

## PROJEKT UMOWY

zawarta w dniu ..... w Sosnowcu pomiędzy:

Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym nr 5 im św. Barbary w Sosnowcu (41-200), przy pl. Medyków 1, wpisany do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, którego akta rejestrowe prowadzone są przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach, VIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr: 0000003544, posługującym się nadanym nr NIP 6442876726 oraz REGON 000296495, reprezentowanym przez **Krzysztofa Kowalika – Dyrektora**, zwanym dalej **Zleceniodawcą**,

a

.....  
.....  
zwanym dalej **Zleceniobiorcą**, zwanymi łącznie **Stronami**, a każdy z osobna **Stroną**.

### § 1

#### PRZEDMIOT UMOWY

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Zleceniobiorcę świadczeń zdrowotnych zgodnie z przeprowadzonym postępowaniem konkursowym PK 3/DK/2024 w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarzkiej w Zespole Pracowni Radiologii Zabiegowej, Oddziale Neurologii/Pododdziale Udarowym, Centralnego Traktu Operacyjnego wraz z pracownią Radiologii Zabiegowej, Oddziale Pulmonologii, Nowotworów Płuc i Mukowiscydozy oraz Pracowni Bronchoskopii, Domowego Leczenia Tlenem, Oddziale Toksykologii przez okres 36 miesięcy - jak w Załączniku nr 2 będącym kopią Formularza Oferty oraz zgodnie z potrzebami Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu i wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia. Zleceniobiorca zobowiązuje się również do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz podmiotów i instytucji zewnętrznych w ramach podpisanych przez Zleceniodawcę umów oraz do diagnostyki i leczenia pacjentów w ramach Centrum Urazowego i SOR zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, wymaganiami NFZ i regulacjami wewnętrznymi.
2. Czynności, o których mowa w ust. 1, będą wykonywane w siedzibie Zleceniodawcy w dniach i godzinach określonych i zaakceptowanych przez Pielęgniarkę Oddziałową w harmonogramach udzielania świadczeń, przyjmowanych na każdy miesiąc do dnia 20 miesiąca poprzedzającego wykonywanie świadczeń, przy użyciu sprzętu stanowiącego własność Zleceniodawcy, jak również przy użyciu jego wyrobów medycznych i produktów leczniczych.

### § 2

#### OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZLECENIOBIORCY

1. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność za należyte i terminowe wykonanie obowiązków związanych z przedmiotem umowy.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się wykonywać przedmiot umowy terminowo, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należytą starannością.
3. Zleceniobiorca zobowiązany jest zapoznać się i przestrzegać ze wszelkimi obowiązującymi u Zleceniodawcy regulaminami, zarządzeniami oraz przepisami porządkowymi, w tym normami ISO i standardami akredytacyjnymi, a także zarządzeniami Prezesa NFZ oraz przestrzegać przepisów w zakresie ochrony danych.
4. Zleceniobiorca zobowiązany jest do współpracy z personelem udzielającym świadczeń zdrowotnych u Zleceniodawcy, jak i jest on zobowiązany i zarazem uprawniony do udzielania i korzystania w razie potrzeby z konsultacji lekarzy zatrudnionych u Zleceniobiorcy lub wykonujących na rzecz Zleceniodawcy świadczenia zdrowotne w ramach umów cywilnoprawnych, a także do korzystania z badań diagnostycznych wykonywanych w jego pracowniach i laboratoriach lub placówkach wykonujących świadczenia na rzecz Zleceniodawcy na podstawie zawartych umów.
5. Zleceniobiorcy zobowiązany jest do posiadania aktualnego zaświadczenia lekarskiego wskazującego na brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń medycznych, będących przedmiotem umowy. Badania lekarskie Zleceniobiorca wykona na własny koszt.

