

zawarta we Wrocławiu w dniu .....2025 roku pomiędzy:

**Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy**

ul. Oławska 14, 50-123 Wrocławiu

NIP: 8971588388; REGON: 000294846;

wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Fabrycznej VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: KRS 0000043818,

reprezentowanym przez:

dr n. med. Jarosława Tomczyka – Dyrektora,

zwanym w dalszej części umowy „**Udzielającym Zamówienie**”

a

Panem/Panią .....,

zam. .... przy ul. ....

Posiadającym nr PESEL .....

przedstawiającym n/w dokumenty:

a) Dyplom ukończenia studiów medycznych nr .....

wydany przez .....

b) Prawo wykonywania zawodu lekarza nr .....

wydane przez .....

c) Dyplom nr .....

wydanym przez ..... uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie: .....

Zwanym w dalszej części umowy „**Przyjmującym Zamówienie**”

Zwani również łącznie „Stronami” lub indywidualnie „Stroną”.

Z Przyjmującym zamówienie, który został wybrany w wyniku udzielenia zamówienia w trybie konkursu ofert nr DWOMP.II.215.2025 na udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 27 w zw. z art. 26 oraz 26a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej została zawarta Umowa o następującej treści:

**§1**

1. Udzielający Zamówienie zleca a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje zamówienie na udzielenie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu badań i konsultacji specjalistycznych z zakresu kardiologii w zakresie badań medycyny pracy, na rzecz pacjentów Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy wraz ze sporządzeniem dokumentacji medycznej i statystycznej.
2. Szczegółowy zakres świadczeń zdrowotnych określa Załącznik nr 2 do niniejszej Umowy.
3. Miejszem udzielania świadczeń zdrowotnych jest Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Oddział- Centrum Medyczne Joannitów przy ul. Joannitów 10-12 we Wrocławiu, w terminach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienie.

## §2

1. Podstawę wykonania badania przez Przyjmującego Zamówienie będzie stanowić pisemne skierowanie na badania wystawione przez Dyrektora Udzielającego Zamówienie albo osobę przez niego upoważnioną.
2. Osobą wyznaczoną ze strony Udzielającego Zamówienie do kontaktów i przekazywania uwag wynikających z realizacji niniejszej Umowy jest Kierownik Rejestracji, który zarówno koordynuje jak i nadzoruje organizację realizacji udzielanych świadczeń przez Przyjmującego Zamówienie.
3. Osobą wyznaczoną ze strony Udzielającego Zamówienie do nadzoru merytorycznego realizacji świadczeń przez Przyjmującego Zamówienie jest Zastępca Dyrektora ds. medycznych.
4. W przypadku wystąpienia przeciwwskazań zdrowotnych po stronie Przyjmującego Zamówienie jest On zobowiązany do natychmiastowego poinformowania Udzielającego Zamówienie o tym fakcie oraz do odstąpienia od realizacji przedmiotu Umowy.
5. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia Udzielającego Zamówienie o utracie uprawnień do realizacji przedmiotu Umowy.
6. Do kontaktu pomiędzy stronami, Strony udostępniają swoje adresy elektroniczne:
  - 1) Udzielający Zamówienia.....
  - 2) Przyjmujący Zamówienie.....

## §3

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do osobistego wykonywania przedmiotu Umowy z najwyższą starannością przy wykorzystaniu aktualnej wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych, zgodnie z obowiązującymi standardami, z zachowaniem obowiązków określonych w obowiązujących przepisach prawa, w niniejszej Umowie oraz zasadami etyki zawodowej.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia umożliwiające prawidłowe wykonywanie przedmiotu Umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie w celu poświadczenia posiadanych kwalifikacji złożył Udzielającemu Zamówienie potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje, które stanowią załącznik nr 10 do niniejszej Umowy.
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że spełnia wymagania zdrowotne do udzielania Świadczeń Zdrowotnych ze szczególną starannością i dbałością o interesy pacjentów i Udzielającego Zamówienie oraz że posiada ważne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych i że zobowiązuje się je posiadać przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy.
5. W ramach realizacji niniejszej Umowy, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się w szczególności do:
  - 1) Przestrzegania praw pacjentów określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
  - 2) Podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych Świadczeń Zdrowotnych;
  - 3) Przestrzegania standardów udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - 4) Stosowania powszechnie obowiązujących przepisów i procedur u Udzielającego Zamówienie;
  - 5) Prowadzenia dokumentacji medycznej Pacjentów zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa oraz zgodnie ze standardami przyjętymi przez Udzielającego Zamówienie;
  - 6) Prowadzenia sprawozdawczości medycznej na zasadach określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa oraz zgodnie z regulacjami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia;
  - 7) Raportowania i zgłaszania Udzielającemu Zamówienia przypadków specjalnych i chorób zakaźnych;
  - 8) Zapoznania się z regulacjami wewnętrznymi obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia oraz z wdrożonymi procedurami Systemu Zarządzania Jakością oraz Bezpieczeństwa Informacji, zgodnie z przyjętym u Udzielającego Zamówienia sposobem zapoznawania się z dokumentacją oraz do ich stosowania;
  - 9) Właściwego wykorzystania udostępnionego mu przez Udzielającego Zamówienia sprzętu

