

**U M O W A ZLECENIE**  
**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**W ZAKRESIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

NR 42.....2024/K

zawarta w dniu ..... roku we Wrocławiu 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) 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 Zmówienie, który został wybrany w wyniku udzielenia zamówienia w trybie konkursu ofert nr..... 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**  
**PRZEDMIOT UMOWY**

1. **Udzielający Zamówienie zleca a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje zamówienie na udzielenie świadczeń zdrowotnych w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej na rzecz pacjentów Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy wraz ze sporządzeniem dokumentacji medycznej i statystycznej.**
2. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących w szczególności:

- 1) poradę lekarską ambulatoryjną (w tym również świadczenia w zakresie budżetu diagnostycznego i koordynowanego),
  - 2) wizytę domową (dotyczy: lekarzy pediatrów, lekarzy POZ zgodnie z definicją art. 6 ustawy o POZ),
  - 3) wizytę domową patronażową (dotyczy: lekarzy pediatrów, lekarzy POZ zgodnie z definicją art. 6 ustawy o POZ),
  - 4) ambulatoryjną poradę lekarską w ramach programów profilaktycznych (dotyczy: lekarzy pediatrów, lekarzy POZ zgodnie z definicją art. 6 ustawy o POZ).
- 3. Miejszem udzielania świadczeń zdrowotnych jest Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Oddział- Centrum Medyczne Joannitów przy ul. Joannitów 10-12.**

## § 2

### ORGANIZACJA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

1. Udzielanie świadczeń, o których mowa w §1 następować będzie wg miesięcznego harmonogramu ustalonego z Kierownikiem POZ (wzór harmonogramu stanowi załącznik numer 2 do niniejszej umowy).
2. Osobą wyznaczoną ze strony Udzielającego Zamówienia do kontaktów i przekazywania uwag wynikających z realizacji niniejszej Umowy jest Kierownik POZ, który zarówno koordynuje jak i nadzoruje realizację udzielanych świadczeń przez Przyjmującego Zamówienie.
3. 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.
4. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia Udzielającego Zamówienie o utracie uprawnień do realizacji przedmiotu Umowy.
5. Do kontaktu pomiędzy stronami, Strony udostępniają swoje adresy elektroniczne:
  - 1) Udzielający Zamówienia.....
  - 2) Przyjmujący Zamówienie.....

## §3

### PRAWA I OBOWIĄZKI PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

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 zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu Umowy zgodnie z harmonogramem udzielania świadczeń stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej Umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia umożliwiające prawidłowe wykonywanie przedmiotu Umowy.
4. Przyjmujący Zamówienie w celu poświadczenia posiadanych kwalifikacji złożył Udzielającemu Zamówienie potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje, które stanowią załącznik nr 3 do niniejszej Umowy.
5. 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.
6. W celu skorzystania z nieodpłatnej przerwy trwającej dłużej niż 14 dni w wykonywaniu przedmiotu Umowy, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany złożyć Udzielającemu Zamówienie pisemny

wniosek, nie później niż 35 dni przed planowanym rozpoczęciem przerwy, celem uzyskania pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia. Zapisy te nie dotyczą spraw losowych oraz siły wyższej. Wypełniony wniosek stanowiący wzór (załącznik nr 4) należy złożyć Kierownikowi POZ.

7. Przyjmujący zamówienie będący lekarzem POZ oświadcza, że obejmuje/ nie obejmuje\*(niewłaściwe skreślić) świadczeniobiorców opieką na podstawie deklaracji wyboru, o której mowa w ustawie o POZ, u innego świadczeniodawcy realizującego umowę POZ.
8. 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.
9. W ramach realizacji niniejszej Umowy, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się w szczególności do:
  - 1) Przestrzegania praw pacjentów określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. 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;
10. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Udzielającego Zamówienia o uszkodzeniach i niesprawnym działaniu aparatury i sprzętu, o którym mowa powyżej.
11. Przyjmujący Zamówienia przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienia, w szczególności co 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 w §10 niniejszej umowy.
12. Przyjmujący Zamówienia zgadza się do poddania się kontroli realizacji niniejszej Umowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia w okresie objętym umową Udzielającego Zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
13. Przyjmujący Zamówienia zobowiązany jest do znajomości i przestrzegania regulacji NFZ, dotyczących udzielania Świadczeń Zdrowotnych w realizowanym przez niego zakresie, w tym w szczególności zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Niniejsze zobowiązanie dotyczy

