

**U M O W A O ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH  
NR 42.....2023**

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 **Zamawiającym**

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**

Zamawiający zleca, a Wykonawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych **psychoterapeuty** w Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy Oddział – Obwód Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu, ul. Joannitów 10-12 (szczegółowy wykaz czynności stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy).

**§ 2**

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu Umowy zgodnie z zasadami wiedzy psychologicznej i medycznej oraz obowiązującymi standardami, z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
2. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu Umowy zgodnie z harmonogram udzielania świadczeń (załącznik nr 2 do niniejszej umowy).
3. W celu skorzystania z nieodpłatnej przerwy w wykonywaniu przedmiotu umowy, Wykonawca jest zobowiązany złożyć u Zamawiającego pisemny wniosek nie później niż 14 dni przed planowanym rozpoczęciem przerwy, celem uzyskania pisemnej zgody Zamawiającego. Zapisy te nie dotyczą spraw losowych.
4. Wykonawca oświadcza, że posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia umożliwiające prawidłowe wykonywanie przedmiotu umowy oraz spełnia wymagania zdrowotne do udzielania Świadczeń Zdrowotnych ze szczególną starannością i dbałością

k

- o interesy pacjentów i Zamawiającego oraz że posiada ważne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych na cały okres świadczenia usług na rzecz Zamawiającego.
5. W ramach realizacji niniejszej Umowy, Wykonawca zobowiązuje się w szczególności do:
- a) 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.);
  - b) Podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych Świadczeń Zdrowotnych;
  - c) Stosowania przepisów obowiązujących u Zamawiającego, w zakresie wydawania orzeczeń lekarskich, skierowań, opinii i zaświadczeń;
  - d) Prowadzenia dokumentacji medycznej Pacjentów zgodnie z aktualnymi obowiązującymi przepisami prawa zgodnie ze standardami przyjętymi przez Zamawiającego;
  - e) Prowadzenia sprawozdawczości medycznej na zasadach określonych przepisami prawa oraz zgodnie z regulacjami wewnętrznymi Zamawiającego;
  - f) Raportowania i zgłaszania Zamawiającemu przypadków specjalnych i chorób zakaźnych;
  - g) Zapoznania się z regulacjami wewnętrznymi Zamawiającego oraz z procedurami ISO zgodnie z przyjętym u Zamawiającego sposobem zapoznawania się z dokumentacją;
  - h) Właściwego wykorzystania udostępnionego mu przez Zamawiającego sprzętu medycznego i innych środków trwałych niezbędnych do realizacji przedmiotu Umowy;
  - i) Poddania się kontroli NFZ w zakresie wykonania Umowy oraz wykonywania zaleceń pokontrolnych, w przypadku udzielania Świadczeń Zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych;
  - j) 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. Wykonawca zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Zamawiającego o uszkodzeniach i niesprawnym działaniu aparatury i sprzętu medycznego, o którym mowa w ust. 5 lit. h.

### § 3

#### WYNAGRODZENIE

1. Za wykonanie pracy określonej w par.1 ust. 1 Wykonawca otrzyma wynagrodzenie w wysokości: ..... **zł brutto** za przepracowaną godzinę (słownie: ..... zł 00/100).
2. Rozliczenie z Wykonawcą następuje w okresach miesięcznych.
3. Rozliczenie nadwykonań ponad limit odbywa się na następujących zasadach:
  - a) Limit jest ustalany raz na 6 miesięcy
  - b) Przy obliczeniu wynagrodzenia w siódmym miesiącu po zapłacie nadwykonań przez NFZ
    - W przypadku kiedy liczba świadczeń, udzielonych w poprzednich miesiącach przekroczyła ustalony wymiar miesięczny limitu- uwzględnia się wszystkie wykonane przez okres obowiązywania limitu świadczenia, które nie zostały rozliczone w poprzednich miesiącach, a zostały zapłacone przez NFZ.
    - Termin zapłaty świadczeń wykonanych ponad limit, może ulec przesunięciu, w zależności od tego w jakim terminie NFZ dokona zapłaty za nadwykonania.

4. Po weryfikacji rocznej świadczeń przez NFZ za poprzedni rok rozliczeniowy nastąpi ostateczne rozliczenie nadwykonań i ewentualnych korekt świadczeń.
5. Podstawą wystawienia faktury jest wykaz wykonanych usług świadczeń zdrowotnych przygotowany przez Zamawiającego (pracownik – specjalista ds. rozliczeń NFZ). W wykazie mogą być uwzględnione jedynie świadczenia zaewidencjonowane w systemie Somed Zamawiającego. Wykaz przygotowany jest do 10 każdego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu którego dotyczy.
6. W przypadku otrzymania korekt rozliczeniowych z Narodowego Funduszu Zdrowia, które nastąpiły z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, wynagrodzenie Wykonawcy za świadczone w ramach niniejszej umowy usługi zostanie pomniejszone o część wynagrodzenia zakwestionowaną przez NFZ.
7. Potrącenie wynagrodzenia Wykonawcy nastąpi w następnym okresie rozliczeniowym po otrzymaniu korekt z NFZ.
8. Rachunek za miesiąc, za który ma zostać wypłacona należność, Wykonawca składa Zamawiającemu w terminie do drugiego dnia następnego miesiąca. Wypłata należności następuje w terminie 14 dni licząc od dnia poprawnie złożonego rachunku przez Wykonawcę na wskazany przez niego rachunek bankowy.
9. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty rachunków/faktur na konto Wykonawcy nr:  
.....

#### § 4

#### ODPOWIEDZIALNOŚĆ WYKONAWCY

1. Wykonawca przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Zamawiającego, 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. Wykonawca zgadza się do poddania się kontroli realizacji niniejszej umowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia w okresie objętym umową Zamawiającego z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
3. Wykonawca 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.