medycznego oraz informatycznego i innych środków trwałych niezbędnych do realizacji przedmiotu Umowy.

6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Udzielającego Zamówienia o uszkodzeniach i niesprawnym działaniu aparatury i sprzętu, o którym mowa powyżej.
7. Przyjmujący Zamówienia przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienia, w szczególności do:
  - 1) sposobu udzielania świadczeń,
  - 2) rodzajów i liczby świadczeń zdrowotnych,
  - 3) gospodarowania użytkowanym sprzętem, aparaturą i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 4) prowadzonej dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej, terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych,
  - 5) przedstawienia aktualnej polisy odpowiedzialności cywilnej, określonej niniejszej umowy.
8. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie, a w szczególności wynikających z:
  - 1) niewykonania lub nienależytego wykonania świadczenia zdrowotnego,
  - 2) przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,
  - 3) nieprowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy i niekompletny,
  - 4) braku realizacji zaleceń pokontrolnych.
9. Przyjmującego Zamówienie obowiązuje zakaz pobierania jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.
10. Przyjmujący zamówienie ponosi solidarną odpowiedzialność z Udzielającym Zamówienia za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
11. Przyjmujący zamówienie, w przypadku, gdy w związku z realizacją niniejszej umowy będzie miał kontakt z nieletnimi, zobowiązuje się do dostarczenia, najpóźniej dnia podpisania umowy, oświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego oraz oświadczenia, że nie figuruje w Rejestrze Sprawców Przestępstw na tle Seksualnym.

#### §4

1. Za wykonane badania Udzielający Zamówienie zobowiązuje się do zapłaty Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenia ustalonego w wysokości wg załącznika nr 2 do niniejszej umowy.
2. Kwota wskazanego wynagrodzenia w ust.1 jest kwotą całkowitą i obejmuje wszelkie koszty jakie poniesie Udzielający Zamówienie, tj. ewentualne koszty ZUS, składki zdrowotnej i innych obowiązujących składników ponoszonych przez Udzielającego Zamówienie z urzędu lub na wniosek.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest w dniu podpisania umowy do przedłożenia Oświadczenie dla celów ubezpieczeniowych i podatkowych stanowiącego Załącznik numer 7 do niniejszej Umowy
4. Brak złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust 3 będzie skutkował obciążeniem Przyjmującego Zamówienie maksymalnymi kosztami, o których mowa w ust 2.
5. Rozliczenie za wykonane badania dokonywane będzie w okresach miesięcznych na podstawie wystawionych rachunków.
6. Podstawę do wystawienia rachunków stanowić będzie uznane przez Udzielającego Zamówienie zestawienie wykonanych badań na rzecz Udzielający Zamówienie.
7. Wynagrodzenie będzie naliczane na koniec miesiąca i płatne do 10 dnia następnego miesiąca w oparciu o rachunek (wzór stanowi załącznik nr 6 do Umowy), złożony do 5 dnia następnego miesiąca, zatwierdzony merytorycznie przez upoważnionego pracownika Udzielającego Zamówienia.

8. Jeżeli rachunek zostanie złożony po terminie będzie płatny w następnym miesiącu.
9. Za datę spełnienia świadczenia pieniężnego uznaje się dzień, w którym nastąpiło obciążenie rachunku bankowego Udzielającego Zamówienie.

