Załącznik nr 2b do SWKO

UMOWA NR ……../2026
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
(umowa o świadczenie usług – umowa zlecenia)

zawarta w dniu ……. r. w Łodzi, pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Centralnym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251, 92-213 Łódź, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000149790, NIP 728-22-46-128, REGON 472147559,
reprezentowanym przez Dyrektora – dr n. med. Monikę Domarecką,
zwanym dalej **„Udzielającym Zamówienia”,**
a
Panią/Panem ……, zamieszkałą/ym ……, PESEL ……, posiadającą/ym prawo wykonywania zawodu lekarza nr ……,
zwaną/ym dalej **„Przyjmującym Zamówienie”.**

Strony zgodnie oświadczają, że niniejsza umowa ma charakter umowy o świadczenie usług, do której stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia.

W wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1

1. Udzielający Zamówienia zamawia, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie usług fizjoterapeutycznych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia.
2. Miejscem wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową jest Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w szczególności ……a także inne komórki organizacyjne Udzielającego Zamówienia, jeżeli wynika to z potrzeb organizacyjnych, charakteru udzielanych świadczeń albo konieczności zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami.
3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności:
   1) Wykonywanie konsultacji z zakresu fizjoterapii
   2) Wykonywanie zabiegów z zakresu terapii manualnej
   3) Wykonywanie zabiegów z zakresu fizjoterapii
   4) Wykonywanie masaży
   5) zgłaszanie osobie odpowiedzialnej za proces diagnostyczny wszelkich nieprawidłowości, problemów technicznych i odchyleń zaobserwowanych podczas wykonywanych czynności
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada kwalifikacje, wymagane do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się posiadać przez cały okres obowiązywania umowy kwalifikacje, uprawnienia, wpisy rejestrowe oraz inne dokumenty wymagane do udzielania

świadczeń objętych niniejszą umową, a o każdej zmianie w tym zakresie niezwłocznie poinformować Udzielającego Zamówienia.
6. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że zgodnie z jego wiedzą nie zostało wszczęte ani nie toczy się wobec niego postępowanie mogące skutkować utratą uprawnień niezbędnych do wykonywania świadczeń objętych umową.
7. Przyjmujący Zamówienie wykonuje świadczenia osobiście, z zastrzeżeniem zasad zastępstwa określonych w § 4.

§ 2
Mienie, sprzęt i miejsce wykonywania świadczeń

1. Przyjmujący Zamówienie w czasie wykonywania świadczeń korzysta bezpłatnie z bazy lokalowej, aparatury, sprzętu medycznego, wyposażenia, systemów informatycznych oraz materiałów udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia, wyłącznie w zakresie niezbędnym do wykonywania niniejszej umowy.
2. Szczegółowe zasady korzystania z powierzonego mienia, odpowiedzialności za powierzony sprzęt, wyposażenie i bazę lokalową, zgłaszania awarii oraz ich zwrotu po zakończeniu umowy określa Załącznik nr 1 do umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystywać mienia Udzielającego Zamówienia do udzielania świadczeń na rzecz osób niebędących pacjentami Udzielającego Zamówienia ani do wykonywania działalności niezwiązanej z niniejszą umową.

§ 3
Zasady wykonywania świadczeń

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami etyki zawodowej, prawami pacjenta, obowiązującymi przepisami prawa, wymaganiami NFZ oraz procedurami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia.
2. Przyjmujący Zamówienie wykonuje czynności objęte przedmiotem Umowy wyłącznie w zakresie wynikającym z posiadanych kwalifikacji i uprawnień, z uwzględnieniem zasad nadzoru diagnosty laboratoryjnego wynikających z obowiązujących przepisów.
3. W ramach realizacji niniejszej umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się w szczególności do:
   1) przebywania w miejscu udzielania świadczeń w godzinach ustalonych z Udzielającym Zamówienia, zgodnie z harmonogramem zaakceptowanym przez Udzielającego Zamówienia;
   2) udzielania świadczeń w sposób zapewniający ciągłość i dostępność opieki zdrowotnej;
   3) rzetelnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym dokumentacji elektronicznej;
   4) sporządzania i przedkładania sprawozdań z wykonanych świadczeń w formie i terminach obowiązujących u Udzielającego Zamówienia;
   5) prowadzenia sprawozdawczości statystycznej, w zakresie niezbędnym do prawidłowego rozliczenia świadczeń przez Udzielającego Zamówienia;
   6) przestrzegania przepisów BHP, ppoż., sanitarno-epidemiologicznych, Statutu, regulaminów, zarządzeń, instrukcji, standardów akredytacyjnych, standardów ochrony małoletnich oraz procedur obowiązujących u Udzielającego Zamówienia;
   7) przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych oraz zasad bezpieczeństwa informacji;

