*Załącznik nr 4*

**Umowa Nr DN-SP/ /**

zawarta w dniu **………………………**. w Jaworzu pomiędzy:

**Beskidzkim Zespołem Leczniczo-Rehabilitacyjnym** Szpitalem Opieki Długoterminowej w Jaworzu, reprezentowanym przez mgr inż. Marka Kocha – Dyrektora Szpitala, zwanym dalej „Udzielającym Zamówienia”,

a

**Panią / Panem ………………..**

W wyniku **konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących:** *„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie* *pełnienia opieki lekarskiej - specjalista rehabilitacji medycznej”* zgodnie art. 26, art. 27 Ustawy z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz. U. 2022. 633 t.j. z późn. zm.) oraz odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153,art. 154 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. 2021. 1285 t.j. z późn. zm.) strony zawierają umowę o następującej treści:

**§1**

Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- pełnienie kompleksowej opieki lekarskiej specjalisty rehabilitacji medycznej nad osobami leczonymi w dni powszednie, a w szczególności: badanie pacjentów, prowadzenie pacjenta przez cały jego pobyt w szpitalu, prowadzenie dokumentacji medycznej w Beskidzkim Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzu.

**§2**

Miejscem udzielania świadczeń jest Beskidzki Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu, ul. Słoneczna 83, ul. Wapienicka 142.

**§3**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje konieczne do wykonywania świadczeń medycznych, będących przedmiotem umowy.

2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż spełnia wszelkie wymagania określone przez przepisy prawa oraz Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) dla realizacji przedmiotu umowy.

3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że będzie wykonywał niniejszą umowę osobiście.

**§4**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń z wykorzystaniem aktualnej wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz wymogami NFZ i innymi przepisami prawa.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania w szczególności:
3. przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
4. standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Udzielającego Zamówienie,
5. Regulaminu organizacyjnego Udzielającego Zamówienie.

**§5**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przekazywania informacji dla potrzeb Udzielającego zamówienie, nie rzadziej niż raz w miesiącu, o zrealizowanych świadczeniach zdrowotnych będących przedmiotem umowy, dostarczanej Udzielającemu zamówienie w formie elektronicznej w formacie EXCEL lub równoważnym.

**§6**

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:

1. korzystania w razie potrzeby z konsultacji specjalistów będących lekarzami Udzielającego Zamówienie,
2. współpracy z lekarzami oraz pielęgniarkami udzielającymi świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie,
3. poddania się kontroli Udzielającego Zamówienie, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych organów i osób w zakresie udzielanych świadczeń.

**§7**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do:

a) ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w §1, również od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych w tym HIV i WZW na czas trwania Umowy, w wysokości nie niższej niż określona w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866),

b) okazania polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 1 lit. a) przy podpisywaniu Umowy oraz dostarczenia kopii polisy jako załącznika do Umowy,

c) utrzymania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy aktualnej polisy, o której mowa w ust. 1 lit. a), w tym stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia, oraz dostarczania Udzielającemu Zamówienie kopii aktualnej polisy.

**§8**

Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie.

**§9**

Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do stosowania i przestrzegania Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

**§10**

Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego Zamówienie, w tym również przez upoważnione przez niego osoby, w zakresie wykonywania umowy, a w szczególności nadzorowi merytorycznemu właściwemu dla rodzaju usług medycznych objętych niniejszą umową. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przekazywać na bieżąco informacje o realizacji zamówienia Ordynatorowi i Dyrektorowi Udzielającego Zamówienie.

**§11**

Udostępnianie dokumentacji medycznej przez Przyjmującego Zamówienie osobom trzecim odbywa się zgodnie z przepisami ustawą z dnia Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 8 września 2015 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 787) Udzielającego Zamówienie.

**§12**

1. Za świadczone usługi Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał wynagrodzenie wg stawki godzinowej w wysokości **…………… zł brutto** za każdą godzinę pracy (słownie: siedemdziesiąt pięć zł 00/100 gr) rozliczonych za średnio……………. godzin tygodniowo.
2. Przyjmujący Zamówienie zachowuje prawo do wynagrodzenia, o którym mowa w §12 pkt.1 w przypadku usprawiedliwionego, uzgodnionego z Udzielającym Zamówienie nieudzielania świadczeń zgodnych z niniejszą Umową przez okres nieprzekraczający łącznie 5 dni w trakcie każdego roku.
3. Warunkiem wypłaty wynagrodzenia jest wystawienie przez Przyjmującego Zamówienie prawidłowego rachunku / FV wraz z kartą ewidencji świadczeń stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej umowy, dostarczenie go do Działu Kadr i Płac lub na dziennik podawczy w Sekretariacie oraz jego zatwierdzenia do wypłaty przez Udzielającego Zamówienie.
4. Rachunki / FV będą wystawione w okresach miesięcznych.
5. Przyjmujący Zamówienie wystawia rachunek / FV za wykonaną pracę i przedstawia go w terminie do 7 dni po zakończeniu miesiąca obrachunkowego.
6. Udzielający Zamówienie na podstawie otrzymanego rachunku / FV dokonuje wypłaty należności Przyjmującemu Zamówienie w terminie do 30 dni liczonych od daty otrzymania prawidłowo wystawionego rachunku.