wyłącznie Świadczeń Zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

14. 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, w tym zlecenie badań dodatkowych spoza zakresu kompetencji lekarza POZ lub skierowania pacjenta na badania dodatkowe do podmiotu z którym Udzielający Zamówienia nie ma zawartej umowy podwykonawczej
  - 2) nieprawidłowego wystawiania recept podlegających refundacji przez NFZ,
  - 3) przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,
  - 4) nieprowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy i niekompletny,
  - 5) braku realizacji zaleceń pokontrolnych.
15. 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.
16. Przyjmujący zamówienie ponosi solidarną odpowiedzialność z Udzielającym Zamówienia za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
17. Szacowany czas wykonywania poszczególnych usług określony jest SWKO, który stanowi załącznik nr 11 do niniejszej umowy.
18. Przyjmujący zamówienie, w przypadku, gdy w związku z realizacją niniejszej umowy będzie miał kontakt z nieletnimi, zobowiązuje się do dostarczenia, najpóźniej dniu podpisania umowy, oświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego oraz oświadczenia, że nie figuruje w Rejestrze Sprawców Przepięstw na tle Seksualnym.

#### § 4

#### **PRAWA I OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

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.

#### § 5

#### **WYNAGRODZENIE**

1. Za wykonanie przedmiotu Umowy określonego w §1 umowy Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie w wysokości: ..... zł za jedną godzinę udzielania świadczeń (słownie:..... ..... zł ...../100)./
2. Kwota wskazanego wynagrodzenia w § 5 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 do przedłożenia Oświadczenie dla celów ubezpieczeniowych i podatkowych stanowiącego Załącznik numer 9 do niniejszej Umowy
4. Brak złożenia oświadczenia, o którym mowa w § 5 ust 3 będzie skutkowało obciążeniem Przyjmującego Zamówienie maksymalnymi kosztami, o których mowa w § 5 ust 2.
5. Rozliczenie z Przyjmującym Zamówienie następuje w okresach miesięcznych, na podstawie zatwierdzonej ewidencji czasu pracy przez Kierownika POZ, stanowiący załącznik nr 12 do niniejszej umowy
6. Wynagrodzenie będzie naliczane na koniec miesiąca i płatne do 10 dnia następnego miesiąca w oparciu o rachunek (wzór stanowi załącznik nr 8 do Umowy), złożony do 5 dnia następnego miesiąca, zatwierdzony merytorycznie przez upoważnionego pracownika Udzielającego Zamówienia.
7. Jeżeli rachunek zostanie złożony po terminie, o którym mowa powyżej, wynagrodzenie będzie płatne w następnym miesiącu.
8. Za datę spełnienia świadczenia pieniężnego uznaje się dzień, w którym nastąpiło obciążenie rachunku bankowego Udzielającego Zamówienia.

## **§ 6**

### **EWIDENCJA CZASU WYKONYWANIA PRZEDMIOTU UMOWY**

1. Potwierdzeniem czasu wykonywania czynności określonych w §1 Umowy będzie ewidencja liczby godzin wykonywania umowy na świadczenie usług zdrowotnych, której wzór stanowi załącznik nr 12.
2. Ewidencja wymieniona w ust. 1, obejmuje okres miesiąca kalendarzowego. Wskazywana jest w niej ilość godzin i minut przepracowanych każdego dnia przez Przyjmującego Zamówienie. Ww. ewidencja jest dostarczana Udzielającemu zamówienia przez Przyjmującego Zamówienie wraz z rachunkiem.
3. Dane zawarte w ww. ewidencji akceptowane są przez Kierownika POZ i podlegają kontroli. W razie wątpliwości odnoszących się do informacji w niej wykazanych, Kierownik POZ niezwłocznie skontaktuje się z Przyjmującym Zamówienie w celu ich wyjaśnienia.

