ITU>

U M O W A
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

NR 42.....2024/K

zawarta w dniu ..... roku 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 zamówienia"**

a

Panem/Panią ..... prowadzącą działalność gospodarczą pod nazwą ...., z siedzibą .....
adres: ul. .....
Posiadającym nr NIP .....; Regon .....

przedstawiającym n/w dokumenty:
a) Dyplom lekarza/specjalisty w dziedzinie 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 ogłoszonego w dniu..... 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
POSTANOWIENIA OGÓLNE

Ilekroć w niniejszej Umowie jest mowa o:
1) Udzielającym zamówienie - należy przez to rozumieć Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy (zwany dalej DWOMP),
2) Przyjmującym zamówienie - należy przez to rozumieć lekarza specjalistę lub innego lekarza spełniającego wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia świadczącego usługi na rzecz Udzielającego zamówienia
w Poradni.....

3) Poradni - należy przez to rozumieć Poradnię..... Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy..... w ramach której świadczona będzie usługa,
4) Dyrektorze - należy przez to rozumieć Dyrektora Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy.....
5) Kierowniku - należy przez to rozumieć Kierownika Rejestracji,
6) Harmonogram – zakres świadczeń i ilość godzin w poszczególnych dniach tygodnia dostępności Przyjmującego zamówienie.

§2
ZAKRES I MIEJSCE WYKONYWANIA UMOWY

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się na rzecz Udzielającego zamówienia do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ..... w Poradni..... Udzielającego zamówienia na rzecz jego pacjentów na zasadach i zgodnie z umowami oraz przepisami obowiązującymi Udzielającego zamówienia.
2. Szczegółowy zakres obowiązków określa Załącznik Nr 1 do niniejszej Umowy.
3. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy.....

§ 3
ORGANIZACJA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

1. Udzielanie świadczeń, o których mowa w §2 następować będzie wg miesięcznego harmonogramu ustalonego z Kierownikiem Rejestracji.
2. Osobą wyznaczoną ze strony Udzielającego Zamówienia do kontaktów i przekazywania uwag wynikających z realizacji niniejszej Umowy jest Kierownik Rejestracji. Osoba ta zarówno koordynuje jak i nadzoruje realizację udzielanych świadczeń przez Przyjmującego Zamówienie.
3. W przypadku wystąpienia przeciwwskazań zdrowotnych, Przyjmujący Zamówienie jest 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 adres elektroniczny:
   1) Udzielający zamówienia.....
   2) Przyjmujący zamówienie.....

§4
PRAWA I OBOWIĄZKI PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do osobistego wykonywania przedmiotu Umowy z najwyższą starannością przy wykorzystaniu wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych, zgodnie z obowiązującymi standardami, z zachowaniem obowiązków określonych w obowiązujących przepisach prawa, z zasadami etyki zawodowej oraz zawartych w niniejszej Umowie.
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 złoży 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 świadczenia usług na rzecz Udzielającego zamówienie.

6. W celu skorzystania z nieodpłatnej przerwy w wykonywaniu przedmiotu Umowy, Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany złożyć u Udzielającego zamówienie pisemny wniosek, nie później niż 14 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 u Kierownika Rejestracji.
7. W przypadku, gdy przerwa w świadczeniu usług jest spowodowana chorobą lub przyczynami losowymi, Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do niezwłocznego skutecznego zawiadomienia Udzielającego zamówienia.
8. 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 aktualnymi 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 i innych środków trwałych niezbędnych do realizacji przedmiotu Umowy;
9. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Udzielającego zamówienia o uszkodzeniach i niesprawnym działaniu aparatury i sprzętu medycznego, o którym mowa powyżej.
10. 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,
11. przedstawienia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej
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 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.
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,
    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.

§ 5

PRAWA I OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE

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
6. Nie rozpowszechniania jakichkolwiek informacji, które mogłyby naruszyć wizerunek lub dobre imię przyjmującego zamówienie.