#### §5

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej będącej następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą Umową przez cały okres obowiązywania Umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ciągłego utrzymywania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy pod rygorem rozwiązania przez Udzielającego Zamówienia Umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia.
3. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany okazać Udzielającemu Zamówienia oryginał i przedłożyć kserokopię polisy ubezpieczeniowej w dacie podpisania niniejszej Umowy.
4. Strony zgodnie ustalają, że minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia oraz szczegółowy zakres ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, będą zgodne z przepisami wydanymi na podstawie dyspozycji art. 25 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.
5. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za prawidłowe wykonanie przedmiotu umowy.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się w terminie do końca każdego miesiąca przekazywać Udzielającemu Zamówienie informacje o realizacji przyjętego zlecenia.
7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej,
8. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada ważne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych na cały okres świadczenia usług na rzecz Udzielającego Zamówienie.
9. W celu skorzystania z nieodpłatnej przerwy w wykonywaniu konsultacji specjalistycznych, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany złożyć u Udzielającego Zamówienie pisemny wniosek nie później niż 14 dni przed planowanym rozpoczęciem przerwy (wzór stanowi Załącznik nr 1). Zapis ten nie ma zastosowania w sprawach losowych. Wypełniony załącznik każdorazowo należy bezwzględnie złożyć w sekretariacie Udzielającego Zamówienie.
10. W przypadku, gdy przerwa w świadczeniu usług jest spowodowana chorobą lub przyczynami losowymi, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do niezwłocznego skutecznego zawiadomienia Udzielającego Zamówienia o zaistniałych okolicznościach.

#### §6

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy uzyskanych od Udzielającego Zamówienie w czasie wykonywania umowy informacji podlegających ochronie, a w szczególności danych osobowych, jednostek chorobowych pacjentów oraz wyników badań.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych, a także Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 zwane RODO) oraz przepisów wykonawczych w związku z realizacją niniejszej umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do nie ujawniania danych osobowych pacjentów, których administratorem jest Udzielający Zamówienie.
4. Przyjmującego Zamówienie obowiązuje całkowity zakaz korzystania z bazy danych osobowych do innych celów niż związanych z wykonywaniem niniejszej Umowy, w tym do ich kopiowania w jakiegokolwiek formie.
5. W przypadku naruszenia obowiązku określonego w ust. 1-4 Udzielający Zamówienie może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia, a także dochodzić roszczeń na zasadach określonych w przepisach kodeksu cywilnego.
6. Obowiązek, którym mowa w ust. 1 oraz ust. 3-4 obowiązuje także po rozwiązaniu lub wygaśnięciu niniejszej Umowy.

## §7

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za nienależyte i nieterminowe wykonywanie obowiązków związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Przyjmujący Zamówienie nie ponosi odpowiedzialności za całkowite albo częściowe niewykonanie badań, jeżeli nie było to zawinione przez Przyjmującego Zamówienie, a także gdy przeszkodą jest działanie siły wyższej.
3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wyraża gotowość do poddania się kontroli przeprowadzanej za pośrednictwem osób i jednostek organizacyjnych Udzielającego Zamówienie.

## §8

1. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się w szczególności do:
  - 1) Zapewnienia Przyjmującemu Zamówienie leków, wyrobów medycznych, materiałów opatrunkowych oraz pomieszczeń, sprzętu medycznego i aparatury medycznej, niezbędnej do prawidłowego realizowania przedmiotu Umowy.
  - 2) Przekazania Przyjmującemu Zamówienie identyfikatora najpóźniej w dniu podpisania Umowy.
  - 3) Terminowej zapłaty należności za prawidłowe i zgodne z Umową wykonanie przedmiotu Umowy.
  - 4) Zachowania tajemnicy wszelkich informacji i danych dotyczących Przyjmującego Zamówienie oraz danych osobowych uzyskanych w związku z wykonywaniem Umowy w czasie jej trwania jak i po jej zakończeniu
  - 5) Nie rozpowszechniania jakichkolwiek informacji, które mogłyby naruszyć wizerunek lub dobre imię Przyjmującego Zamówienie.
2. Udzielający Zamówienia nie zapewnia Przyjmującemu Zamówienie odzieży roboczej i obuwia, które są wymagane ze względu na szczególny rodzaj czynności wykonywanych na podstawie niniejszej Umowy.

## §9

Przyjmujący zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikającej z niniejszej Umowy bez uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego zamówienia.