6. Zleceniobiorca najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy zobowiązany jest zawrzeć umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującej wykonywanie świadczeń medycznych i przedłożyć ją Zleceniodawcy najpóźniej w dniu rozpoczęcia udzielania świadczeń. Zleceniobiorca zobowiązany jest także zapewnić ciągłość posiadanego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w całym okresie obowiązywania niniejszej umowy oraz przedkładać dowody jej zawarcia Zleceniodawcy.
7. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przedłożenia względem Działu Kadr Zleceniobiorca:
  - a) najpóźniej w dniu rozpoczęcia udzielania świadczeń aktualnych badań lekarskich, wskazujących na brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń medycznych, będących przedmiotem umowy,
  - b) aktualnego zaświadczenie o odbyciu u Zleceniodawcy szkoleń z zakresu bhp, jak i szkoleń wstępnych i okresowych, a w przypadku wykonywania przedmiotu umowy w polu jonizującym wymaganych szkoleń zgodnych z obowiązującymi w okresie trwania umowy przepisami prawa atomowego,
  - c) w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy uzupełnionej karty adaptacji.Zleceniobiorca zobowiązany jest także zapewnić ciągłość posiadanych badań lekarskich i szkoleń w całym okresie obowiązywania niniejszej umowy oraz przedkładać te dokumenty Zleceniodawcy.
8. Zleceniobiorca po podpisaniu przedmiotowej umowy zobowiązuje się niezwłocznie nie później niż w terminie 7 dni roboczych dokonać aktualizacji dokumentów rejestracyjnych prowadzonej działalności gospodarczej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa
9. Zleceniobiorca zobowiązany jest posiadać właściwą, zgodną z obowiązującymi normami bhp odzież i obuwie robocze (z wyłączeniem odzieży operacyjnej).
10. Zleceniobiorca zobowiązany jest składać do Zleceniodawcy po wcześniejszym uzgodnieniu z Pielęgniarką Oddziałową do dnia 10 każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc następnego planowany sposób realizacji świadczeń zdrowotnych, który będzie kompatybilny ze sposobem realizacji świadczeń zabezpieczonych przez pozostały personel Oddziału zawarty w harmonogramie tego personelu.
11. Zleceniobiorca zobowiązuje się do każdorazowego pisemnego powiadomienia Działu Kadr o swojej planowanej nieobecności najpóźniej na dwa tygodnie przez planowaną nieobecnością.
12. Zleceniobiorca nie może bez udziału upoważnionego pracownika Szpitala Zleceniodawcy przyjmować lub wydawać sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie oddziału, poradni, pracowni.
13. Zleceniobiorca zobowiązany jest do każdorazowego informowania upoważnionego pracownika Zleceniodawcy o każdej usterce lub awarii sprzętu medycznego, stanowiącego wyposażenie oddziału, poradni, pracowni w której realizuje przedmiot umowy.
14. Zleceniobiorca zobowiązuje się do:
  - a) bieżącego oraz terminowego sporządzania dokumentacji medycznej pacjentów Zleceniodawcy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz standardem dokumentacji obowiązującej u Zleceniodawcy w tym dokumentacji elektronicznej,
  - b) bieżącego i terminowego prowadzenia sprawozdawczości statystycznej wg przepisów i postanowień obowiązujących u Zleceniodawcy,
  - c) przekazywania na żądanie Zleceniodawcy informacji dotyczącej realizacji przyjętego zamówienia.
15. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w których posiadanie wszedł w czasie obowiązywania niniejszej umowy, a których ujawnienie mogłoby narazić Zleceniodawcę lub osoby trzecie na szkody. W momencie rozwiązania lub wygaśnięcia umowy Zleceniobiorca zobowiązany jest zwrócić wszelkie posiadane przez siebie dokumenty i materiały, związane z działalnością Zleceniodawcy.
16. Zleceniobiorca przyjmuje do wiadomości, że wykorzystanie dokumentacji lub innych danych pozyskanych w związku z realizacją przedmiotu umowy do celów innych niż bezpośrednio służące realizacji niniejszej umowy, stanowi rażące naruszenie przez Zleceniobiorcę obowiązków umownych i uprawnia do niezwłocznego rozwiązania umowy z winy Zleceniobiorcy.