§ 6

WYNAGRODZENIE

1. Za wykonanie przedmiotu Umowy określonego w §1 Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie brutto w wysokości: **..... % za 1 punkt rozliczeniowy NFZ** (słownie: ..... %)
2. Rozliczenie z Przyjmującym zamówienie następuje w okresach miesięcznych.
3. Rozliczenie nadwykonań ponad limit odbywa się na następujących zasadach:
   1) Limit jest ustalany raz na 12 miesięcy, a w przypadku zatrudnienia kolejnego specjalisty lub innego lekarza spełniającego wymagania NFZ do danej poradni limit ustalany na nowo dla całego personelu danej poradni, dzieląc limit poradni na ilość personelu wykonującego (wzór limitu stanowi Załącznik nr. 6)
   2) Przy obliczeniu wynagrodzenia po zapłacie nadwykonań przez NFZ:
      a) 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.
      b) Termin zapłaty świadczeń wykonanych ponad limit, może ulec przesunięciu, w zależności od tego w jakim terminie NFZ dokona zapłaty za nadwykonania.
4. Podstawą wystawienia rachunku jest wykaz wykonanych punktów rozliczeniowych w danym miesiącu przygotowany przez pracownika Działu Rozliczeń i Statystyki NFZ Udzielającego zamówienie. W wykazie mogą być uwzględnione jedynie świadczenia zaewidencjonowane w systemie KS-Somed lub KS-Medis. Udzielającego Zamówienia oraz poprawnie zweryfikowane przez NFZ. Wykaz przygotowywany jest do 10 każdego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, którego dotyczy po zafakturowaniu świadczeń przez NFZ.
5. W przypadku otrzymania korekt rozliczeniowych z Narodowego Funduszu Zdrowia, które nastąpiły z przyczyn leżących po stronie Udzielającego Zamówienie, wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie za świadczone w ramach niniejszej Umowy usługi zostanie pomniejszone o część wynagrodzenia zakwestionowaną przez NFZ.
6. Wykaz punktów zrealizowanych w danym miesiącu pracownik Działu Rozliczeń i Statystyki NFZ przekaże na wskazany adres e-mail Przyjmującego Zamówienie.
7. Potrącenie wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie nastąpi w następnym okresie rozliczeniowym po otrzymaniu korekt z NFZ.
8. Rachunek/FV za miesiąc, za który ma zostać wypłacona należność, Przyjmujący zamówienie składa Udzielającemu zamówienia w terminie do 15 dnia następnego miesiąca. Wypłata należności następuje w terminie 14 dni licząc od dnia poprawnie złożonego rachunku/FV przez Przyjmującego zamówienie na wskazany przez Niego rachunek bankowy.
9. Za datę spełnienia świadczenia pieniężnego uznaje się dzień, w którym nastąpiło obciążenie rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.

§ 7
ROZWIĄZANIE ZAWARTEJ UMOWY

1. Każda ze Stron może niniejszą Umowę wypowiedzieć za miesięcznym okresem wypowiedzenia przypadającym na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. 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 trwającą powyżej ..... dni, uniemożliwiającą wywiązanie się przez Przyjmującego zamówienie z terminowego i pełnego wykonania świadczonych usług;
   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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Udzielający zamówienia może rozwiązać Umowę bez wypowiedzenia w przypadku nieotrzymania 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.

§ 8
KARY UMOWNE

1. W przypadku rozwiązania umowy przez Udzielającego zamówienia na podstawie §7 ust.4 lub ust. 5 Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienie karę umowną w wysokości 5% wartości brutto niezrealizowanej części Umowy.
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% należności za ostatni okres rozliczeniowy. Stwierdzenia nienależytego wykonywania Umowy musi mieć formę pisemną.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie w przypadku, gdy szkoda przewyższa wysokość kary umownej, stronie uprawnionej przysługuje roszczenie o zapłatę odszkodowania uzupełniającego do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
4. Zapłata kar umownych nie wyłącza możliwości dochodzenia odszkodowania przewyższającego zapłacone kary umowne.
5. 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.