## §10

1. W przypadku rozwiązania Umowy przez Udzielającego Zamówienia na podstawie § 11 ust. 5 – 7 Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienie karę umowną w wysokości 5% średniego wynagrodzenia Przyjmującego zamówienia z ostatnich trzech miesięcy.
2. W przypadku stwierdzenia przez Udzielającego Zamówienia co najmniej 2-krotnego nienależytego wykonywania Umowy przez Przyjmującego Zamówienie, Przyjmujący Zamówienie zapłaci karę umowną w wysokości 10% średniego wynagrodzenia Przyjmującego zamówienia z ostatnich trzech miesięcy. Stwierdzenia nienależytego wykonywania Umowy musi mieć formę pisemną.
3. Obciążenie karą umowną może nastąpić w razie nie złożenia pisemnych wyjaśnień przez Przyjmującego Zamówienie lub nieuwzględnienia wyjaśnień Przyjmującego Zamówienie. Uzasadnienie obciążenia karą umowną wymaga zachowania formy pisemnej przez Udzielającego Zamówienia.
4. W przypadku gdy szkoda poniesiona przez Udzielającego Zamówienia przekracza wysokość kar umownych przewidzianych niniejszą umową, Udzielający Zamówienia może dochodzić odszkodowania na zasadach ogólnych.
5. Zapłata kar umownych nie wyłącza możliwości dochodzenia odszkodowania przewyższającego zapłacone kary umowne.
6. Udzielający Zamówienie zastrzega sobie prawo potrącenia naliczonych kar umownych z przysługującego Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenia, na co Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę. Potrącenie kary umownej nie zwalnia Przyjmującego Zamówienie z obowiązku dalszej realizacji przedmiotu Umowy.
7. Brak szkody nie wyłącza odpowiedzialności z tytułu kar umownych.

## §11

1. Umowa zostaje zawarta na okres od .....2025r. do 01.08.2028r.
2. Każda ze Stron może niniejszą Umowę rozwiązać za miesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.
3. Umowa może być rozwiązana za zgodą obu stron w każdym czasie na zasadzie porozumienia Stron. Każdej ze Stron przysługuje prawo rozwiązania Umowy ze skutkiem natychmiastowym w razie zaistnienia okoliczności uniemożliwiających dalszą realizację Umowy, w szczególności:
  - 1) utratę przez Przyjmującego Zamówienie koniecznych uprawnień do realizacji przedmiotu Umowy;
  - 2) nieprzedstawienia przez Przyjmującego Zamówienie kontynuacji ubezpieczenia, o którym mowa w § 5 Umowy;
  - 3) przerwę w realizacji ciągłości świadczeń zdrowotnych bez uprzedniej zgody Udzielającego Zamówienie, uniemożliwiającą wywiązanie się przez Przyjmującego Zamówienie z terminowego i pełnego wykonania świadczonych usług (zapisy te nie dotyczą spraw losowych oraz siły wyższej);
  - 4) stwierdzenia przez Udzielającego Zamówienia nienależytego wykonywania niniejszej Umowy przez Przyjmującego Zamówienie
  - 5) stwierdzenia przez Udzielającego Zamówienia, iż Przyjmujący Zamówienie rażąco narusza postanowienia niniejszej Umowy;
  - 6) zaprzestania płacenia wynagrodzenia przez co najmniej dwa pełne okresy płatności z przyczyn leżących po stronie Udzielającego Zamówienia;
  - 7) zaprzestanie przez Udzielającego Zamówienia realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej Umowy.
4. W razie rozwiązania lub wypowiedzenia niniejszej Umowy, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do zwrotu Udzielającemu Zamówienia wszelkich dokumentów, jakie sporządził, zebrał lub opracował, czy też otrzymał w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej Umowy.
5. 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.
6. W przypadku niedotrzymania przez Przyjmującego Zamówienie warunków Umowy, Udzielającemu zamówienia przysługiwać będzie prawo natychmiastowego jej rozwiązania i żądania naprawienia przez Przyjmującego Zamówienia powstałych z tego tytułu szkód.
7. Udzielający Zamówienia może rozwiązać Umowę bez wypowiedzenia w przypadku utraty prawa wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie nietrzeźwym lub pod wpływem innych środków odurzających przez Przyjmującego Zamówienie.

## §12

Zmiana postanowień umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

## §13

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 Udzielającego zamówienie.