8) dbania o dobro i mienie Udzielającego Zamówienia oraz niezwłocznego zgłaszania awarii, uszkodzeń lub nieprawidłowości dotyczących sprzętu, aparatury lub systemów informatycznych;
9) podwyższania kwalifikacji zawodowych w zakresie wymaganym do prawidłowego wykonywania świadczeń objętych umową.

4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się posiadać przez cały okres obowiązywania umowy aktualne badania lekarskie, szkolenia BHP oraz inne dokumenty wymagane przepisami prawa lub procedurami Udzielającego Zamówienia do wykonywania świadczeń objętych umową.
5. Niedobory środków farmaceutycznych, materiałów medycznych, artykułów sanitarnych oraz sprzętu jednorazowego powstałe z udowodnionej winy Przyjmującego Zamówienie albo osoby wykonującej zastępstwo obciążają Przyjmującego Zamówienie.
6. Żadne okoliczności wymienione lub niewymienione w umowie nie mogą stanowić podstawy odmowy udzielenia świadczenia, jeżeli pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
7. Przyjmujący Zamówienie nie może pobierać od pacjentów opłat za świadczenia udzielane w ramach niniejszej umowy.
8. Przyjmujący Zamówienie wykonuje świadczenia w czasie pokoju oraz w razie wystąpienia stanu kryzysu, kolejnych stanów gotowości obronnych państwa albo wojny, w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i potrzeb Udzielającego Zamówienia.

§ 4
Harmonogram i zastępstwo

1. Terminy udzielania świadczeń ustalane są co miesiąc między Stronami najpóźniej do 23 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc udzielania świadczeń.
2. W zakresie świadczeń udzielanych w Poradni terminy udzielania świadczeń określane są w harmonogramie ustalanym przez Strony w sposób zapewniający ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do realizacji świadczeń zgodnie z ustalonym harmonogramem oraz do poinformowania Udzielającego Zamówienia, z co najmniej 35-dniowym wyprzedzeniem, o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń w Poradni, ze wskazaniem terminu rozpoczęcia i zakończenia przerwy.
3. Zmiana harmonogramu wymaga uzgodnienia z Udzielającym Zamówienia. W sytuacjach nagłych lub losowych Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Udzielającego Zamówienia albo osobę przez niego wskazaną o braku możliwości wykonania świadczeń zgodnie z harmonogramem.
4. Świadczenia zdrowotne określone w niniejszej umowie Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wykonywać osobiście, z zastrzeżeniem ust. 5–8.
5. W szczególnie uzasadnionych przypadkach dopuszcza się zastępstwo przez osobę posiadającą kwalifikacje i uprawnienia wymagane do udzielania świadczeń objętych niniejszą umową, po uzyskaniu uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia.
6. Koszt zastępstwa ponosi Przyjmujący Zamówienie. Udzielający Zamówienia nie jest zobowiązany do zapłaty dodatkowego wynagrodzenia z tego tytułu.
7. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za działania i zaniechania osoby wykonującej zastępstwo jak za własne działania i zaniechania.
8. Osoba wykonująca zastępstwo musi posiadać aktualne ubezpieczenie OC oraz spełniać wymagania formalne i organizacyjne obowiązujące u Udzielającego Zamówienia.
9. Przyjmujący Zamówienie może wykonywać świadczenia zdrowotne na rzecz innych osób lub podmiotów, pod warunkiem że nie odbywa się to na terenie Udzielającego

Zamówienia, nie koliduje z wykonywaniem niniejszej umowy oraz nie narusza interesów Udzielającego Zamówienia.

10. Za działanie konkurencyjne wobec Udzielającego Zamówienia Strony uznają w szczególności ubieganie się przez Przyjmującego Zamówienie, w konkurencji z Udzielającym Zamówienia, o zawarcie kontraktu z NFZ albo innym podmiotem finansującym świadczenia opieki zdrowotnej.
11. W przypadku uzasadnionego podejrzenia naruszenia ust. 9–10 Udzielający Zamówienia może żądać od Przyjmującego Zamówienie informacji niezbędnych do oceny, czy doszło do naruszenia tych postanowień.

