomiędzy:
Powiatowym Centrum Zdrowia Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Malborku, ul. 500-lecia 23, 82-200 Malbork, 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. 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:

1) Przychodni w Nowym Dworze Gdańskim (ul. Dworcowa 12, 82-100 Nowy Dwór Gdański),
2) Przychodni w Nowym Dworze Gdańskim - filia Stegna (ul. Wojska Polskiego 12, 82-103 Stegna)
3) Przychodni w Nowym Dworze Gdańskim - filia Ostaszewo (ul. Kościuszki 37, 82-112 Ostaszewo),
4) Przychodni w Nowym Dworze Gdańskim – filia Sztutowo (ul. Kanałowa 7, 82-110 Sztutowo),

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń we wszystkich lokalizacjach wskazanych w ust. 1 zgodnie z minimalną ilością godzin wskazaną w załączniku nr 1 do umowy.
3. W przypadku niemożności udzielania świadczeń Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest do powiadomienia o tym fakcie Udzielającego zamówienia na min. 3 dni robocze przed planowaną nieobecnością określając przy tym czas planowanej nieobecności.
4. Przyjmujący zamówienie w ramach niniejszej umowy zobowiązuje się do konsultowania podopiecznych Domu Pomocy Społecznej min. 1 raz w miesiącu zgodnie z ustalonym pomiędzy stronami grafikiem.
5. Przyjmujący zamówienie w ramach niniejszej umowy zobowiązuje się do udzielania świadczeń również w postaci wizyt domowych.
6. W sytuacji zaistnienia potrzeby u Udzielającego zamówienia strony mogą za porozumieniem rozszerzyć/zmienić zakres (rodzaj, miejsce, czas) udzielanych świadczeń.
7. 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.
8. Zasady rejestracji pacjentów do przychodni POZ ustali dyrekcja szpitala po konsultacji z Przyjmującym zamówienie. Wszelkie zmiany w tym zakresie należy każdorazowo uzgadniać.

9. Przyjmującemu zamówienie powierza się obowiązki lekarza przychodni podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie podstawowym.
10. 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) Wnikliwe badanie zgłaszających się pacjentów do poradni medycyny rodzinnej oraz pacjentów którym udzielane są świadczenia medyczne w ramach wizyt domowych;
   b) ustalenie przy pomocy metod diagnostycznych określonych w przepisach rozpoznanie, określenie postępowania medycznego i rozpoczęcie leczenia, a także ustalenia wskazania do wystawienia zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy zgodnie z przepisami prawa w tym zakresie obowiązującymi;
   c) dokonywanie wizyt domowych w ramach potrzeb,
   d) wyjazdy w celu stwierdzenia zgonu pacjenta, który nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, zgodnie z wytycznymi określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 roku w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. Nr 39, poz. 202 z późn.zm.).
   e) kierowanie pacjentów 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);
   f) prowadzenie leczenia zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz zasadami etyki lekarskiej;
   g) w przypadkach wątpliwych konsultowanie z innymi lekarzami i kierowanie do poradni specjalistycznych lub gdy stan chorego nie pozwala na dalsze postępowanie diagnostyczne lub lecznicze w warunkach ambulatoryjnych kierowanie pacjentów do szpitala;
   h) prowadzenie dokumentacji medycznej 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.;
   i) dokładnie wykonywanie czynności administracyjnych przewidzianych przy przyjmowaniu chorych, a w szczególności zasad statystycznego dokumentowania rodzajów porad zgodnie z przepisami prawa i zarządzeń Prezesa NFZ;
   j) w sytuacji zaistnienia zdarzeń niepożądanych podczas wykonywania praktyki, niezwłocznie powiadamianie pisemnie o ich zaistnieniu dyrekcji szpitala;
   k) w czasie ustalonych godzin przebywanie na terenie przychodni, z wyłączeniem czasu przeznaczonego na wizyty domowe i wyjazd w celu stwierdzenia zgonów,

l) w przypadku wydawania zleceń lekarskich w postaci terapii farmakologicznej, badań diagnostycznych lub innych zleceń dotyczących pacjentów fakty te każdorazowo szczegółowo odnotowywanie i autoryzowanie w indywidualnej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i standardem opracowanym w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o.;
m) kontrolowanie prawidłowości wykonania wydanych zleceń i pielęgnacji chorych;
n) udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjentów wyłącznie osobom upoważnionym przez pacjenta;
o) ochrona posiadanej dokumentacji medycznej przed dostępem osób nieupoważnionych i nie wydawanie dokumentacji medycznej bez powiadomienia dyrekcji szpitala;
p) dostosowanie swojego postępowania w zakresie dokumentacji medycznej do standardów obowiązujących w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku;
q) nie wydawanie oświadczeń woli w imieniu Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku bez uzyskania stosownego pełnomocnictwa.

§ 5

Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany ponadto:
1. udzielać świadczeń 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. Udzielający zamówienie w ramach niniejszej umowy uznaje, iż czas niezbędny do przemieszczenia pomiędzy wskazanymi w §1 ust. 1 przychodniami w danym dniu kalendarzowym w celu wykonania przedmiotu umowy, zaliczany zostaje do czasu udzielania świadczeń.