## §14

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy w szczególności:
  - 1) Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny;
  - 2) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,
  - 3) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych,
  - 4) Ustawa z dnia o z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,

- 5) Ustawa z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
  - 6) Ustawy z dnia 13 maja 2016r o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich
  - 7) Ustawa z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych,
  - 8) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016 /679 z dnia 27 kwietnia 2016r. -w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektyw 95/46/WE,
  - 9) Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
  - 10) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
  - 11) Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
  - 12) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej,
  - 13) Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy
  - 14) Rozporządzenie Ministra Zdrowia Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów
  - 15) Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy
  - 16) Kodeks Etyki Lekarskiej
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia, najpóźniej w dniu podpisania umowy, oryginału lub potwierdzonego za zgodność z oryginałem, Oświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego – Rejestr Sprawców Przestępstw na tle Seksualnym.

## §15

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

**Przyjmującym Zamówienie**

**Udzielającym Zamówienie**

Załączniki:

1. Załącznik numer 1 - Przerwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
2. Załącznik numer 2 - Cennik usług,
3. Załącznik numer 3 - Klauzula informacyjna,
4. Załącznik numer 4 - Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych.
5. Załącznik numer 5 Oświadczenie o poufności,
6. Załącznik numer 6 – Wzór rachunku
7. Załącznik numer 7- Oświadczenie dla celów ubezpieczeniowych i podatkowych
8. Załącznik numer 8 – Oświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego – Rejestr Sprawców Przestępstw na tle Seksualnym.
9. Załącznik numer 9 SWKO (Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert)
10. Załącznik numer 10 Dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje

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

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

**Przyjmującym Zamówienie**

Zgłoszenie przyjęto w dniu.....

| Lp. | Rodzaj badania                                                     | Cena brutto |
|-----|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1.  | Konsultacja specjalistyczna kardiologiczna z EKG spoczynkowym      |             |
| 2.  | Konsultacja specjalistyczna kardiologiczna z interpretacją Holtera |             |
| 3.  | Konsultacja specjalistyczna kardiologiczna z USG serca             |             |
| 4.  | Konsultacja specjalistyczna kardiologiczna z interpretacją ABPM    |             |
| 5.  | EKG wysiłkowe                                                      |             |

Przyjmującym Zamówienie

Udzielającym Zamówienie

**Obowiązek informacyjny**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony danych 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 osobowych), zwanego dalej RODO, informuję, iż:

- 1) Administratorem danych osobowych jest Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Oławskiej 14, 50-123 Wrocław;
- 2) W Dolnośląskim Wojewódzki, Ośrodku Medycyny Pracy został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych. Kontakt: [iodo@dwomp.pl](mailto:iodo@dwomp.pl);
- 3) Pani dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO, na podstawie zgody wyrażonej przez Panią 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 prawo żądania dostępu do treści swoich danych, sprostowania swoich danych w sytuacji, gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje Pani prawo do usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 5) Odbiorcami Pani danych będą wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa jak również podmioty upoważnione na podstawie zawartych umów w związku z realizacją obowiązków Administratora. Administrator zobowiązuje się udostępnić listę podwykonawców, którym udostępnia dane osobowe;
- 6) Podanie przez Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani zobowiązana do ich udostępnienia. Nieudostępnienie ich wiąże się z odmową zawarcia umowy.
- 7) Ma Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pani dotyczących, narusza obowiązujące przepisy prawa. Dane kontaktowe Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
- 8) Pani 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. Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej 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.
- 9) Pani dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 10) Pani dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.

## Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych

Działając na podstawie art. 29 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 z 2016 r. nr 119/1 – dalej RODO )

### upoważniam

.....

do przetwarzania danych osobowych w związku ze świadczeniem usług medycznych i ochrony zdrowia, a także obsługi systemu informatycznego oraz urządzeń wchodzących w jego skład, służących do przetwarzania danych osobowych zgodnie z obowiązującymi w Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy (zwany dalej DWOMP) procedurami i instrukcjami dotyczącymi ochrony danych osobowych.

### **Kategorie danych osobowych**

Upoważniony uprawniony jest do przetwarzania danych osobowych:

1. pacjentów następujących kategoriach: dane zwykłe - imię, nazwisko pacjenta, PESEL, data urodzenia, adres zamieszkania, numer telefonu, adres mailowy, dane osobowe szczególnych kategorii w tym informacje o stanie zdrowia,
2. kontrahentów świadczących usługi dla DWOMP jak również dane kontrahentów, dla których DWOMP świadczy usługi.

