Załącznik nr 1 do SWKO na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez specjalistów w SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim

UMOWA Z DNIA ………………. r.

O WYKONANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH POMIĘDZY :

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim**

**Ul. M. Skłodowskiej – Curie 1**

**NIP: 732-18-60-164, REGON: 472315086, KRS:0000016940**

reprezentowanym przez :

Dyrektora Zakładu – Małgorzatę Wieczorek

zwanym dalej „Udzielającym Zamówienie”

a

# ………………………………………………………….

**……………………………………………………………..**

zwaną dalej „Przyjmującym Zamówienie”

**§ 1**

1. Udzielający Zamówienia zamawia u Przyjmującego Zamówienie udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych z zakresu ……………, zwanych dalej świadczeniami zdrowotnymi, dla osób będących świadczeniobiorcami w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że spełnia wymogi pozwalające mu na udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszego zamówienia.
3. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej do wykonania nie jest z góry określona i limituje ją jedynie czas trwania niniejszej umowy

(oraz kontrakt zawarty przez Udzielającego Zamówienie z ŁOW NFZ.\*)

1. Świadczenia, o których mowa w § 1 realizowane będą wg potrzeb Udzielającego Zamówienie, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu w dni robocze. Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych podany zostanie do wiadomości pacjentów i NFZ. Zmiana harmonogramu dopuszczalna jest za zgodą Udzielającego Zamówienia.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się, że w dniach i godzinach realizacji świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ wskazanych w ustalonym harmonogramie nie będzie udzielał usług u innego świadczeniodawcy, ani prowadził działalności konkurencyjnej w innym podmiocie.
3. Czynności objęte niniejszą umową Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wykonywać zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i standardami postępowania obowiązującymi w zakresie stanowiącym przedmiot umowy, oraz z zasadami etyki zawodowej i z należytą starannością w siedzibie SP ZOZ przy użyciu sprzętu i aparatury Udzielającego Zamówienie, zobowiązując się jednocześnie do przestrzegania regulaminów SP ZOZ i innych obowiązujących wewnętrznych regulacji.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz jego pacjentów, powziętych w związku z wykonywaniem niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę w rozumieniu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o ochronie danych osobowych.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli realizacji umowy przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienie, NFZ i inne uprawnione organy oraz udostępnienia wszelkich danych i informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli.

**§ 2**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej zgodnie z przepisami obowiązującymi w podmiotach leczniczych oraz obowiązującymi regulaminami u Udzielającego Zamówienie, z zakresu udzielanych świadczeń.
2. Prowadzenie dokumentacji medycznej musi być dokonywane w sposób czytelny.
3. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone Udzielającemu Zamówienie i osobom trzecim, nierzetelnym, niedbałym lub niestarannym prowadzeniem dokumentacji.
4. Udostępnianie dokumentacji medycznej przez Przyjmującego Zamówienie osobom trzecim odbywa się zgodnie z przepisami ustawy o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w trybie ustalonym przez Udzielającego Zamówienie.
5. Przyjmującym Zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia rejestracji i ewidencji udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi u Udzielającego Zamówienie ustaleniami w tym zakresie.

**§ 3**

1. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienie w szczególności co do sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzonej dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej.
2. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddawania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych organów i osób, na warunkach określonych obowiązującymi przepisami prawa.

**§ 4**

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za udzielane przez siebie świadczenia zdrowotne i obowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia o odpowiedzialności cywilnej w tym zakresie.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy oraz przedkładania każdorazowo kopii aktualnej polisy ubezpieczenia, w terminie nie dłuższym niż 3 dni od daty zakończenia okresu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.

**§ 5**

Strony zgodnie oświadczają że, realizacja postanowień niniejszej Umowy przez Przyjmującego Zamówienie nie jest świadczeniem pracy w ramach stosunku pracy.

**§ 6**

1. Strony ponoszą solidarnie odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną na osobie trzeciej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
2. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za szkody wyrządzone Udzielającemu Zamówienie na zasadach określonych w przepisach kodeksu cywilnego.

**§ 7**

1. Udzielający Zamówienie zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu Zamówienie nieodpłatne używanie pomieszczeń, wszelkich urządzeń medycznych i niemedycznych (aparatury, sprzętu, wyposażenia pomieszczeń), będących własnością Udzielającego Zamówienie niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy oraz leków, materiałów opatrunkowych i drobnego sprzętu medycznego, a także odzieży ochronnej.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się używać rzeczy, o których mowa w pkt. 1 w sposób odpowiadający ich właściwościom i przeznaczeniu, w sposób celowy, oszczędny, racjonalny, ekonomicznie zasadny i nie przekraczający granic koniecznej potrzeby.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do należytej dbałości o użytkowane wyposażenie, sprzęt, aparaturę medyczną, artykuły sanitarne i leki, zapewnione przez Udzielającego Zamówienie w celu prawidłowej realizacji przedmiotu umowy.
4. Bez zgody Udzielającego Zamówienie, Przyjmujący Zamówienie nie może dawać do używania rzeczy użyczonej osobie trzeciej.