#### § 5

#### ROZWIĄZANIE ZAWARTEJ UMOWY

1. Każda ze stron może niniejszą umowę wypowiedzieć za 1 miesięcznym okresem wypowiedzenia.
2. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia wskutek oświadczenia woli jednej ze stron gdy druga strona naruszyła rażąco postanowienia umowy. Rozwiązanie następuje w dacie wskazanej przez składającego oświadczenie.

3. W przypadku niedotrzymania przez Wykonawcę warunków umowy, Zamawiającemu przysługiwać będzie prawo natychmiastowego jej rozwiązania i żądania naprawienia przez Wykonawcę powstałych z tego tytułu szkód.
4. Zamawiający może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia w przypadku nie otrzymania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, utraty prawa wykonywania zawodu lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu, udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie nietrzeźwym lub pod wpływem innych środków odurzających.

## § 6

### KARY UMOWNE

1. W przypadku rozwiązania umowy przez Zamawiającego na podstawie §5 ust.2 lub ust. 3 Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 5% wartości brutto niezrealizowanej części umowy
2. W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego co najmniej 2-krotnego nienależytego wykonywania umowy przez Wykonawcę, Wykonawca zapłaci karę umowną w wysokości 10% należności za ostatni okres rozliczeniowy. Stwierdzenia nienależytego wykonywania umowy musi mieć formę pisemną.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania przenoszącego wartość zastrzeżonej kary umownej na zasadach ogólnych
4. Wykonawca jest uprawniony do potrącenia kar umownych z należności za następny okres rozliczeniowy.

## § 7

### ŚRODKI OCHRONY OSOBISTEJ

Zamawiający nie zapewnia Wykonawcy odzieży roboczej i obuwia, które są wymagane ze względu na szczególny rodzaj czynności wykonywanych na podstawie niniejszej umowy.

## § 8

### UBEZPIECZENIE

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

## § 9

### POUFNOŚĆ I OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

1. Wykonawca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy uzyskanych od Zamawiającego 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. Wykonawca 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 Zamawiający 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.

## § 10 CZAS TRWANIA UMOWY

1. Umowa zostaje zawarta na okres **od 01.05.2023r do 30.04.2024r.**
2. Zmiana umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

## § 11 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ewentualne 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 Zamawiającego.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy Kodeksu Cywilnego
3. 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 Zamawiającego.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

.....  
Zleceniobiorca/ Wykonawca /

.....  
DIREKTOR  
DOLNOŚLĄSKIEGO WOJEWÓDZKIEGO  
OSRODKA MEDYCYNY PRACY Zamawiający/

dr n. med. Jarosław Tomczyk

### Załączniki:

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



Zakres obowiązków terapeuty/psychoterapeuty/psychologa /psychiatry

1. nawiązywanie kontaktu z pacjentem , zapewnianie mu poczucia bezpieczeństwa i komfortu psychicznego;
2. przeprowadzanie wywiadu, obserwowanie zachowania, wysłuchanie pacjenta, zapoznawanie się z jego problemami w przypadku psychoterapii indywidualnej;
3. analizowanie przyczyn zaburzeń pacjenta, dokonywanie diagnozy jego problemów;
4. opracowywanie i wdrażanie nowych metod terapeutycznych
5. dostosowanie rodzaju terapii do aktualnej kondycji zdrowotnej uczestnika
6. nawiązywanie oraz podtrzymywanie kontaktu z pacjentem
7. udzielanie wsparcia w procesie odzyskiwania przez uczestnika terapii pełni sił fizycznych lub psychicznych
8. wybór odpowiedniej metody i techniki terapeutycznej do rozwiązania problemów pacjenta, np. w przypadku psychoanalizy stosowanie techniki wglądu, swobodnych skojarzeń, analizy marzeń sennych, oporu, przeniesienia;
9. dobór do grupy terapeutycznej uczestników o określonych cechach;
10. przygotowywanie grupy terapeutycznej do zajęć w przypadku psychoterapii zbiorowej;
11. gromadzenie informacji o osobach poddawanych psychoterapii oraz o efektach psychoterapii;
12. przeprowadzanie treningów terapeutycznych dla różnych grup pacjentów i osób pragnących poprawić swoje relacje z innymi ludźmi, mających problemy emocjonalne, nie radzących sobie w różnych sferach życia - w rodzinie, pracy, itp.;
13. wybór odpowiedniej techniki treningu, np. treningu interpersonalnego nakierowanego na kształtowanie dobrych kontaktów międzyludzkich lub techniki poznania samego siebie, rozwoju duchowego lub zawodowego itp.;
14. współpraca z lekarzami leczącymi pacjentów,
15. przeprowadzanie badań psychologicznych odpowiednimi testami osobowościowymi

**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 ----- -----	Pracę wykonano i przyjęto ----- -----
2. Koszty uzyskania ----- -----	data                                  podpis
3. Kwota do opodatkowania (1-2) ----- -----	Sprawdzono pod względem merytorycznym
4. Podatek dochodowy ----- -----	data                                  podpis Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym
5. Składka ZUS ----- -----	----- -----
6. Do wypłaty (1-4-5) ----- -----	data                                  podpis
Kwituję odbiór kwoty: zł----- gr----- słownie : zł----- ----- groszy jw.	Akceptuję do wypłaty kwotę : zł----- gr----- słownie : zł----- ----- groszy jw.
----- data                                  podpis	----- 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  
udzielającego świadczeń  
w DWOMP- Oddział Obwód Lecznictwa Kolejowego  
w komórkach organizacyjnych  
w okresie od 01.05.2023r. do 30.04.2024r.**

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 01.05.2023r

.....  
/ Wykonawca /

.....  
/ Zamawiający/



**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.