### **Czas obowiązywania upoważnienia**

Upoważnienie wygasa z chwilą rozwiązania stosunku pracy, odwołania lub zaprzestania wykonywania zadań w związku z zawartą umową.

### **Sposób przetwarzania**

Upoważnienie dotyczy takich czynności przetwarzania, jak: zbieranie danych, organizowanie, przeglądanie, utrwalanie, przechowywanie, udostępnianie, usuwanie.

Data nadania upoważnienia: .....

Numer upoważnienia: .....

.....  
podpis Administratora

**Oświadczenie o zachowaniu poufności****Oświadczenie o poufności i zapoznaniu z przepisami o ochronie danych osobowych**

Oświadczam, że zostałam/em zapoznana/y z przepisami o ochronie danych osobowych w szczególności z:

1. Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych.
2. Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
3. Dokumentacją wewnętrzną opisującą zasady Bezpieczeństwa Ochrony Danych (m.in. Politykę Ochrony Danych, Instrukcją zarządzania systemem informatycznym, zasadami bezpieczeństwa fizycznego, zasadami powierzania przetwarzania danych osobowych, zasadami korzystania ze służbowej poczty elektronicznej oraz Internetu).

Zobowiązuję się do przestrzegania postanowień zawartych w ww. dokumentach oraz szczególnej dbałości o zachowanie poufności, integralności i dostępności danych osobowych w dowolnej formie (papier, nośniki elektroniczne, itp.) przetwarzanych w Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy.

Świadoma/y jestem obowiązku ochrony danych osobowych na zajmowanym stanowisku/w związku z realizacją umowy wiążącej mnie z Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy w szczególności zobowiązuję się do:

1. zachowania bezterminowo tajemnicy danych osobowych, z którymi zetknęłam/zetknąłem się w trakcie wykonywania swoich zadań i obowiązków, zarówno w czasie trwania umowy, jak i po jej ustaniu;
2. chronienia danych osobowych przed dostępem do nich osób do tego nieupoważnionych;
3. zabezpieczania danych osobowych przed zniszczeniem i nielegalnym ujawnieniem;
4. natychmiastowego zgłoszenia do Inspektora Ochrony Danych próby lub faktu naruszenia zabezpieczenia pomieszczeń, bezpieczeństwa informacji, urządzenia lub systemu informatycznego, w którym przetwarzane są dane osobowe;
5. niewykorzystywania danych osobowych w celach pozasłużbowych o ile nie są one jawne;
6. zachowania w tajemnicy sposobów zabezpieczenia danych osobowych o ile nie są one jawne, korzystania z wyposażenia IT oraz oprogramowania wyłącznie w związku z wykonywaniem obowiązków pracowniczych/wynikających z zawartej umowy, wykorzystywania jedynie legalnego oprogramowania wchodzącego w skład Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy;
7. należytej dbałości o wyposażenie IT i oprogramowanie zgodnie z Instrukcją zarządzania systemem informatycznym,
8. zachowania w tajemnicy uzyskanych haseł dostępu do systemów informatycznych i urządzeń medycznych, jak również do obiektów DWOMP.

.....  
**Data i czytelny podpis IOD**

.....  
**Data i czytelny podpis Upoważnionego**

RACHUNEK DO UMOWY-ZLECENIA za m-c .....

ZLECENIOBIORCA:.....

dla Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy, ul. Oławska 14, 50-123 Wrocław, zgodnie z § 1

umowy nr ..... z dnia .....

należna **kwota całkowita:** .....

słownie: .....

podpis Przyjmującego Zamówienie: .....

**ROZLICZENIE**

|                                       |                                                                                                                    |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Kwota całkowita -----              | Pracę wykonano i przyjęto<br>-----<br>data      podpis                                                             |
| 2. Koszty uzyskania -----             | Sprawdzono pod względem merytorycznym<br>-----<br>data      podpis<br>Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym |
| 3. Kwota do opodatkowania (1-2) ----- | -----<br>data      podpis<br>Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym                                          |
| 4. Podatek dochodowy -----            | -----<br>data      podpis                                                                                          |
| 5. Składka ZUS -----                  | Akceptuję do wypłaty kwotę :<br>zł----- gr-----<br>słownie:-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>data      podpis    |
| 6. Do wypłaty (1-4-5) -----           |                                                                                                                    |

Ja, niżej podpisany ....., oświadczam, że informacje złożone w dniu zawarcia umowy w oświadczeniu Przyjmującego Zamówienie o posiadanych tytułach do ubezpieczenia, w okresie rozliczeniowym, tj. miesiącu ..... roku ....., nie uległy zmianie.