### § 3

#### OBOWIĄZKI ZLECENIODAWCY

1. Dla prawidłowej realizacji nin. umowy przez Zleceniobiorcę Zleceniodawca zobowiązuje się:
  - a) udostępnić Zleceniobiorcy pomieszczenia oraz wyposażenie, gdzie udzielane będą świadczenia medyczne zgodnie z niniejszą umową,
  - b) zapewnić Zleceniobiorcy w celu realizacji świadczeń objętych niniejszą umową zaopatrzenie w wyroby medyczne, produkty lecznicze,
  - c) zapewnić Zleceniobiorcy w celu realizacji świadczeń objętych niniejszą umową odzież operacyjną i inne materiały konieczne do udzielania świadczeń,
  - d) ponosić koszty związane z serwisowaniem urządzeń i sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie pomieszczeń, w których zgodnie z niniejszą umową udzielane będą przez Zleceniobiorcę świadczenia zdrowotne.

2. Zleceniodawca udostępni do wglądu na wniosek Zleceniobiorcy akty wewnętrzne obowiązujące na terenie Zleceniodawcy.

#### § 4

##### ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZLECENIOBIORCY

1. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność za szkody wynikające z błędu medycznego wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy.
2. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone Zleceniodawcy i osobom trzecim nierzetelnym, niedbałym lub niestarannym prowadzeniem dokumentacji medycznej i innej, do której prowadzenia zobowiązany jest Zleceniobiorca.
3. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą za niewłaściwą kwalifikację udzielonych świadczeń zdrowotnych do odpowiednich grup rozliczeniowych określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwłaszcza, że Zleceniodawca zapewnia możliwość konsultacji w tym zakresie.
4. Zleceniobiorca jest odpowiedzialny za utratę lub uszkodzenie sprzętu i aparatury medycznej Zleceniodawcy, jeżeli uszkodzenie sprzętu nastąpiło w wyniku używania przez Zleceniobiorcę sprzętu medycznego niezgodnie z jego przeznaczeniem, właściwościami lub niewłaściwą obsługą.

#### § 5

##### KONTROLA

1. Zleceniobiorca przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez Zleceniodawcę, a w szczególności co do:
  - a) sposobu i terminowości udzielania świadczeń zdrowotnych i ich jakości,
  - b) gospodarowania użytym sprzętem, aparaturą medyczną, wyrobami medycznymi, produktami leczniczymi oraz innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - c) zlecanych badań diagnostycznych,
  - d) bieżącego, rzetelnego oraz terminowego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości.
2. Zleceniobiorca podda się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz.1398 z późn. zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z NFZ.

#### § 6

##### OŚWIADCZENIA ZLECENIOBIORCY

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przystępowania do realizacji przedmiotu umowy w stanie psychofizycznym pozwalającym na właściwe i staranne wykonywanie.
2. Zleceniobiorca oświadcza, że nie ciąży na nim wyrok sądów powszechnych, ani zawodowych sądów, który uniemożliwiłby mu wykonywanie niniejszej umowy, a także oświadcza, że niezwłocznie poinformuje Zleceniodawcę o wystąpieniu sytuacji, o których mowa w niniejszym punkcie.
3. Zleceniobiorca oświadcza, że zna zasady użytkowania aparatury i sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie oddziału, poradni i pracowni objętej niniejszą umową.
4. Zleceniobiorca oświadcza, że zobowiązuje się przestrzegać praw pacjenta.
5. Zleceniobiorca oświadcza, że w czasie przeznaczonym na realizację przedmiotu niniejszej umowy, nie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych ani wykonywał żadnych innych czynności na zlecenie podmiotów lub instytucji zewnętrznych, w tym także na rzecz organów władzy publicznej (np. sądów lub prokuratur), jeżeli Zleceniodawca nie zawarł umowy regulującej współpracę z takim podmiotem lub instytucją zewnętrzną.