6. 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 ponosi względem osób trzecich solidarną odpowiedzialność z Udzielającym zamówienia za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i w tym celu 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.

§ 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 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 jakiejkolwiek 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

1. Umowa zostaje zawarta na okres **od .....2024 r. do 30.04.2027 r.**
2. Zmiana Umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 13
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Oferta Przyjmującego zamówienie 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 zmówienia.
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) Ustawa z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych,
   7) 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,
   8) Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. ro ku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
   9) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
   10) Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
   11) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej,
   12) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
   13) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji
   14) 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. Do kontaktu dla obu stron Przyjmujący Zamówienie wskazuje następujący adres e-mail .....
7. 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 - Limit wykonania punktów dla przyjmującego zamówienie
7. Załącznik numer 7 – Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych
8. Załącznik numer 8- Oświadczenie o poufności

Załącznik nr 1

SZCZEGÓŁOWY ZAKRES OBOWIĄZKÓW

1. Przeprowadzanie wywiadów z pacjentami.
2. Badanie pacjenta i stawianie diagnozy.
3. Dobranie dla pacjenta metod i technik leczniczych, diagnostycznych czy terapeutycznych mających na celu poprawę stanu zdrowia.
4. Zlecanie badań, zabiegów diagnostycznych i leczniczych w zakresie swoich kompetencji na zajmowanym stanowisku.
5. Bieżąca ocena stanu pacjenta, wyników badań i współpraca z pozostałym personelem jednostki w celu konsultacji stanu zdrowia pacjenta oraz dbałość o zwiększenie poczucia satysfakcji z udzielonej im opieki i leczenia.
6. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi zasadami w zakresie EDM.
7. Wystawianie recept, zwolnień lekarskich, skierowań i orzeczeń lekarskich zgodnie z obowiązującymi przepisami i w zakresie swoich kompetencji na zajmowanym stanowisku.
8. Gromadzenie informacji o postępach leczenia lub stosowanej terapii.

Załącznik nr 2

Harmonogram
udzielającego świadczeń
w DWOMP- .....
w komórkach organizacyjnych
w okresie od .....2024 r. do 30.04.2027r.

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 ..... .2024r

.....
/ Przyjmujący zamówienie/

.....
/ Udzielający zamówienie/

Załącznik nr 4

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 Przyjmującego zamówienie

Zgłoszenie przyjęto w dniu.....

Załącznik nr 5

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;
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.

Załącznik nr 6

Nazwa Poradni .....
Imię i nazwisko personelu wykonującego .....

DWOMP – Oddział Centrum Medyczne Joannitów w związku z zawartą z DOW NFZ umową dotyczącą świadczeń w zakresie ..... ustala indywidualny limit miesięczny na realizację poszczególnych zakresów w poradni

zakres	Limit 12 miesięcy w pkt	Limit miesięczny w pkt
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE.....		
ŚWIADCZENIA W- ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE		

Przyjmuję do wiadomości, że nadwykonane świadczenia w w/w zakresie będą wypłacane zgodnie z zawartą umową na wykonywanie świadczeń.

Ponadto informujemy, że na podstawie bieżącej analizy realizowanych świadczeń Dyrektor DWOMP w trakcie trwania umowy może wprowadzić zmiany w limitach dla poszczególnych zakresów.

Załącznik nr 7

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	Grupa uprawnień	Identyfikator

***BO**- Bez ograniczeń, **D**-Drukowanie, **K**- Kopiowanie, **U**- Usuwanie, **PP**- Przebywanie w pomieszczeniu, **P**- Przesyłanie, **T**- Tworzenie, **W**- Wgląd, **ZM**- Zmienianie, **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 8

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 (Dz. U. 2018r. poz.1000).
2. Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679w 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. 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