## **§ 7**

### **ROZWIĄZANIE ZAWARTEJ UMOWY**

1. Każda ze Stron może niniejszą Umowę rozwiązać za miesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.
2. Umowa może być rozwiązana za zgodą obu stron w każdym czasie na zasadzie porozumienia Stron.
3. 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 § 10 Umowy;
  - 3) przerwę w realizacji ciągłości świadczeń zdrowotnych bez uprzedniej zgody Udzielającego Zamówienia, uniemożliwiająca 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.
8. Udzielający Zamówienia może rozwiązać Umowę bez wypowiedzenia w przypadku nieotrzymania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

## § 8

### KARY UMOWNE

1. W przypadku rozwiązania Umowy przez Udzielającego Zamówienia na podstawie § 7 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. W przypadku skierowania pacjenta na badania u świadczeniodawcy spoza listy podwykonawców **Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Oddział - Centrum Medyczne Joannitów**, Przyjmujący Zamówienie zostanie obciążony kosztami wykonania przedmiotowych badań.
4. W przypadku zlecenia pacjentowi badań wykraczających **poza koszyk świadczeń gwarantowanych POZ** (w zakresie a jakim Udzielający Zamówienia ma zawartą umowę z NFZ) Przyjmujący Zamówienie zostanie obciążony kosztami wykonania przedmiotowych badań.
5. 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.
6. W przypadku gdy szkoda poniesiona przez Udzielającego Zamówienia przekracza wysokość kar umownych przewidzianych niniejszą umową, Udzielający Zamówienia może dochodzić odszkodowania na zasadach ogólnych.
7. Zapłata kar umownych nie wyłącza możliwości dochodzenia odszkodowania przewyższającego zapłacone kary umowne.
8. 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.
9. Brak szkody nie wyłącza odpowiedzialności z tytułu kar umownych.

## § 9 ŚRODKI OCHRONY OSOBISTEJ

Udzielający Zamówienia nie zapewnia Przyjmującemu Zamówienie odzieży roboczej i obuwia, które są wymagane ze względu na szczególny rodzaj czynności wykonywanych na podstawie niniejszej Umowy.

## § 10 UBEZPIECZENIE

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do ubezpieczenia się 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 jest zobowiązany okazać Udzielającemu Zamówienia oryginał i przedłożyć kserokopię polisy ubezpieczeniowej w dacie podpisania niniejszej Umowy.
3. W okresie obowiązywania niniejszej Umowy Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek zabezpieczyć ciągłość i ważność polisy od odpowiedzialności cywilnej pod rygorem rozwiązania przez Udzielającego Zamówienia Umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia.
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.

## § 11 POUFNOŚĆ I OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy uzyskanych od Udzielającego Zamówienie 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 1996r. o zawodzie lekarza i ustawą z dnia 6 listopada 2008r. o prawach i rzeczniku praw pacjenta.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania ustawy z dnia 10 maja 2018r. o Ochronie danych osobowych 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 osobowych 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 Zamówienia.
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 Udzielającego 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 obowiązuje także po rozwiązaniu lub wygaśnięciu niniejszej Umowy.

## § 12 CZAS TRWANIA UMOWY

7. Umowa zostaje zawarta na okres **od dnia .....** **do dnia .....**

8. Zmiana Umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

### § 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Oferta Przyjmującego Zamówienie nr..... z dnia..... stanowi integralną część niniejszej Umowy.
2. Przyjmujący zamówienie nie może przenieść wierzytelności wynikającej z niniejszej Umowy na osobę trzecią bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie.
3. Przyjmujący zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikającej z niniejszej Umowy bez uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego zamówienia.
4. 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 7 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) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
  - 14) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji
  - 15) Kodeks Etyki Lekarskiej
5. 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.
6. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