§ 5

Ubezpieczenie i tajemnica

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się posiadać przez cały okres obowiązywania umowy ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania ich udzielania, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Ubezpieczenie powinno obejmować w szczególności szkody wynikające z błędów medycznych, zakażeń chorobami zakaźnymi, w tym HIV, WZW i zakażeń bakteryjnych, oraz inne szkody mogące powstać w związku z wykonywaniem świadczeń objętych niniejszą umową.
3. Kopia polisy OC stanowi Załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy i każdorazowego przedstawiania kopii kolejnej polisy najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniego okresu ubezpieczenia.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się we własnym zakresie i na własny koszt posiadać ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem niniejszej umowy, w szczególności informacji dotyczących pacjentów, ich stanu zdrowia, dokumentacji medycznej, organizacji pracy Udzielającego Zamówienia oraz informacji stanowiących tajemnicę Szpitala. Obowiązek zachowania tajemnicy obowiązuje również po rozwiązaniu albo wygaśnięciu umowy.
7. Przyjmujący Zamówienie może przetwarzać dane osobowe wyłącznie w zakresie niezbędnym do wykonywania niniejszej umowy oraz na podstawie upoważnienia udzielonego przez Udzielającego Zamówienia, jeżeli jest ono wymagane zgodnie z obowiązującymi u niego zasadami.

§ 6

Kontrola

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się poddać kontroli Udzielającego Zamówienia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych organów i podmiotów, w zakresie związanym z realizacją niniejszej umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przedkładania dokumentów, udzielania informacji, składania wyjaśnień oraz wykonywania zaleceń pokontrolnych w zakresie związanym z realizacją niniejszej umowy.
3. Zawinione niewykonanie zaleceń pokontrolnych w wyznaczonym terminie może stanowić podstawę wypowiedzenia albo rozwiązania umowy.
4. Organizację udzielania świadczeń ze strony Udzielającego Zamówienia koordynuje osoba wskazana przez Dyrektora Szpitala. Postanowienie to nie stanowi podporządkowania pracowniczego, lecz służy zapewnieniu prawidłowej organizacji, ciągłości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych.

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się współpracować z personelem Udzielającego Zamówienia w zakresie niezbędnym do prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 7

Uprawnienia Przyjmującego Zamówienie

Przyjmujący zamówienie uprawniony jest do:

1) Dobierania właściwych metod i techniki pracy, zgodnie z posiadaną wiedzą i kwalifikacjami oraz przyjętymi normami postepowania,
2) Stałego uzupełniania wiedzy i doskonalenia umiejętności zawodowych,
3) Zgłaszania Udzielającemu Zamówienia problemów dotyczących jakości świadczonych usług,
4) Zgłaszania i inicjowania zmian w zakresie doskonalenia metod pracy udoskonalania świadczonych usług,
5) Zgłaszania potrzeby zainicjowania działań korygujących i przedstawiania propozycji zmian w systemie zarzadzania jakością,

§ 8

Obowiązki Udzielającego Zamówienia

1. Udzielający Zamówienia zapewnia Przyjmującemu Zamówienie dostęp do dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do wykonywania niniejszej umowy.
2. Udzielający Zamówienia udostępnia, w zakresie niezbędnym do wykonywania umowy:
   1) pomieszczenia, aparaturę, sprzęt medyczny i wyposażenie;
   2) środki farmaceutyczne, materiały medyczne, artykuły sanitarne i sprzęt jednorazowy, których zużycie będzie rozliczane rozchodem na pacjenta z systemu;
   3) sprzęt komputerowy, oprogramowanie i dostęp do systemów informatycznych;
   4) formularze, druki i narzędzia niezbędne do prowadzenia dokumentacji oraz sprawozdawczości;
   5) możliwość korzystania z konsultacji i diagnostyki dostępnej u Udzielającego Zamówienia, zgodnie z zasadami organizacyjnymi obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia.

