

**U M O W A NR 42. .2023**  
**ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

zawarta we Wrocławiu w dniu .....2023 roku pomiędzy:

**Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy**

ul. Oławska 14, 50-123 Wrocławiu

NIP 8971588388; REGON 000294846; KRS 00000433818;

reprezentowanym przez:

Dyrektora – dr n. med. Jarosława Tomczyka

zwanym w dalszej części umowy **Zleceniodawcą**

a – (osoba fizyczna )

Panią/Panem .....zam. ....posiadającym  
numer Pesel .....

i zapis przy kontrakcie

prowadzącym działalność gospodarczą pod nazwą ....., z siedzibą .....

posiadającym nr NIP.....Regon.....

przedstawiającym n/w dokumenty:

– Dyplom lekarza .....wydany przez.....

– Prawo wykonywania zawodu lekarza nr ....., wydane przez Dolnośląską Izbę  
Lekarską we Wrocławiu;

zwanym w dalszej części umowy **Zleceniobiorcą/Wykonawcą**

**§ 1**

**MIEJSCE WYKONYWANIA UMOWY**

Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w poradni POZ w Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy Oddział – Obwód Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu, ul. Joannitów 10-12 .

**§ 2**

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Zleceniobiorca przyjmuje do wykonania prace w §1 i zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu Umowy zgodnie z zasadami wiedzy medycznej oraz obowiązującymi standardami, z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej (szczegółowy wykaz czynności stanowi Załącznik nr 1 do umowy).
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie załączonego harmonogramu świadczenia usług medycznych stanowiącego Załącznik nr 4 do umowy.
3. Zleceniobiorca oświadcza, że posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia umożliwiające prawidłowe wykonywanie Przedmiotu Umowy oraz spełnia wymagania zdrowotne do udzielania Świadczeń Zdrowotnych w Podmiocie Leczniczym ze szczególną starannością i dbałością o interesy pacjentów i Zleceniodawcy.
4. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania praw pacjentów określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. 2022r. Poz. 1876 z póź. zm.)

5. Zleceniobiorca będzie wykonywał świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową w wyznaczonym przez Zleceniodawcę gabinecie lekarskim wyposażonym w środki medyczne i aparaturę zgodnie ze standardami określonymi przez NFZ.
6. Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz uregulowaniami obowiązującymi u zleceniodawcy.
7. Zleceniobiorca zobowiązany jest do stosowania się do obowiązujących przepisów prawa w zakresie dokumentacji medycznej.
8. Zleceniobiorca zobowiązuje się do poddania kontroli NFZ w zakresie wykonania Umowy oraz wykonywania zaleceń pokontrolnych, w przypadku udzielania Świadczeń Zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych;
9. Zleceniobiorca zobowiązuje się do znajomości i przestrzegania regulacji NFZ dotyczących udzielania Świadczeń Zdrowotnych, w tym w szczególności zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i wykonywania umów na udzielanie Świadczeń Zdrowotnych. Niniejsze zobowiązanie dotyczy wyłącznie Świadczeń Zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych;
10. Zleceniobiorca oświadcza, że posiada ważne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych na cały okres świadczenia usług na rzecz Zleceniodawcy.
11. W celu skorzystania z nieodpłatnej przerwy w wykonywaniu Świadczeń Zdrowotnych, Zleceniobiorca jest zobowiązany złożyć u Zleceniodawcy pisemny wniosek nie później niż 7 dni przed planowanym rozpoczęciem przerwy (wzór stanowi Załącznik nr 5 ) Zapisy te nie mają zastosowania w sprawach losowych. Wypełniony załącznik każdorazowo należy bezwzględnie złożyć w sekretariacie DWOMP-Odział Obwód Lecznictwa Kolejowego .

### § 3

#### WYNAGRODZENIE ZLECENIOBIORCY

1. Za wykonanie pracy określonej w §1 ust. 1 Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie w wysokości: .....**brutto za przepracowaną godzinę** (słownie: zł 00/100).
2. Podstawą do wystawienia rachunku/faktury jest ewidencja czasu pracy zaakceptowana przez Zleceniodawcę.
3. Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty wynagrodzenia na konto Zleceniobiorcy nr.....  
w terminie 14 dniu od dnia otrzymania rachunku/faktury przez Zleceniodawcę.