.....  
Przyjmujący Zamówienie/

.....  
/ Udzielający Zamówienie/

#### **Załączniki:**



1. Załącznik numer 1 - Szczegółowy zakres obowiązków
2. Załącznik numer 2 - Harmonogram udzielania świadczeń (dotyczy wyłącznie godzin wykazanych do NFZ)
3. Załącznik numer 3 - Posiadane kwalifikacje
4. Załącznik numer 4- Przerwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych
5. Załącznik numer 5 - Obowiązek informacyjny
6. Załącznik numer 6 – Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych
7. Załącznik numer 7- Oświadczenie o poufności
8. Załącznik numer 8 – Wzór rachunku
9. Załącznik numer 9- Oświadczenie dla celów ubezpieczeniowych i podatkowych
10. Załącznik numer 10 – Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego – Rejestr Sprawców Przepęstw na tle Seksualnym
11. Załącznik numer 11 – SWKO – Szczególne Warunki Konkursu Ofert
12. Załącznik numer 12 - Ewidencja czasu pracy (ewidencja godzin)

## SZCZEGÓŁOWY ZAKRES OBOWIĄZKÓW

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

28. Wypisywanie zleceń do wydania świadczeniobiorcy wyrobów medycznych.

Załącznik nr 2

**Harmonogram  
udzielającego świadczeń  
w DWOMP- .....  
w komórkach organizacyjnych  
w okresie od dnia..... do dnia.....**

lek. med. ....  
specjalizacja.....

**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 .....

.....  
/ Przyjmujący Zamówienie/

.....  
/ Udzielający Zamówienie/

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Poradnia

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

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

\_\_\_\_\_  
Data i podpis Przyjmującego Zamówienie

Zgłoszenie przyjęto w dniu.....

\_\_\_\_\_  
Data i podpis Kierownika POZ

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody\*

\_\_\_\_\_  
Data i podpis Udzielającego Zamówienie

\* Niewłaściwe skreślić

### 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 udostępni 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

### Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych nr...../..... r.

Na podstawie art. 29 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 dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1), upoważniam:

Panią/ Pana:

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*stanowisko służbowe, rodzaj umowy*

do przetwarzania danych osobowych w zakresie zbioru danych osobowych:

#### w formie papierowej:

Lp.	Nazwa zbioru danych osobowych	Zakres przetwarzania*

#### w formie elektronicznej\*\*:

Lp.	Nazwa zbioru danych osobowych	Zakres przetwarzania*	Nazwa systemu informatycznego

\***BO**- Bez ograniczeń, **D**-Drukowanie, **K**- Kopiowanie, **U**- Usuwanie, **PP**- Przebywanie w pomieszczeniu, **P**- Przesyłanie, **T**- Tworzenie, **W**- Wgląd, **ZM**- Zmianie, **Z**- Zbieranie;

\*\* wypełnia się jedynie w przypadku, gdy dane przetwarzane są w systemie informatycznym;

#### Okres trwania upoważnienia: na czas obowiązywania umowy

.....  
Data i czytelny podpis Administratora

.....  
Data i czytelny podpis Upoważnionego

Załącznik nr 7

#### 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:

- 6) Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych.
- 7) 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.
- 8) Dokumentacją wewnętrzną opisującą zasady Bezpieczeństwa Ochrony Danych (m.in. Polityką 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 ----- data      podpis
2. Koszty uzyskania -----	Sprawdzono pod względem merytorycznym
3. Kwota do opodatkowania (1-2) -----	----- data      podpis
4. Podatek dochodowy -----	Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym
5. Składka ZUS -----	----- data      podpis
6. Do wypłaty (1-4-5) -----	Akceptuję do wypłaty kwotę : zł----- gr----- słownie:----- ----- ----- ----- data      podpis

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  
.....

**Załącznik nr 9**

str. 16



## 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 zleceniodawcy
- prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko
- wykonywania pracy nakładczej
- urlopu macierzyńskiego
- urlopu wychowawczego
- z innego tytułu (określić tytuł) .....

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

- niższa
- równa
- wyższa

**3.2** Oświadczam, iż jestem studentem/uczniem 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\*.

.....  
3.4 Oświadczam, iż jestem\*:

emerytem  tak  nie

rencistą  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.....

nr konta: 00 0000 0000 0000 0000 0000

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:

\*) zaznacz/ zaznacz właściwe

\*\*) 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 .....

Ewidencja godzin

Imię i nazwisko.....

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

Data, podpis Przyjmującego zamówienie.....