§ 9

Wynagrodzenie i rozliczenia

1. Za wykonywanie świadczeń objętych niniejszą umową Przyjmujący Zamówienie otrzymuje wynagrodzenie w wysokości:
   .....
2. Strony oświadczają, że stawki wynagrodzenia określone w niniejszej umowie nie są niższe od minimalnej stawki godzinowej wynikającej z obowiązujących przepisów prawa. W razie zmiany przepisów prawa skutkującej podwyższeniem minimalnej stawki godzinowej wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie ulega odpowiedniemu podwyższeniu do poziomu wynikającego z obowiązujących przepisów.
3. Podstawą wypłaty wynagrodzenia jest:
   1) wykonanie świadczeń,
   2) przedłożenie ewidencji czasu świadczeń / rodzaju i ilości wykonywanych badań,
   3) przedłożenie prawidłowo wystawionego rachunku.
4. Dokumenty rozliczeniowe wymagają zatwierdzenia pod względem merytorycznym przez kierownika właściwej komórki organizacyjnej albo osobę przez niego upoważnioną.
5. Wynagrodzenie płatne będzie przelewem w terminie 14 dni od dnia przedłożenia prawidłowych dokumentów rozliczeniowych.
6. Za datę zapłaty uznaje się datę polecenia wykonania przelewu przez Udzielającego Zamówienia.

7. Wynagrodzenie ustalone zgodnie z ust. 1 niniejszego paragrafu wyczerpuje wszelkie roszczenia Przyjmującego Zamówienie wobec Udzielającego Zamówienia z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych i innych czynności objętych niniejszą umową.
8. Strony zgodnie postanawiają, że w trakcie obowiązywania niniejszej umowy dopuszczalne jest dokonanie waloryzacji wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 5 powyżej, w drodze negocjacji i na podstawie zgodnych oświadczeń woli Stron, w przypadku wystąpienia zmiany okoliczności lub zaistnienia szczególnych warunków wpływających na zakres lub charakter udzielanych świadczeń. Za szczególne warunki Strony uznają w szczególności:
   1) istotny wzrost obłożenia lub obciążenia pracą Przyjmującego zamówienie, w tym także wynikający z udzielania konsultacji na rzecz innych komórek organizacyjnych Podmiotu leczniczego,
   2) istotny wzrost średnich wynagrodzeń w podmiocie leczniczym Udzielającego Zamówienia, związany z obowiązkiem stosowania przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.
9. Waloryzacja wynagrodzenia wymaga formy pisemnej w postaci aneksu do umowy.
10. Weryfikacja świadczeń udzielonych przez Przyjmującego Zamówienie i nieuznanych przez NFZ albo innego płatnika, po wyczerpaniu procedur odwoławczych, może stanowić podstawę do obniżenia wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie w zakresie odpowiadającym kwocie obniżenia finansowania, zwrotu środków albo kar nałożonych na Udzielającego Zamówienia, jeżeli zakwestionowanie świadczeń nastąpiło z przyczyn zawinionych przez Przyjmującego Zamówienie, w szczególności wskutek nieprawidłowego udzielania świadczeń, prowadzenia dokumentacji lub sprawozdawczości. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do wyrównania uprzednio obniżonego wynagrodzenia, jeżeli NFZ albo inny płatnik ostatecznie zapłaci za wcześniej zakwestionowane świadczenia.
11. Przekroczenie limitów punktów, ryczałtu albo innych limitów rozliczeniowych dopuszczalne jest wyłącznie w przypadkach uzasadnionych ratowaniem życia lub zdrowia pacjenta, udokumentowanych w dokumentacji medycznej, albo po uzyskaniu zgody osoby wskazanej przez Udzielającego Zamówienia.
12. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przekazania danych niezbędnych do prawidłowego wykonania obowiązków podatkowych i ubezpieczeniowych przez Udzielającego Zamówienia.
13. Szczegółowe dane do celów podatkowych i ubezpieczeniowych określa Załącznik nr 8 do niniejszej umowy.
14. Każda czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela albo cesję wierzytelności wymaga uprzedniej pisemnej zgody Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Udzielającego Zamówienia.