### § 4

#### EWIDENCJA CZASU WYKONYWANIA PRZEDMIOTU UMOWY

1. Potwierdzeniem czasu wykonywania czynności określonych w §1 umowy będzie ewidencja liczby godzin wykonywania umowy zlecenia, której wzór stanowi załącznik nr 2.
2. Ewidencja wymieniona w ust. 1, obejmuje okres miesiąca kalendarzowego. Wskazywana jest w niej ilość godzin i minut przepracowanych każdego dnia przez Zleceniobiorcę. Ww. ewidencja jest dostarczana Zleceniodawcy przez Zleceniobiorcę najpóźniej do ostatniego dnia roboczego miesiąca, którego dotyczy.
3. Dane zawarte w ww. ewidencji akceptowane są przez Zleceniodawcę lub osobę przez niego upoważnioną i podlegają kontroli. W razie wątpliwości odnoszących się do

informacji w niej wykazanych, Zleceniodawca niezwłocznie skontaktuje się ze Zleceniobiorcą w celu ich wyjaśnienia.

4. W przypadku, gdy zaistnieje konieczność wykonania zadań z przekroczeniem w/określonego limitu czasowego, Zleceniobiorca zobowiązany jest przedstawić pisemne uzasadnienie tej sytuacji oraz uzyskać zgodę Zleceniodawcy.

## **§ 5 ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZLECENIOBIORCY**

1. Zleceniobiorca przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Zleceniodawcę, w szczególności do:
  - sposobu udzielania świadczeń,
  - rodzajów i liczby świadczeń zdrowotnych,
  - gospodarowania użytkowanym sprzętem, aparaturą i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - prowadzonej dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej,
  - terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych.
2. Zleceniobiorca zgadza się do poddania się kontroli realizacji niniejszej umowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia w okresie objętym umową Zleceniodawcy z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
3. Zleceniobiorca zobowiązany jest do znajomości i przestrzegania regulacji NFZ dotyczących udzielania Świadczeń Zdrowotnych, w tym w szczególności zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i wykonywania umów na udzielanie Świadczeń Zdrowotnych. Niniejsze zobowiązanie dotyczy wyłącznie Świadczeń Zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

## **§ 6 ROZWIĄZANIE ZAWARTEJ UMOWY**

1. Każda ze stron może rozwiązać niniejszą umowę z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron bez zachowania okresu wypowiedzenia, wskutek oświadczenia woli jednej ze stron, gdy druga strona naruszyła rażąco postanowienia niniejszej umowy. Rozwiązanie następuje w dacie wskazanej przez składającego oświadczenie.
3. W przypadku niedotrzymania przez Zleceniobiorcę warunków umowy, Zleceniodawcy przysługiwać będzie prawo natychmiastowego jej rozwiązania i żądania naprawienia przez Zleceniobiorcę powstałych z tego tytułu szkód.
4. Zleceniodawca może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia w przypadku nie otrzymania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, utraty przez Zleceniobiorcę prawa wykonywania zawodu lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu, udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie nietrzeźwym lub pod wpływem innych środków odurzających, brak aktualnego ubezpieczenia OC.

## **§ 7 KARY UMOWNE**

1. W przypadku rozwiązania umowy przez Zleceniodawcę na podstawie §6 ust.2 lub ust. 4 Zleceniobiorca zapłaci Zleceniodawcy karę umowną w wysokości 5% wartości brutto niezrealizowanej części umowy.

2. W przypadku stwierdzenia przez Zleceniodawcę co najmniej 2-krotnego nienależytego wykonywania umowy przez Zleceniobiorcę, Zleceniobiorca zapłaci karę umowną w wysokości 10% należności za ostatni okres rozliczeniowy. Stwierdzenia nienależytego wykonywania umowy musi mieć formę pisemną.
3. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania przenoszącego wartość zastrzeżonej kary umownej na zasadach ogólnych.
4. Zleceniodawca jest uprawniony do potrącenia kar umownych z należności za następny okres rozliczeniowy.

## § 8

### ŚRODKI OCHRONY OSOBISTEJ

Zleceniodawca nie zapewnia Zleceniobiorcy odzieży roboczej i obuwia, które są wymagane ze względu na szczególny rodzaj czynności wykonywanych na podstawie niniejszej umowy, natomiast zapewnia Środki Ochrony Osobistej które są konieczne z uwagi na pandemię.

## § 9

### UBEZPIECZENIE

1. Zleceniobiorca oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej obejmujące swym zakresem badania wykonywane na podstawie niniejszej umowy.
2. W okresie obowiązywania niniejszej Umowy Zleceniobiorca ma obowiązek zabezpieczyć ciągłość i ważność polisy O.C. pod rygorem rozwiązania przez Zleceniodawcę Umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do ciągłego utrzymywania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy.