#### § 7

##### WYNAGRODZENIE

1. Za wykonanie przedmiotu umowy Zleceniodawca zobowiązuje się zapłacić, proporcjonalnie do wykonania, zgodnie z Formularzem Oferty, Zleceniobiorca wynagrodzenie w wysokości: .....
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do złożenia faktury lub rachunku po zakończeniu miesiąca, w którym udzielał świadczeń, jednak nie później niż do 15 dnia miesiąca, następującego po miesiącu udzielania świadczeń.
3. Wynagrodzenie wypłacone będzie miesięcznie, przelewem na konto Zleceniobiorcy (nr ..... rachunku bankowego.....) w ciągu 21 dni, licząc od dnia otrzymania przez Zleceniodawcy poprawnie wystawionej faktury VAT lub

rachunku i potwierdzenia wykonania przedmiotu umowy przez Zleceniobiorcę, którego wzór stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

4. W celu potwierdzenia liczby godzin wykonywania przedmiotu umowy w każdym miesiącu kalendarzowym Zleceniobiorca wpisywać będzie tę liczbę w wystawianym rachunku / fakturze, a Pielęgniarka Oddziałowa zobowiązana jest do pisemnego potwierdzenia ilości godzin wykonania przedmiotu zamówienia.
5. Zleceniodawca przed terminem płatności wynagrodzenia może zgłosić zastrzeżenia do wskazanej liczby godzin a Zleceniobiorca zobowiązany jest niezwłocznie udzielić stosownych wyjaśnień na piśmie.

## § 8

### OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony .....
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.
3. Umowa ulega rozwiązaniu w skutek pisemnego oświadczenia jednej ze Stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza postanowienia umowy.

## § 9

### POSTANOWIENIA ANTYKORUPCYJNE

1. Zleceniobiorcy nie wolno pobierać jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich bliskich z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.
2. Zleceniobiorcy lub osobom wskazanym przez niego do wykonywania świadczeń nie wolno prowadzić żadnych działań, które można uznać za działania na szkodę Zleceniodawcy, w szczególności zabronione jest zlecenie wykonywania konsultacji, badań na koszt Zleceniodawcy osobom niebędącym pacjentami Zleceniodawcy.

## § 10

### KARY UMOWNE

1. Zleceniodawca może nałożyć na Zleceniobiorcę kary umowne za niewykonanie lub nienależyte wykonanie przez Zleceniobiorcę jego obowiązków wynikających z niniejszej umowy poprzez:
  - a) udzielanie świadczeń w sposób i w terminach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie oraz w przepisach obowiązującego prawa,
  - b) nieudzielanie świadczeń w czasie i miejscu wskazanych przez Zleceniodawcę, w tym nieprzestrzeganie dni i godzin przewidzianych na realizację przedmiotu umowy,
  - c) pobieranie nienależnych opłat od pacjentów, w tym obciążanie pacjentów kosztami leków, materiałów opatrunkowych lub wyrobów medycznych,
  - d) nie udzielania świadczeń pacjentom w zakresie objętym umową,
  - e) nieterminowe lub nierzetelne lub nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej,
  - f) nieprawidłowe lub nieoptymalne kwalifikowanie świadczeń,
  - g) uniemożliwienie kontroli przeprowadzanej przez Zleceniodawcy,
  - h) nieprzestrzeganie ustalonych u Zleceniodawcę aktów wewnętrznych, w tym zwłaszcza Regulaminu Organizacyjnego,
  - i) nieprzedłożenie do Działu Kadr Zleceniodawcy karty adaptacji osób wykonujących prace na innej podstawie niż umowa o pracę w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia niniejszej umowy
  - j) naruszenie zobowiązania przewidzianego w § 2 ust. 1 - 4, 6 - 8, 14-16 umowy.
2. Zleceniodawca może nałożyć na Zleceniobiorcę karę umowną w wysokości:
  - a) do 15% wartości miesięcznego wynagrodzenia w przypadkach wymienionych w ust. 1 pkt. a-f,
  - b) do 10% wartości miesięcznego wynagrodzenia w przypadkach wymienionych w ust. 1 pkt. g-h oraz l,
  - c) do 5% wartości miesięcznego wynagrodzenia w przypadkach wymienionych w ust. 1 pkt. i-j,za każde stwierdzone naruszenie a Zleceniobiorca wyraża zgodę na potrącenie pełnej kwoty kary nałożonej z wynagrodzenia za miesiąc, w którym Zleceniodawca nałożył karę.
3. Niezależnie od uprawnienia do żądania zapłaty kar umownych Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kar na zasadach ogólnych.