§ 10

Kary umowne i odpowiedzialność

1. Udzielający Zamówienia ma prawo obciążyć Przyjmującego Zamówienie karą umowną:
   1) w wysokości 10% wynagrodzenia należnego za miesiąc poprzedzający naruszenie – w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków wynikających z Umowy, w szczególności dotyczących: prowadzenia dokumentacji medycznej, obowiązków sprawozdawczych, organizacji świadczeń, przestrzegania procedur, standardów lub zarządzeń obowiązujących u Udzielającego Zamówienia, naruszenia obowiązków związanych z bezpieczeństwem pacjentów lub ochroną danych osobowych;
   2) w wysokości 10% wynagrodzenia należnego za miesiąc poprzedzający naruszenie – za każdą uzasadnioną skargę pacjenta lub osoby trzeciej dotyczącą zawinionego działania

albo zaniechania Przyjmującego Zamówienie, potwierdzoną po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego;
3) w wysokości 20% wynagrodzenia należnego za miesiąc poprzedzający naruszenie – w przypadku niepodjęcia wykonywania świadczeń zgodnie z ustalonym harmonogramem albo samowolnego zaprzestania wykonywania świadczeń;
4) w wysokości 20% wynagrodzenia należnego za ostatni pełny miesiąc wykonywania świadczeń – za każdy przypadek niepodjęcia wykonywania świadczeń w okresie wypowiedzenia.

2. Kary umowne płatne są na podstawie not obciążeniowych wystawianych przez Udzielającego Zamówienia i mogą zostać potrącone z wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie, z zachowaniem obowiązujących przepisów prawa.
3. Udzielający Zamówienia może dochodzić odszkodowania przewyższającego wysokość kar umownych na zasadach ogólnych.
4. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za jakość i skutki wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną oraz zasadami należytej staranności.
5. W przypadku poniesienia przez Udzielającego Zamówienia odpowiedzialności wobec pacjenta lub osoby trzeciej za szkodę wynikającą z zawinionego działania albo zaniechania Przyjmującego Zamówienie, Udzielającemu Zamówienia przysługuje roszczenie regresowe wobec Przyjmującego Zamówienie.
6. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność wobec Udzielającego Zamówienia za szkody wyrządzone podczas realizacji umowy, wynikające z niewykonania albo nienależytego wykonania obowiązków, w tym z niewłaściwego lub niedbałego użytkowania pomieszczeń, sprzętu, aparatury, wyposażenia lub systemów informatycznych.

§ 11
Czas trwania i rozwiązanie umowy

1. Umowa zostaje zawarta na okres od ..... r. do ..... r.
2. Każda ze Stron może rozwiązać umowę z zachowaniem 2-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Udzielający Zamówienia może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez Przyjmującego Zamówienie, w szczególności gdy:
1) ogranicza dostępność świadczeń, nieusprawiedliwienie przerywa lub zaprzestaje udzielania świadczeń, zawęża ich zakres albo udziela ich w nieodpowiedniej jakości;
2) nierzetelnie albo nieterminowo przekazuje sprawozdania, ewidencje, faktury, rachunki lub wymagane informacje;
3) powtarzające się uchybienia skutkują nieuznawaniem świadczeń przez NFZ albo innego płatnika;
4) utraci uprawnienia do wykonywania świadczeń objętych umową albo zostanie zawieszony w prawie wykonywania zawodu;
5) popełni przestępstwo uniemożliwiające dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych, stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
6) dopuści się zawinionych nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń lub wykonywaniu innych obowiązków wynikających z umowy;
7) nie dopełni obowiązku posiadania ubezpieczenia OC;
8) naraża Udzielającego Zamówienia na nieuzasadnione koszty albo szkodę;
9) udziela świadczeń po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub innych środków psychoaktywnych;

10) przedstawi nieprawdziwe albo niezgodne ze stanem faktycznym dane, dokumenty lub informacje, stanowiące dla NFZ podstawę do podjęcia działań niekorzystnych dla Udzielającego Zamówienia;
11) niemożność osobistego wykonywania świadczeń trwa łącznie dłużej niż 2 miesiące i uniemożliwia zapewnienie ciągłości świadczeń objętych umową;
12) wystąpią powtarzające się uzasadnione skargi pacjentów lub personelu Udzielającego Zamówienia, przy czym za powtarzające się uznaje się co najmniej 3 skargi zweryfikowane negatywnie dla Przyjmującego Zamówienie;
13) naruszy obowiązek zachowania tajemnicy albo zasady ochrony danych osobowych.