## § 10

### POUFNOŚĆ I OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy uzyskanych od Zleceniodawcy w czasie wykonywania umowy informacji podlegających ochronie, a w szczególności danych osobistych, jednostek chorobowych pacjentów oraz wyników badań zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. (tj. Dz. U z 2022 roku poz. 1731 z póź. zm.) o zawodzie lekarza i ustawą z dnia 6 listopada 2008 (tj. Dz. U. z 2022 roku poz. 1876 z póź. zm.) o prawach i rzeczniku praw pacjenta.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o Ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2019 roku, poz. 1781) a także od dnia 25 maja 2018 roku Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016 /679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektyw 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych RODO) oraz przepisów wykonawczych w związku z realizacją niniejszej umowy.
3. W przypadku naruszenia obowiązku określonego w ust. 1 i ust. 2 Zleceniodawca może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia, a także dochodzić roszczeń na zasadach określonych w przepisach kodeksu cywilnego.
4. Obowiązek, którym mowa w ust. 1 obowiązuje także po rozwiązaniu lub wygaśnięciu niniejszej umowy.

**§ 11**  
**CZAS TRWANIA UMOWY**

Umowa zostaje zawarta na okres od 01.05.2023 r. do 30.04.2024r.

**§ 12**  
**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Wszelkie spory wynikłe w związku z realizacją niniejszej Umowy, Strony będą rozstrzygać w drodze negocjacji. W przypadku braku rozstrzygnięcia w tym trybie, spór rozstrzygać będzie sąd właściwy dla miejsca siedziby Zleceniodawcy.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy Kodeksu Cywilnego
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

.....  
/ Zleceniobiorca/Wykonawca

.....  
DYREKTOR  
DOLNOŚLĄSKIEGO CENTRUM  
OSRODKA MEDYCYNY PRACY  
/ Zleceniodawca /  
dr n. med. Jarnsław Tomczyk

DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM  
MEDYCYNY PRACY  
50-123 Wrocław, ul. Główna 1  
tel. centr. 071/344 11 70, 071/344 93 01  
tel./fax centr. 071/344 93 03  
NIP 897-18-88-388

Załączniki:

1. Szczegółowy zakres obowiązków lekarza
2. Ewidencja godzin
3. Wzór rachunku
4. Harmonogram udzielania świadczeń (dotyczy wyłącznie godzin wykazanych do NFZ)
5. Przerwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych



RADCA PRAWNY

Teresa Kuczerawy  
WR 814

## SZCZEGÓŁOWY ZAKRES OBOWIĄZKÓW LEKARZA POZ/PEDIATRY

1. Planowanie i realizacja opieki lekarskiej nad świadczeniobiorcą w zakresie udzielanych przez niego świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem miejsca udzielania świadczenia (w warunkach ambulatoryjnych i domowych).
2. Koordynowanie i udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej – pediatrii w zakresie posiadanych kompetencji.
3. Współpraca z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, położną podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarką środowiskową
4. Prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej
5. Prowadzenie systematycznej i okresowej oceny stanu zdrowia w ramach badań bilansowych,
6. Identyfikowanie czynników ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne świadczeniobiorcy
7. Koordynowanie i wykonywanie kwalifikacji do obowiązkowych szczepień ochronnych świadczeniobiorcy (zapewnia wykonywanie szczepień oraz informuje o szczepieniach zalecanych).
8. Uczestniczenie w realizacji programów profilaktycznych;
9. Prowadzenie systematycznej i okresowej oceny stanu zdrowia w ramach badań przesiewowych.
10. Informowanie świadczeniobiorcy o możliwościach postępowania diagnostycznego w odniesieniu do jego stanu zdrowia oraz wskazywanie podmiotów właściwych do jego przeprowadzenia;
11. Przeprowadzanie badania podmiotowego świadczeniobiorcy zgodnie z wiedzą medyczną.
12. Przeprowadzanie badania przedmiotowego z wykorzystaniem technik dostępnych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej;
13. Zlecenie wykonania badań dodatkowych, w szczególności laboratoryjnych i obrazowych.
14. Kierowanie świadczeniobiorcy na konsultacje specjalistyczne w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne;
15. Kierowanie świadczeniobiorcy do jednostek lecznictwa zamkniętego w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne;
16. Dokonywanie interpretacji wyników badań i konsultacji wykonanych przez innych świadczeniodawców.
17. Orzekanie o stanie zdrowia świadczeniobiorcy w oparciu o osobiste badanie i dokumentację medyczną.
18. Zlecenie i monitorowanie leczenia farmakologicznego
19. Wykonywanie lub zlecenie wykonania zabiegów i procedur medycznych.
20. Kierowanie świadczeniobiorcy do wykonania zabiegów i procedur medycznych do innych świadczeniodawców.
21. Kierowanie do oddziałów udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych
22. Kierowanie do pielęgniarskiej długoterminowej opieki domowej;
23. Kierowanie do leczenia uzdrowiskowego i wypełnianie w systemie skierowania na leczenie uzdrowiskowe.
24. Kierowanie do szybkiej diagnostyki onkologicznej i wypełnianie karty DILO
25. Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy lub nauki.
26. Zlecenie zabiegów rehabilitacyjnych;
27. Wypisywanie zleceń do wydania świadczeniobiorcy wyrobów medycznych

**Ewidencja godzin**

Imię i nazwisko.....