Data, podpis Przyjmującego Zamówienie .....

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 Udzielającego Zamówienie w terminie 5 dni od daty ich zaistnienia.

Data, podpis Przyjmującego Zamówienie  
 .....

**Oświadczenie dla celów ubezpieczeniowych i podatkowych**

(sposób wypełnienia: **ręcznie** – wypełniamy DRUKOWANYMI literami, czytelnie,  
**elektronicznie** – nie zapominamy o odręcznym podpisie)

**1. Dane osobowe**

Nazwisko .....

Imiona 1 .....

2 .....

Data i miejsce urodzenia .....

Obywatelstwo .....

Nr karty stałego pobytu/nr paszportu (dla obcokrajowców): .....

Identyfikator podatkowy (PESEL lub NIP - wskazać właściwy):

\_\_\_\_\_

(Nr PESEL)

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(NIP)

Nr telefonu: .....

Adres e-mail: .....

**2. Miejsce zamieszkania\*\***

Województwo ..... Powiat .....

Gmina/Dzielnica .....

Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania .....

Kod pocztowy \_\_\_\_ - \_\_\_\_ , Poczta .....

Miejscowość .....

Urząd Skarbowy w ..... ul. .... Nr ....

**Adres do korespondencji (gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania):**

Województwo ..... Powiat .....

Gmina/Dzielnica .....

Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania .....

Kod pocztowy \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Miejscowość .....

**3. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego**

**3.1** Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu (jeśli DOTYCZY właściwe  
zakreślić znakiem X) :

☐ stosunku pracy☐ członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych☐ Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego☐ stosunku służby w WP, Policji, UOP, SG, PSW, SW, SC☐ wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceńodawcy☐ prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko☐ wykonywania pracy nakładczej☐ urlopu macierzyńskiego☐ urlopu wychowawczego

Oświadczam, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne emerytalne i rentowe z określonego  
przez mnie tytułu w przeliczeniu na okres miesiąca jest od kwoty wynagrodzenia minimalnego\*:

☐ niższa☐ równa☐ wyższa

**3.2** Oświadczam, iż jestem studentem/ucznem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem 26 lat \*

Podać nr leg. studenckiej i nazwę uczelni. ....

**3.3.** Oświadczam, iż nie jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z żadnego tytułu\*.

.....

emerytem      ☐ tak ☐ nie

rencista      ☐ tak ☐ nie

Jeżeli wpisano TAK podać nr renty/emerytury\*, Oddział ZUS – u .....

3.5 Oświadczam, iż posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności\*.

☐tak ☐nie

Jeśli wpisano TAK, określić orzeczony stopień niepełnosprawności. ....

#### 4. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia. ....

## 5. Oświadczenie dla powiatowego urzędu pracy

Oświadczam, iż POZOSTAJĘ/NIE POZOSTAJĘ\* w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w .....

6. Oświadczenie dla celów dobrowolnego ubezpieczenia społecznego/chorobowego WNOSZĘ/NIE WNOSZĘ\* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem:

☐ emerytalnym i rentowym

☐ chorobowym

7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie wynagrodzenia z tytułu zawartej umowy zlecenia na niżej podane konto bankowe:

nazwa banku.....

[illegible]

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 niezwłocznego poinformowania Udzielającego Zamówienie o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Udzielającego Zamówienie do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

(data i czytelny podpis Przyjmującego Zamówienie)

Pracownikiem..... który potwierdza wykonanie czynności w ramach zawartej

umowy zlecenia jest\*\*\* .....

(imię i nazwisko pracownika, stanowisko, jednostka organizacyjna, nr telefonu)

Objaśnienia:

\*<sup>1</sup>) zaznaczone/ zaznaczone właściwie

**\*\*)** wpisuje się miejsce stałego lub czasowego - nie krótszego niż dwa miesiące - zamieszkania

\*\*\*) osoba potwierdzająca wykonanie czynności w ramach zawartej umowy zlecenia nie zawsze jest tożsama z osobą, która zawiera umowę zlecenia w imieniu .....