## § 11

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.
2. Zleceniobiorca przyjmuje do wiadomości, zgodnie z art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r., poz. 991 z późn. zm.), że czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący. Czynność prawna dokonana bez zgody, o której mowa powyżej, jest nieważna.
3. Załączniki stanowią integralną część umowy.
4. Wykaz załączników:
  - a) Załącznik nr 1 – Potwierdzenie realizacji świadczeń zdrowotnych,
  - b) Załącznik nr 2 – Formularza Oferty (kopia).
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991), Kodeksu Cywilnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1610) oraz inne obowiązujące przepisy prawa.
6. Spory powstałe na tle realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane polubownie w drodze negocjacji, w razie braku porozumienia Stron sądem właściwym do ich rozstrzygnięcia będzie sąd właściwy dla obszaru Sądu Rejonowego Katowice - Wschód w Katowicach.
7. Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**ZLECENIOBIORCA**

**ZLECENIODAWCA**

*UWAGA: Zleceniodawca zastrzega sobie możliwość dokonania zmian w umowie w wyniku przeprowadzonych negocjacji, uszczegółowienia przedmiotu umowy oraz w innym zakresie za zgodą obu Stron umowy. Natomiast na etapie składania ofert Zleceniodawca nie wyraża zgody na dokonywanie zmian w Projekcie Umowy. Dodatkowe warunki proszę wpisać w pkt V Formularza Oferty.*



**ZALĄCZNIK NR 1 DO NINIEJSZEJ UMOWY**

ZALĄCZNIK NR 3 DO REGULAMINY WPROWADZONIEGO  
ZARZĄDZENIEM NR 144/2019 Z DNIA 15 KWIEŚNIA 2019 R.

**Protokół  
potwierdzenie realizacji świadczeń zdrowotnych  
w miesiącu ..... 20..... r.**

L.P.	DATA	GODZINY „OD - DO”	KOMÓRKA ORGANIZACYJNA
<b>ŁĄCZNA LICZBA GODZIN:</b>			

PODPIS OSOBY WYKONUJĄCEJ ŚWIADCZENIA MEDYCZNE

PODPIS ORDYNATORA, KIEROWNIKA, PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ  
REALIZACJI ŚWIADCZEŃ

PODPIS KIEROWNIKA/OSOBY UPOWAŻNIONEJ DZIAŁU MONITORINGU

.....





**Protokół**  
zestawienie udzielonych świadczeń zdrowotnych (zabiegów/badań/usług)

w miesiącu ..... 20..... r.

L.P.	NAZWA MIEJSCA REALIZACJI ŚWIADCZENIA (ZABIEGU/BADANIA /USŁUGI)	NUMER KSIĘGI GŁÓWNEJ PACJENTA	RODZAJ ŚWIADCZ ENIA ZABIEG/B ADANIE/U SŁUGA	DATA REALIZACJI ŚWIADCZENIA ZABIEGU/BADANIA/ USŁUGI	DATA REALIZAC JI ŚWIADCZ ENIA „OD”	DATA REALIZAC JI ŚWIADCZ ENIA „DO”	CENA JEDNOSTKOWA (ZGODNA Z UMOWĄ LUB WARTOŚĆ PROCENTOWA PUNKTU -DOTYCZY PORADNI)	WARTOŚĆ DO ZAPŁATY

PODPIS OSOBY WYKONUJĄCEJ ŚWIADCZENIA MEDYCZNE

PODPIS ORDYNATORA, KIEROWNIKA, PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ  
ŚWIADCZEN

PODPIS KIEROWNIKA/OSOBY UPOWAŻNIONEJ DZIAŁU MONITORINGU REALIZACJI