4. Przyjmujący Zamówienie może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku zawinionego rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez Udzielającego Zamówienia.
5. Umowa wygasa w przypadku zajścia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności i których nie można było przewidzieć przy zawieraniu umowy, w szczególności:
   1) likwidacji Udzielającego Zamówienia;
   2) wygaśnięcia kontraktu zawartego przez Udzielającego Zamówienia z NFZ w zakresie świadczeń objętych niniejszą umową

§ 12
Zwrot dokumentacji i mienia

1. W razie rozwiązania albo wygaśnięcia umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie przekazać Udzielającemu Zamówienia wszelką dokumentację i materiały sporządzone, zebrane, opracowane albo otrzymane w związku z wykonywaniem umowy.
2. W razie rozwiązania albo wygaśnięcia umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie zwrócić Udzielającemu Zamówienia wszelkie powierzone mu identyfikatory, karty dostępu, klucze, nośniki, sprzęt, wyposażenie oraz inne przedmioty związane z wykonywaniem umowy.
3. Zwrot dokumentacji i mienia może nastąpić na podstawie protokołu zdawczo-odbiorczego.
4. W przypadku niezwrócenia albo uszkodzenia przedmiotów, o których mowa w ust. 2, z winy Przyjmującego Zamówienie, Udzielający Zamówienia może obciążyć Przyjmującego Zamówienie kosztami ich odtworzenia, naprawy albo wymiany.

§ 13
Postanowienia końcowe

1. Ewentualne spory wynikające z wykonywania niniejszej umowy Strony poddają w pierwszej kolejności rozstrzygnięciu polubownemu, a w przypadku braku porozumienia — sądowi miejscowo właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienia.
2. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść praw lub obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osobę trzecią bez uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia, z zastrzeżeniem zasad zastępstwa określonych w § 4.
4. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności leczniczej, ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przepisów dotyczących ochrony danych osobowych oraz ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

5. Niniejsza umowa nie stanowi umowy o pracę i nie kreuje stosunku pracy pomiędzy Stronami.
6. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

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

Załączniki:
Załącznik nr 1 - Zasady korzystania z bazy lokalowej, sprzętu i aparatury medycznej.
Załącznik nr 2 – Kopia polisy OC.
Załącznik nr 3 – Ewidencja czasu udzielanych świadczeń.
Załącznik nr 4 – Oświadczenie o zapoznaniu ze standardami ochrony małoletnich.
Załącznik nr 5 - Oświadczenie o zapoznaniu z zasadami bezpiecznych relacji dorosły–dziecko.
Załącznik nr 6 - Oświadczenie dotyczące KRK / państw zamieszkania.
Załącznik nr 7 - Potwierdzenie odbycia instruktażu stanowiskowego.
Załącznik nr 8 - Klauzula informacyjna RODO.
Załącznik nr 9 - Oświadczenie do celów podatkowych i ubezpieczeniowych.

Załącznik nr 1
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Zasady korzystania z bazy lokalowej, sprzętu i aparatury medycznej

1. Udzielający Zamówienia udostępnia Przyjmującemu Zamówienie, na czas realizacji Umowy, bazę lokalową, sprzęt, aparaturę medyczną oraz wyposażenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych Umową.
2. Korzystanie z mienia, o którym mowa w ust. 1, może odbywać się wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji Umowy oraz zgodnie z jego przeznaczeniem, właściwościami technicznymi i obowiązującymi procedurami.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do korzystania z udostępnionego mienia z należytą starannością oraz do zabezpieczenia go przed uszkodzeniem, utratą lub zniszczeniem.
4. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe wskutek zawinionego niewłaściwego używania sprzętu, aparatury medycznej, wyposażenia lub bazy lokalowej, na zasadach określonych w Kodeksie cywilnym oraz Umowie.
5. Przyjmujący Zamówienie nie ponosi odpowiedzialności za zużycie sprzętu, aparatury medycznej, wyposażenia lub bazy lokalowej będące następstwem ich prawidłowego używania zgodnie z przeznaczeniem.
6. Konserwacja, serwis oraz naprawy wynikające ze zwykłej eksploatacji sprzętu, aparatury medycznej i bazy lokalowej należą do obowiązków Udzielającego Zamówienia.
7. W przypadku stwierdzenia awarii lub nieprawidłowego funkcjonowania sprzętu, aparatury medycznej lub bazy lokalowej Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie poinformować o tym Udzielającego Zamówienia lub osobę przez niego wskazaną.
8. Przyjmujący Zamówienie nie jest uprawniony do wykorzystywania udostępnionego mienia do celów niezwiązanych z realizacją Umowy ani do udzielania świadczeń zdrowotnych poza działalnością prowadzoną przez Udzielającego Zamówienia.
9. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Załącznikiem zastosowanie mają postanowienia Umowy oraz przepisy Kodeksu cywilnego.