**§13**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż świadczy usługi na rzecz ludności i w ramach Indywidualnej Praktyki Lekarskiej, jako działalności gospodarczej rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż zgłosił swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest poinformować Udzielającego Zamówienie o udzielaniu świadczeń na rzecz innego zakładu opieki zdrowotnej.

**§14**

Przyjmujący Zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt zabezpieczy:

1. odzież roboczą,
2. posiadanie aktualnych szkoleń w zakresie bhp,
3. posiadanie aktualnych badań profilaktycznych,
4. odzież ochronną.

**§15**

Przyjmującego Zamówienie obowiązuje zakaz pobierania jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich rodzin z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem Umowy w obiektach Udzielającego Zamówienie, pod rygorem odstąpienia od Umowy ze skutkiem natychmiastowym.

**§16**

Udzielanie świadczeń przez Przyjmującego Zamówienie w stanie wskazującym na spożycie alkoholu (przyjęcie środków odurzających) na terenie obiektów Udzielającego Zamówienie lub spożywanie alkoholu (przyjmowanie środków odurzających) na terenie obiektów Udzielającego Zamówienie w czasie przeznaczonym na wykonywanie świadczeń zdrowotnych powodować będzie odstąpienie od Umowy ze skutkiem natychmiastowym.

**§17**

1. Przyjmujący zamówienie w razie przewidywania swojej nieobecności w pracy zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie Udzielającemu Zamówienie.

**§18**

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia na czas udzielania świadczeń zdrowotnych, nie krótszy niż 3 miesiące.

**§19**

Umowa może ulec rozwiązaniu:

1. z upływem okresu, na jaki została zawarta,
2. wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia,
3. wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy,
4. za porozumieniem stron.

Oświadczenie o rozwiązaniu umowy musi być dokonane w formie pisemnej.

**§20**

Udzielający Zamówienie może odstąpić od niniejszej Umowy w formie pisemnej ze skutkiem natychmiastowym przed upływem ustalonego w §19 terminu w razie:

1. utraty przez Przyjmującego Zamówienie uprawnień do wykonywania zawodu,
2. popełnienie w czasie trwania umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych przez Przyjmującego Zamówienie, jeżeli zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym lub jest oczywiste,
3. nieudokumentowanie w terminie 30 dni od daty podpisania umowy przez Przyjmującego Zamówienie zawarcia przez niego umowy od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w §7 umowy lub nieprzedstawienie jej aktualizacji,
4. rażące naruszenie postanowień niniejszej umowy lub przepisów prawa,
5. gdy dalsze świadczenie usług nie leży w interesie Szpitala.

**§21**

1. W przypadkach niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, Udzielającemu Zamówienia przysługuje uprawnienie do żądania od Przyjmującego Zamówienie kar umownych w przypadkach i wysokościach określonych w §30 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2020 poz.320).

2. Udzielający Zamówienia uprawniony jest do żądania pokrycia szkody spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar pieniężnych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w kontraktach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, a Udzielającym Zamówienia, jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewłaściwego wykonania przez Przyjmującego zamówienie zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.

3. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za wszelkie szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia, a w szczególności za szkody polegające na wywołaniu rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała poszkodowanego pacjenta, także w wypadku gdy wskutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała nastąpiła śmierć poszkodowanego.

**§22**

Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić Udzielającego Zamówienie o wystąpieniu przyczyn mogących powodować uniemożliwienie wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych zgodnie z niniejszą umową.

**§23**

Zmiana warunków Umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§24**

Strony zobowiązują się rozwiązywać spory wynikające z realizacji postanowień niniejszej Umowy w drodze negocjacji. W przypadku braku porozumienia między stronami spory rozstrzyga sąd właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

**§25**

Strony zastrzegają poufność wszelkich postanowień Umowy dla osób trzecich.

**§26**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne przepisy powszechnie obowiązujące.

**§27**

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

………………………………… …………………………………

**Udzielający Zamówienia Przyjmujący Zamówienie** *Załącznik nr 1 do Umowy Nr DN-SP/ /*

**Karta ewidencji udzielanych świadczeń ………………… (miesiąc)/ ………….. (rok)**

Miejsce wykonywania usługi: ………………………………………………

Imię ………………………………………………

Nazwisko ………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Godzina rozpoczęcia | Godzina zakończenia | Ilość godzin |
| 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. |  |  |  |

|  |
| --- |
| Podpis przyjmującego zamówienie |

|  |
| --- |
| Podpis kierownika komórki organizacyjnej |