§ 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 dokumentów kadrowych określonych w §8 Udzielający zamówienia może wstrzymać zapłatę za udzielone świadczenia do czasu uzupełnienia braków dokumentacji.
9. W sytuacji niedostarczenia do Udzielającego zamówienia aktualnej polisy OC, Udzielający zamówienia zachowuje prawo do odsunięcia Przyjmującego zamówienie od udzielania świadczeń określonych w niniejszej umowie do czasu uzupełnienia braków dokumentacji.
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.
11. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zapoznał się z dokumentem – Ocena ryzyka zawodowego na zajmowanym stanowisku, który dostępny jest w Poradniach, w których świadczone są usługi.

§ 9

1. Wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie za świadczenia zdrowotne będące przedmiotem umowy określa załącznik Nr 1. *Wynagrodzenie przysługuje za faktycznie udzielone i potwierdzone przez Udzielającego świadczenia.*
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 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 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 naliczenia kar umownych określonych w §12 ust.1.

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

§ 11

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony tj. od dnia 01.06.2022r. do dnia 30.11.2023r.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca oraz formy pisemnej pod rygorem nieważności, z tym zastrzeżeniem, iż wypowiedzenie nie może być złożone przed upływem połowy okresu na jaki umowa została zawarta, z zastrzeżeniem postanowień, o których mowa w pkt 3.
3. 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 bez zgody Udzielającego zamówienia,
   e) w razie rażącego naruszenia postanowień niniejszej umowy.
4. W przypadku określonym w ust.3 rozwiązanie w następuje w następnym dniu po doręczeniu pisemnego zawiadomienia o rozwiązaniu przedmiotowego stosunku prawnego.
5. Nieobecność traktuje się jako usprawiedliwioną wtedy, gdy Przyjmujący zamówienie zawiadomi o niej Dyrekcję PCZ nie później niż na 3 dni przed jej zaistnieniem.
6. Postanowień ust. 3 lit. b) nie stosuje się, gdy zaistnieją okoliczności określane jako zdarzenia losowe lub siła wyższa , których Przyjmujący zamówienie nie mógł przewidzieć.
7. W przypadku zaistnienia okoliczności opisanej w ust. 6 Przyjmujący zamówienie złoży stosowne oświadczenie/wyjaśnienie na piśmie do Udzielającego zamówienia w terminie 7 dni od ich zaistnienia.

§ 12

1. Udzielający zamówienia może potrącić z kwoty faktury/rachunku wystawionego przez Przyjmującego zamówienie za dany miesiąc tytułem kary umownej następujące kwoty w poniższych przypadkach:
   a) 100% wynagrodzenia przysługującego za ustalony w harmonogramie dyżur, w przypadku nie zgłoszenia się na ten dyżur przez Przyjmującego zamówienie z zastrzeżeniem zapisów §7 ust 2 i §11 ust.6;
   b) dwukrotność stawki godzinowej określonej w załączniku nr 1 do umowy za każdą rozpoczętą godzinę spóźnienia na dyżur ustalony w harmonogramie lub opuszczenia miejsca udzielania świadczeń przed ustalonym czasem ich zakończenia;
   c) 20% stawki godzinowej określonej w załączniku nr 1 do umowy za każdy dzień zwłoki w niedostarczeniu aktualnej polisy OC:
   d) 50% średniomiesięcznych przychodów uzyskanych w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. liczonych za ostatni kwartał świadczenia usług, a jeśli okres jest krótszy, za ostatni miesiąc świadczenia usług zdrowotnych w przypadku ujawniania warunków finansowych umowy osobom trzecim;

2. W przypadku skutecznego wystąpienia pokontrolnego NFZ Udzielający zamówienia zobowiązuje Przyjmującego zamówienie do zwrotu środków wcześniej wypłaconych za wskazane w niniejszym wystąpieniu pokontrolnym niezgodności wynikających m.in. ze źle prowadzonej dokumentacji medycznej, źle dobranej procedury lub innej wskazanej bezpośrednio w wystąpieniu pokontrolnym.
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.
4. Niezależnie od kar umownych Zamawiającemu przysługiwać będzie prawo dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych.

§ 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) oraz inne przepisy pozostające w związku z niniejszą umową.

§ 15

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

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

Załącznik nr 1
Z dnia ……2022r.
Do umowy z dnia ……2022r.
…….

WARUNKI FINANSOWE UMOWY

1. Przyjmujący zamówienie za świadczenie usług zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej otrzyma wynagrodzenie w wysokości:

1) Przychodnia w Nowym Dworze Gdańskim: ……. zł /godz.
2) Przychodnia w Nowym Dworze Gdańskim – filia Sztutowo: …… zł /godz.
3) Przychodnia w Nowym Dworze Gdańskim – filia Stegna: …… zł /godz.
4) Przychodnia w Nowym Dworze Gdańskim – filia Ostaszewo: …… zł /godz.

2. Średniomiesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych:

1) Przychodnia w Nowym Dworze Gdańskim: ……..
2) Przychodnia w Nowym Dworze Gdańskim – filia Sztutowo: ……..
3) Przychodnia w Nowym Dworze Gdańskim – filia Stegna: ……..
4) Przychodnia w Nowym Dworze Gdańskim- filia Ostaszewo: ……

…….
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 z późn.zm.), 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. 500-lecia, 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) i c) 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 2017r. o zmianie ustawy o podatku od towarów i usług (Dz.U. 2018 poz. 86 z późn.zm.), ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2019 poz. 2019 z pózn.zm.).
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)