Umowa Nr 42. .2024

zawarta we Wrocławiu w dniu ..... 2024 roku pomiędzy:

Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy
ul. Oławska 14, 50-123 Wrocławiu
NIP 8971588388; REGON 000294846; KRS 00000433818
reprezentowanym przez:
Dyrektora – dr n. med. Jarosława Tomczyka
zwanym w dalszej części umowy **Zamawiający**

a

(osoba fizyczna)

Panią/Panem .....zam. .....posiadającym numer Pesel .....

(zapis przy kontrakcie)
prowadzącym działalność gospodarczą pod nazwą ....., z siedzibą .....
posiadającym nr NIP.....Regon.....

przedstawiającym n/w dokumenty:

- Dyplom ukończenia szkoły .....wydany przez..... .

reprezentowaną przez: .....
zwaną w dalszej części umowy **Wykonawca**

§1

Przedmiotem niniejszej umowy jest świadczenie zdrowotne polegające na wykonywaniu badań i kunsultacji specjalistycznych z zakresu okulistyki na rzecz i w siedzibie Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy we Wrocławiu, ul. Oławska 14,50-123 Wrocław w następujących terminach:

- poniedziałek: od ...:00 do ...:00,
- - wtorek: od ...:00 do ...:00,
- - środa: od ...:00 do ...:00,
- - czwartek: od ...:00 do ...:00,
- - piątek: od ...:00 do ...:00,

§2

Podstawę wykonania badania przez Wykonawcę będzie stanowić pisemne skierowanie na badania wystawione przez Dyrektora Zamawiającego albo osobę przez niego upoważnioną.

§3

1. Za wykonane badania/konsultacje Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty Wykonawcy wynagrodzenia ustalonego w wysokości ..... **zł** (słownie: ..... zł 00/100) brutto za 1 godzinę.
2. Rozliczenie za wykonane badania/konsultacje dokonywane będzie w okresach miesięcznych na podstawie wystawionych faktur z załączonym szczegółowym wykazem przeprowadzanych usług.
3. Podstawę do wystawienia faktury stanowić będzie uznane przez Zamawiającego zestawienie wykonanych usług na rzecz Zamawiającego zaakceptowanych uprzednio przez Zamawiającego.
4. Rachunek za miesiąc, za który ma zostać wypłacona należność, Wykonawca składa Zamawiającemu w terminie do drugiego dnia następnego miesiąca. Wypłata należności następuje w terminie 14 dni licząc od dnia poprawnie złożonego rachunku przez Wykonawcę na wskazany przez niego rachunek bankowy.

4. Wynagrodzenie będzie naliczane na koniec miesiąca i płatne do 10 dnia następnego miesiąca w oparciu o rachunek (wzór stanowi załącznik do umowy) złożony do 5 dnia następnego miesiąca, zatwierdzony przez upoważnionego pracownika Zamawiającego. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku Zamawiającego[1].
5. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty rachunków/faktur na konto Wykonawcy nr: .....

§4

1. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za prawidłowe wykonanie przedmiotu umowy.
2. Wykonawca zobowiązuje się w terminie do końca każdego miesiąca przekazywać Zamawiającemu informacje o realizacji przyjętego zlecenia.
3. Wykonawca zobowiązuje się do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.

§5

1. Wykonawca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy uzyskanych od Zamawiającego w czasie wykonywania umowy informacji podlegających ochronie, a w szczególności danych osobistych, jednostek chorobowych pacjentów oraz wyników badań.
2. Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tj. z dnia 30.08.2019r. Dz.U. 2019 poz. 1781), 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. W przypadku naruszenia obowiązku określonego w ust. 1 i ust. 2 Zamawiający może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia, a także dochodzić roszczeń na zasadach określonych w przepisach kodeksu cywilnego.

§6

1. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za nienależyte i nieterminowe wykonywanie obowiązków związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za całkowite albo częściowe niewykonanie badań, jeżeli nie było to zawinione przez Wykonawcę, a także gdy przeszkodą jest działanie siły wyższej.
3. Wykonawca oświadcza, że wyraża gotowość do poddania się kontroli przeprowadzanej za pośrednictwem osób i jednostek organizacyjnych.
4. Wykonawca oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpwoeidzialności cywilnej obejmujące swoim zakresem badania wykonywane na poodstawie niniejszej umowy.

§7

Wykonawca nie może wykonywać przedmiotu niniejszej umowy przez osoby trzecie.

§8

1. Umowa zostaje zawarta na okres od 1.05.2024r. do 30.04.2027r.
2. Umowa ulega rozwiązaniu:
   a) przez oświadczenie jednej ze stron z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca,
   b) z upływem czasu na który została zawarta,
   c) z dniem zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy.

§9

Zmiana postanowień umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§10

Sprawy sporne rozstrzygać będzie sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.

---

1 Zapis opcjonalny dla umów z osobami fizycznymi nie prowadzącymi działalności gospodarczej (dla zlecenia).

§11

W sprawach nieuregulowanych postanowieniami niniejszej umowy będą miały zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.

§12

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

Wykonawca **Zamawiający**

Załączniki:

1. Przerwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych
2. Wzór rachunku
3. Klauzula informacyjna.

DOLNY ŚLĄSK Dolnośląski WOMP od 1962

Załącznik nr 1

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 Wykonawcy

Zgłoszenie przyjęto w dniu.....

Załącznik nr 2

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

Wykonawca:.....

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

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

należna kwota brutto: .....

słownie: .....

podpis Wykonawcy: .....

ROZLICZENIE

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

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

Data, podpis Wykonawcy .....

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 Zamawiającego w terminie 5 dni od daty ich zaistnienia.

Data, podpis Wykonawcy .....