

# 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 lekarza .....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 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 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 brutto .....% ceny za punkt rozliczeniowy NFZ za realizację zamówienia.
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 użytym 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.

- 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.
- 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.
- Obowiązek, którym mowa w ust. 1 obowiązuje także po rozwiązaniu lub wygaśnięciu niniejszej umowy.

## § 10 CZAS TRWANIA UMOWY

- Umowa zostaje zawarta na okres **od 01.06.2023r do 30.04.2024r.**
- Zmiana umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

## § 11 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- 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.
- W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy Kodeksu Cywilnego
- 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.
- Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

.....  
Zleceniobiorca/ Wykonawca /

.....  
/ Zamawiający/

### Załączniki:

- Szczegółowy zakres obowiązków lekarza
- Ewidencja godzin
- Wzór rachunku
- Harmonogram udzielania świadczeń (dotyczy wyłącznie godzin wykazanych do NFZ)
- Przerwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych

000294846  
DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK  
MEDYCYNY PRACY  
50-123 Wrocław, ul. Głowska 14  
tel. sekr. 071/344 13 79, 071/344 93 02  
tel./fax sekr. 071/344 93 03  
NIP 897-15-88-358

DYREKTOR  
DOLNOŚLĄSKIEGO WOJEWÓDZKIEGO  
OSRODKA MEDYCYNY PRACY

dr n. med. Jarosław Tomczyk

ka



## SZCZEGÓŁOWY WYKAZ CZYNNOŚCI LEKARZA

1. Przeprowadzanie wywiadów z pacjentami
2. Badanie pacjenta
3. Stawianie diagnozy
4. Zlecenie badań, zabiegów diagnostycznych i leczniczych
5. Bieżąca ocena stanu pacjenta, wyników badań i postępów w leczeniu
6. Prowadzenie dokumentacji medycznej według procedury
7. Wystawianie recept, zwolnień lekarskich, skierowań i orzeczeń lekarskich zgodnie z obowiązującymi przepisami



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