Komórka organizacyjna/ Poradnia	Data	Godziny od – do	Liczba godzin	Stawka godzinowa	Liczba godzin	Suma końcowa

Załącznik nr 3 do umowy nr .....

RACHUNEK Nr ..... za m-c .....

Wystawił: dla Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy, ul. Oławska 14, 50-123 Wrocław, zgodnie z § 1 umowy z dnia ..... za wykonywanie następujących prac  należna kwota brutto: .....  słownie: .....  podpis wystawcy rachunku : .....
--

**ROZLICZENIE**

1. Kwota brutto ----- ----- 2. Koszty uzyskania ----- ----- 3. Kwota do opodatkowania (1-2) ----- ----- 4. Podatek dochodowy ----- ----- 5. Składka ZUS ----- ----- 6. Do wypłaty (1-4-5) ----- ----- Kwituję odbiór kwoty: zł----- gr----- słownie : zł----- ----- groszy jw.  -----   -----    -----  data    -----    -----  podpis	Pracę wykonano i przyjęto  ----- ----- data ----- podpis <hr/> Sprawdzono pod względem merytorycznym  ----- ----- data ----- podpis Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym  ----- ----- data ----- podpis <hr/> Akceptuję do wypłaty kwotę : zł----- gr----- słownie : zł----- ----- groszy jw.  -----   -----  data   -----  podpis
---	---

Ja, niżej podpisany ....., oświadczam, że informacje złożone dniu ..... w Oświadczeniu Zleceniobiorcy o posiadanych tytułach do ubezpieczenia, w okresie rozliczeniowym, tj. miesiącu ..... roku ....., nie uległy zmianie.

Data, podpis Zleceniobiorcy .....

W przypadku, jeżeli takie zmiany nastąpią w okresie rozliczeniowym, tj. miesiącu ..... roku ..... wymień jakie .....

Data, podpis Zleceniobiorcy .....

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O wszystkich zmianach dotyczących informacji podanych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Zleceniodawcę w terminie 5 dni od daty ich zaistnienia.



**Harmonogram  
lekarza udzielającego świadczeń  
w DWOMP- Oddział Obwód Lecznictwa Kolejowego  
w poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej  
w okresie od 01.05.2023 r. do 30.04.2024 r.**

lek. med. ....  
specjalista.....

HARMONOGRAM

Zakres świadczeń	poniedziałek		wtorek		Środa		czwartek		piątek		Tyg. liczba godzin udzielania świadczeń
	od	do	od	do	od	Do	od	do	od	do	
Poradnia .....											..... godz.

Wrocław, data .....2023 r.

.....  
Podmiot Leczniczy

.....  
Lekarz



**Zgłoszenie planowanej/nagłej\* przerwy w udzielaniu świadczeń**

Informuję, że w okresie od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_ nastąpi przerwa  
w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju .....

Podpis Zleceniobiorcy

Zgłoszenie przyjęto w dniu.....

### Klauzula informacyjna w związku z realizacją umowy cywilno-prawnej

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej zwane RODO, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy z siedzibą przy ul. Oławskiej 14, 50-123 Wrocław, dalej zwany DWOMP.
2. W DWOMP został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych. Kontakt e-mail: [iodo@dwomp.pl](mailto:iodo@dwomp.pl)
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO, na podstawie zgody wyrażonej przez Panią/Pana w zakresie w jakim podanie danych jest fakultatywne, w celu realizacji wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu DWOMP na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do treści swoich danych, sprostowania swoich danych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do ograniczenia ich przetwarzania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
5. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących, narusza obowiązujące przepisy prawa.
6. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązany/a do ich udostępnienia. Nieudostępnienie ich wiąże się z odmową zawarcia umowy.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania umowy, a w przypadku danych podanych fakultatywnie do momentu wycofania zgody, lecz nie dłużej niż przez okres trwania umowy. DWOMP zastrzega sobie jednak możliwość wydłużenia tego okresu na okres przedawnienia roszczeń, jednakże nie dłużej niż na okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym wygasła umowa wiążąca strony.
8. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
9. Pani/Pana dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.