**§ 8**

1. Na czas wykonania niniejszej umowy osoby wykonujące świadczenia zdrowotne w imieniu Przyjmującego Zamówienia oświadczają, że posiadają aktualne badania lekarskie i sanitarne.
2. Udzielający Zamówienie ponosi odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w SP ZOZ oraz obowiązany jest do organizowania pracy w sposób zapewniający bezpieczne i higieniczne warunki pracy.
3. Przyjmujący Zamówienie świadcząc usługi medyczne i przebywając na terenie Udzielającego Zamówienie obowiązany jest do przestrzegania obowiązujących w SP ZOZ zasad sanitarno-epidemiologicznych, przepisów BHP i ppoż. oraz regulaminów wewnętrznych, zarządzeń, instrukcji i innych przepisów porządkowych wydanych przez Udzielającego Zamówienie.

**§ 9**

Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia **01.01.2015 r. do dnia 31.12.2017 r.**

**§ 10**

1. Przyjmujący Zamówienie za wykonywanie świadczeń wymienionych **w § 1, pkt.1** otrzymywać będzie wynagrodzenie w wysokości ……………….. do wysokości zapłaconego limitu Udzielającemu Zamówienie przez ŁOW NFZ.

W przypadku świadczeń specjalistycznych obejmujących badania diagnostyczne pokrywane ze środków SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim oraz badania profilaktyczne wizytę lekarską wycenia się na poziomie …………………

1. Okresem rozliczeniowym umowy jest okres jednego miesiąca kalendarzowego.
2. Udzielający Zamówienia zobowiązany jest zapłacić umówione wynagrodzenie Przyjmującemu Zamówienie po upływie każdego okresu rozliczeniowego w terminie 14 dni od daty wpływu do SP ZOZ prawidłowo wystawionej faktury lub rachunku pod warunkiem posiadania w dokumentacji znajdującej się u Udzielającego Zamówienie aktualnej umowy zawarcia ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez Przyjmującego Zamówienie.
3. W przypadku niespełnienia warunku pkt 3, wypłata umówionego wynagrodzenia nastąpi w terminie 14 dni od dnia dostarczenia Udzielającemu Zamówienie aktualnej umowy zawarcia ubezpieczenia odpowiedzialności cyw ilnej przez Przyjmującego Zamówienie.

**§ 11**

1. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
2. Umowa może być wcześniej rozwiązana przez każdą ze stron za uprzednim miesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Udzielający Zamówienie może rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia

ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:

1. rażącego naruszenia przez Przyjmującego Zamówienie obowiązków wynikających z niniejszej umowy, w tym powtarzających się skarg pacjentów,
2. wszczęcia przeciwko Przyjmującego Zamówienie postępowania karnego lub postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej,
3. nie dotrzymania warunków niniejszej umowy,
4. nie udokumentowania przez Przyjmujący Zamówienie, w terminie 7 dni od daty zakończenia ważności polisy, kserokopii aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń, zgodnych z przedmiotem zamówienia.
5. Umowa ulega rozwiązaniu również w przypadku nie zawarcia z NFZ umowy na dany zakres świadczeń, jak również rozwiązania umowy z NFZ niezależnie od przyczyny jej rozwiązania, bądź wygaśnięcia.
6. W przypadku utraty przez Przyjmującego Zamówienie uprawnień do wykonywania

zawodu niniejsza umowa wygasa. O fakcie utraty uprawnień Przyjmujący

Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić Udzielającego Zamówienie.

**§ 12**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Inne umowy zawarte przez Przyjmującego Zamówienie nie mogą ograniczyć dostępności i jakości udzielanych na podstawie niniejszej umowy świadczeń zdrowotnych.
3. Spory wynikłe na tle niniejszej umowy rozpoznaje sąd właściwy według siedziby Udzielającego Zamówienia.
4. Zmiany do umowy dokonywane są w formie pisemnego aneksu , pod rygorem nieważności.
5. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE

……………………………………… …………………………………………..

\* nie dotyczy świadczeń z zakresu USG oraz badań cytologicznych i histopatologicznych