Udzielający Zamówienia: Przyjmujący Zamówienie:

…… ……

Załącznik nr 3
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Imię i Nazwisko Przyjmującego Zamówienie .....

Okres rozliczeniowy (miesiąc / rok) .....

Miejsce udzielania świadczeń .....

Dzień miesiąca	**Czas świadczenia usług w godzinach normatywnych (7.35)**	**Podpis Przyjmującego Zamówienie**	**Podpis Udzielającego Zamówienia / Osoby Upoważnionej**
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			
Suma			

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Data i podpis Przyjmującego Zamówienie

Potwierdzam wykonanie świadczeń zgodnie z Umową.

.....
Data i podpis Kierownika / osoby upoważnionej

Załącznik nr 4
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Oświadczenie o zobowiązaniu do przestrzegania standardów ochrony dzieci

.....
miejscowość i data

Ja,

.....

oświadczam, że zapoznałam/-em się ze standardami ochrony dzieci obowiązującymi w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
podpis

Załącznik nr 5
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Oświadczenie o zobowiązaniu do przestrzegania Zasad bezpiecznych relacji dorosły-dziecko

.....
miejscowość i data

Ja,

.....

oświadczam, że zapoznałam/-em się z Zasadami bezpiecznych relacji dorosły-dziecko obowiązującymi w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
podpis

Załącznik nr 6
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Ja, niżej podpisany/a..... urodzony/a ..... (data urodzenia) świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego

oświadczam, że:

☐ posiadam obywatelstwo polskie

☐ nie posiadam obywatelstwa polskiego*

oświadczam, że:

w okresie ostatnich 20 lat :

☐ nie zamieszkiwałem/am w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska

☐ zamieszkiwałem/am w następujących państwach innych niż Rzeczpospolita Polska**

...../.....
Państwo / państwo obywatelstwa

...../.....
Państwo / państwo obywatelstwa

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

* Osoba posiadająca obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, przedkłada pracodawcy lub innemu organizatorowi informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi zgodnie z art. 21 ust 4 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

** Osoba, która złożyła oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, przedkłada pracodawcy lub innemu organizatorowi informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi zgodnie z art. 21 ust 5 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

Załącznik nr 7
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

OŚWIADCZENIE

W związku z realizacją przedmiotu umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych oświadczam, że odbyłem(am) instruktaż stanowiskowy, w trakcie którego zostałem(am) zapoznany(a) z zagrożeniami występującymi przy wykonywaniu powierzonych mi czynności, ryzykiem zawodowym oraz metodami usuwania i przeciwdziałania tym zagrożeniom.
Jednocześnie oświadczam, że powierzone czynności będę wykonywał(a) w sposób bezpieczny dla siebie i innych.

…… ……

(podpis osoby, której udzielono instruktażu) (data i podpis prowadzącego instruktaż)

Załącznik nr 8
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

.....
/imię i nazwisko/

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych przez SPZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi

Na podstawie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi zamieszcza informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych osób zaangażowanych w realizację niniejszej umowy:

1. Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251 posiadającym: *REGON472147559, NIP 728-22-46-128, KRS 0000149790*.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Dane e-mail: inspektor.odo@csk.umed.lodz.pl
3. Administrator przetwarza dane osobowe w celu:
   a. wykonania umowy (w tym także prowadzenia postępowań w sprawie skarg, roszczeń lub odszkodowań);
   b. wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze w związku z realizacją zawartej umowy (m.in. w zakresie ubezpieczeń społecznych i obowiązków podatkowych);
   c. identyfikacji przez podmioty korzystające z usług administratora w czasie ich obsługi – w zakresie imienia, nazwiska oraz wizerunku na identyfikatorach;
   d. prowadzenia monitoringu terenie placówek administratora z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń;

   na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b), c) i e) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
4. Dane osobowe mogą być ujawniane wyłącznie osobom upoważnionym do przetwarzania danych osobowych, podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
5. Osoby, których dane dotyczą mają prawo do dostępu do treści danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie (bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem) w granicach określonych przepisami prawa.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, z tym że podanie danych osobowych stanowi warunek umożliwiający zawarcie umowy.
7. Administrator przetwarza dane osobowe w okresie koniecznym do udokumentowania czynności z udziałem osoby zaangażowanej w jej realizację, a w zakresie obowiązków prawnych ciążących na administratorze przez okres wymagany przepisami prawa.
   W sytuacjach gdy będzie to niezbędne dla celów dowodowych w/w dane osobowe mogą być przechowywane także do czasu przedawnienia roszczeń wynikających z umowy lub zakończenia postępowania sądowego.
8. Osoby, których dane dotyczą mają prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora, przy czym prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
9. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o dane osobowe.

.....
podpis

Załącznik nr 9

do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych
……, dnia …….
(miejscowość)

OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1.Dane osobowe do celów płacowych
Nazwisko……...…….
Imię …….……Drugie imię……..……..
Nazwisko rodowe*……...……..
Numer PESEL* ……..
Data i miejsce urodzenia …….……
Imię ojca……..Imię matki……...
Wykształcenie……...……..
Obywatelstwo…….
Telefon kontaktowy……
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu
miejscowość……...…….
ulica…….……nr domu……nr lokalu……
kod…….……..poczta ……
gmina……..powiat……...województwo…….……...
Adres zamieszkania *(gdy adres zamieszkania nie jest tożsamy z miejscem zameldowania na stałe)*
miejscowość……...…….
ulica…….……nr domu……nr lokalu……
kod…….……..poczta ……
gmina……..powiat……...województwo…….……...
Adres do korespondencji *(gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania)*
miejscowość……...…….
ulica…….……nr domu……nr lokalu……
kod…….……..poczta ……
gmina……..powiat……...województwo…….……...

2.Dane do rozliczeń publiczno-prawnych
Urząd Skarbowy *(właściwy do przekazywania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy)*
Nazwa i adres……...……
Nazwa Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia…….

3. Dane do ubezpieczeń społecznych oraz zdrowotnego.
Jako wykonawca umowy oświadczam, że:
● Jestem zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę u innego pracodawcy
□ tak □ nie
*jeżeli wpisano **tak** proszę podać nazwę zakładu pracy*
……
Wynagrodzenie miesięczne ze stosunku pracy, które jest podstawą naliczenia składek na ubezpieczenie społeczne jest równe bądź wyższe od najniższego wynagrodzenia.
□ tak □ nie
● Świadczę usługi na podstawie innej umowy zlecenie od dnia …….do dnia……..na rzecz innego zleceniodawcy
□ tak □ nie

Podlegam/nie podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z innej umowy-zlecenia i podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (uzyskane w danym miesiącu wynagrodzenie) jest równe co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu.

tak □ nie

● Jestem studentem w wieku do ukończenia 26 lat lub uczniem /uczennicą szkoły ponadgimnazjalnej.

□ tak □ nie

*jeżeli wpisano **tak** proszę podać nazwę szkoły/uczelni*

……...

● Prowadzę działalność gospodarczą *(jej rodzaj nie jest tożsamy z charakterem pracy, które będą wykonywane w ramach zawartej umowy zlecenia),* od której odprowadzam składki na ubezpieczenia społeczne.

□ tak □ nie

● Oświadczam, iż pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy

□ tak □ nie

● Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym.

□ tak □ nie

● Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem

- emerytalnym oraz rentowym □ tak □ nie
-chorobowym □ tak □ nie

● Jestem emerytem □ tak □ nie

● Jestem rencistą □ tak □ nie

● Jestem emerytem lub rencistą i jednocześnie zatrudnionym na umowę o pracę w innej firmie

□ tak □ nie

● Jestem emerytem lub rencistą jednocześnie zatrudnionym na umowie zlecenia w innej firmie

□ tak □ nie

● Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

□ tak □ nie

*jeżeli wpisano **tak** proszę podać stopień niepełnosprawności*

……..……..

● Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przekazywanie mojego wynagrodzenia oraz innych należności przelewem na rachunek bankowy.

Nazwa banku.....

Nr konta……..…….

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.
Zobowiązuję się do poinformowania Zleceniodawcy w terminie 3 dni o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia. W przypadku niedotrzymania terminu zobowiązuję się pokryć wszelkie powstałe z tego tytułu koszty.
Upoważniam Udzielającego Zamówienia do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

…...…….

(podpis)

* Dane pozyskiwane na podstawie art. 22^1 § 4 Kodeksu pracy w związku z Ustawą z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich celem uzyskania informacji, czy dane osoby ubiegającej się o zatrudnienie są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze.