

## UMOWA

## o udzielanie świadczeń zdrowotnych

zawarta w Koszalinie w dniu ..... 2022 r. w Koszalinie

pomiędzy:

**Wojskową Specjalistyczną Przychodnią Lekarską Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Koszalinie, ul. Zwycięstwa 204 A 75-640 Koszalin** wpisanym do Rejestru podmiotów leczniczych prowadzonym przez Wojewodę Zachodniopomorskiego pod numerem **000000018545** oraz do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Koszalinie IX Wydział Gospodarczy pod numerem **0000002263**, NIP **669-21-29-930**, REGON **330927313**, zwaną w dalszej części umowy "**Udzielającym Zamówienia**" reprezentowaną przez:

1. .... – Dyrektora  
2. .... – Zastępcę dyrektora ds. leczenia

a

**Panią** ..... - zam. kod poczt ..... , ul. .... , ur. .... r. nr ewidencyjny PESEL ..... , NIP ..... ,  
Urząd Skarbowy właściwy według miejsca zamieszkania: .....

zwaną dalej „**Przyjmującym Zamówienie**”.

W oparciu o konkurs ofert przeprowadzony przez **Udzielającym Zamówienia** na świadczenia zdrowotne oraz protokół komisji konkursowej nr kanc.....z dnia .....  
Strony zawierają umowę następującej treści:

## § 1

1. Przedmiotem umowy jest świadczenie usług opieki zdrowotnej zakresie higienistki dentystycznej w poradni stomatologicznej polegających na:
- a) realizacji zadań higienistki dentystycznej;
  - b) wykonywanie, na zlecenie stomatologa, zabiegów higieniczno - profilaktycznych w jamie ustnej pacjenta (np. czyszczenie z osadów nazębnych),
  - c) pędzlowanie zębów roztworami fluorowymi i innymi, płukanie jamy ustnej za pomocą specjalnej aparatury,
  - d) asystowanie lekarzowi przy zabiegach,
  - e) organizowanie i nadzorowanie, na zlecenie lekarza stomatologa, akcji profilaktyki fluorowej próchnicy zębów,
  - f) uczestnictwo w badaniach profilaktycznych i epidemiologicznych, prowadzonych przez zespół stomatologiczny,
  - g) prowadzenie instruktaży, pogadanek i porad indywidualnych dla dzieci, młodzieży i rodziców w zakresie higieny jamy ustnej i właściwego sposobu odżywiania się,
  - h) uczestnictwo w działalności różnych towarzystw i instytucji na rzecz zdrowia zębów i jamy ustnej, bądź prowadzenie tej działalności,
  - i) kontaktowanie się z centralnymi ośrodkami wydającymi literaturę i druki propagujące stomatologiczną oświatę zdrowotną,
  - j) opieka nad gabinetem stomatologicznym.
  - k) nadzorowaniu sprawności technicznej powierzonej aparatury, narzędzi i sprzętu, niezbędnych do zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych,
  - l) wykonywaniu powierzonych zadań, zgodnie z posiadanymi kompetencjami i zasadami etyki.
  - m) udzielaniu pacjentowi przystępnej informacji o wykonywanych czynnościach higienicznych,
  - n) poszanowaniu podmiotowości i godności osobistej pacjenta podczas udzielania

- świadczeń,
- o) ochronie pacjenta przed niekompetentnym, nieetycznym i bezprawnym działaniem innych osób,
  - p) przestrzeganiem obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej zgodnie z kodeksem etyki zawodowej oraz obowiązującymi instrukcjami i przepisami prawa.
  - q) wdrażaniu i stosowaniu obowiązujących standardów i zapisów systemu zarządzania jakością.
  - r) prawidłowym prowadzeniu, gromadzeniu, przechowywaniu i udostępnianiu dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami prawa oraz wewnętrznymi zarządzeniami obowiązującymi w zakładzie.
  - s) zabezpieczeniu i właściwym przechowywaniu leków i środków dezynfekcyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami i aktualną wiedzą.
  - t) nadzorowaniu sprawności technicznej powierzonej aparatury, narzędzi i sprzętu, niezbędnej do udzielania i wykonywania zabiegów diagnostycznych oraz leczniczo – pielęgnacyjnych oraz udzielania pierwszej pomocy.
  - u) dbałości o gabinet i pomieszczenia przyległe pod względem technicznym, obowiązku zgłaszania awarii, uszkodzeń zgodnie z obowiązującymi wewnętrznymi zarządzeniami zakładu.
2. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązany jest do rzetelnego wykonywania świadczeń z wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny oraz z dołożeniem należytej staranności.
3. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązany jest do przestrzegania:
- a) aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
  - b) Regulaminu Organizacyjnego Przychodni,
  - c) innych dokumentów regulujących zasady funkcjonowania Przychodni,
  - d) przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
  - e) standardów udzielania świadczeń medycznych ustalonych przez **Udzielającego Zamówienia**.
  - f) standardów udzielania świadczeń medycznych ustalonych przez NFZ.

## § 2

1. Świadczenia zdrowotne określone w § 1 wykonywane będą w dniach i godzinach określonych w harmonogramie udzielania świadczeń, który stanowi Załącznik nr 2 do umowy.
2. Zmiany w uzgodnionym harmonogramie mogą być wprowadzone tylko za obopólną pisemną zgodą **Przyjmującego Zamówienia** i **Udzielającym Zamówienia**.
3. Potwierdzeniem czasu wykonywania czynności określonych w § 1 umowy będzie ewidencja liczby godzin wykonywania umowy zlecenia, której wzór stanowi Załącznik Nr 3 do umowy.
4. Dane zawarte w ww. ewidencji akceptowane są przez **Udzielającego Zamówienia** lub osobę przez niego upoważnioną i podlegają kontroli. W razie wątpliwości odnoszących się do informacji w niej wskazanych, Zleceniodawca niezwłocznie skontaktuje się ze **Przyjmującym Zamówienie** w celu ich wyjaśnienia.
5. Ewidencja wymieniona w ust. 1, obejmuje okres miesiąca kalendarzowego. Wskazywana jest w niej ilość godzin i minut przepracowanych każdego dnia przez **Przyjmującego Zamówienie**. W/w ewidencja jest dostarczana **Udzielającego Zamówienia** przez **Przyjmującego Zamówienie** łącznie z prawidłowo wystawionym rachunkiem za miesiąc, którego dotyczy.
6. Dane zawarte w ewidencji akceptowane są przez **Przyjmującego Zamówienie** lub osobę przez niego upoważnioną i podlegają kontroli. W razie wątpliwości odnoszących się do informacji w niej wskazanych, **Udzielający Zamówienia** niezwłocznie skontaktuje się ze **Przyjmującym Zamówienie** w celu ich wyjaśnienia.

## § 3

1. **Przyjmujący Zamówienie** wykonuje umowę osobiście. Powierzenie wykonania umowy osobie trzeciej wymaga zgody **Udzielającego Zamówienia**.
2. **Przyjmujący Zamówienie** oświadcza, że posiada wymagane kwalifikacje do wykonywania czynności objętych niniejszą na dowód czego przedkłada kopię prawa wykonywania zawodu. Dokumenty kwalifikacyjne stanowią Załącznik nr 1 do umowy.

#### § 4

1. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w pomieszczeniach oraz z wykorzystaniem jednostek sprzętowych (sprzęt, urządzenia, aparatura itp.) stanowiących własność lub będących w posiadaniu **Udzielającego Zamówienia**. **Udzielający Zamówienia** udostępnia pomieszczenia oraz sprzęt nieodpłatnie na czas trwania umowy.
2. Koszty zużytej przez **Przyjmującego Zamówienie** w gabinecie wody, energii elektrycznej, CO i sprzątania gabinetu obciążają **Udzielającego Zamówienia**.
3. Zleceniobiorca zobowiązany jest do dbania o składniki majątkowe materialne i niematerialne, stanowiące własność **Udzielającego Zamówienia**.
4. **Przyjmujący Zamówienie** w szczególności zaopatrywać się będzie we własnym zakresie w odzież ochronną.

#### § 5

1. **Przyjmujący Zamówienie** ponosi pełną odpowiedzialność cywilną za wszelkie szkody Zleceniodawcy i osób trzecich powstałe w związku z wykonywaniem przez niego umowy.
2. **Udzielający Zamówienia** nie ponosi jakiejkolwiek odpowiedzialności za szkody wyrządzone osobom trzecim przez Zleceniobiorcę w związku z wykonywaniem przez niego umowy.
3. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązany jest do:
  - a) ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej po zawarciu niniejszej umowy oraz przedłożenia uwierzytelnionej kopii polisy ubezpieczeniowej, która stanowi Załącznik nr 4 do niniejszej umowy,

#### § 6

Zleceniobiorca przyjmuje do wiadomości i zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przez Zleceniodawcy postanowień Decyzji Nr 145/MON z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie zasad postępowania w kontaktach z wykonawcami opublikowanej w Dzienniku Urzędowym Ministra Obrony Narodowej poz. 157, która stanowi Załącznik nr 4 do niniejszej umowy.

#### § 7

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do :
  - a) ochrony danych osobowych zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 tj. )
  - b) zachowania zasady poufności w stosunku do wszelkich informacji, w których posiadanie strony wejdą w związku z realizacją niniejszej umowy oraz zachowania tajemnicy i odpowiedniego zabezpieczenia wszelkich przekazanych dokumentów.  
Uzyskane informacje zawierające dane osobowe oraz otrzymane dokumenty mogą być wykorzystane wyłącznie w celach związanych z realizacją przedmiotu niniejszej umowy.
2. Szczegółowe zasady poufności do przekazanych informacji określa odrębna umowa powierzenia.

#### § 8

1. Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową **Udzielający Zamówienia** zapłaci miesięcznie **Przyjmującemu Zamówienie** zryczałtowane wynagrodzenie w wysokości ..... zł brutto (słownie dwa tysiące złotych 00/100 brutto ).

lub

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową **Udzielający Zamówienia** zapłaci **Przyjmującemu Zamówienie** wynagrodzenie w wysokości ..... zł ( słownie .....złote 00/100 brutto ) za jedną godzinę pracy. Wynagrodzenie za czynności, o których mowa w § 8 ust 1 płatne będzie miesięcznie po wykonaniu czynności objętych umową, nie mniej jednak niż 19,70 zł ( słownie: dziewiętnaście

- złotych 70/100) za każdą godzinę pracy.
2. Zmiana stawki, o której mowa w ust. 1 może nastąpić jedynie w trybie negocjacji na wniosek stron w sytuacji podwyższenia / obniżenia stawki w ramach umów zawartych z NFZ.
  3. Należność z tytułu wykonywania umowy wypłacana będzie miesięcznie, po wykonaniu przedmiotu umowy, przelewem na wskazane przez **Przyjmującemu Zamówienie** konto bankowe, w ciągu 14 dni licząc od daty przedłożenia dla **Udzielającego Zamówienie** prawidłowo wystawionego rachunku, lecz nie wcześniej niż zapłata. Za świadczenia zdrowotne za dany okres czasu ze strony NFZ. Rachunek **Przyjmujący Zamówienie** przedkłada w terminie po 8 dniu następnego miesiąca.
  4. Ustalone wynagrodzenie jest ostateczne i **Przyjmującemu Zamówienie** nie przysługuje żadne inne świadczenie z tytułu wykonywania umowy od **Udzielającego Zamówienie**.

#### § 9

1. **Przyjmującemu Zamówienie** zabrania się pobierać jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich rodzin z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, pod rygorem rozwiązania umowy.
2. **Przyjmującemu Zamówienie** nie wolno prowadzić żadnych działań, które można uznać za działania na szkodę **Udzielającego Zamówienia** w szczególności zabronione jest:
  - a) kierowanie pacjentów, którym udzielane jest świadczenie u **Udzielającego Zamówienia** do innych podmiotów prowadzących działalność konkurencyjną w stosunku do **Udzielającego Zamówienia**,
  - b) zlecanie wykonywania konsultacji, badań diagnostycznych na koszt **Udzielającego Zamówienia** osobom nieuprawnionym.

#### § 9

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony tj. od dnia ..... r. do dnia ..... r.
2. Wszelkie zmiany do niniejszej umowy dla swej ważności wymagają formy pisemnej w postaci aneksu do umowy.
3. Jeżeli w toku wykonywania umowy wystąpią okoliczności, których strony nie mogły przewidzieć przy jej zawieraniu, będzie to podstawą do wystąpienia stron o renegotjację warunków umowy lub skrócenia okresu jej obowiązywania w zakresie dopuszczającym w art. 27 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. W przypadku zmian zasad kontraktowania i warunków finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sposób odbiegający od obowiązujących w dniu podpisania umowy oraz rozwiązania i nie zawarcia nowego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia **Udzielający Zamówienia** może rozwiązać niniejszą umowę za 7 dniowym okresem wypowiedzenia.
5. Niemożność nieuzasadnionego osobistego wykonywania świadczeń medycznych objętych niniejszą umową przez **Przyjmującego Zamówienie** przez łączny okres w czasie trwania niniejszej umowy dłuższy niż 15 dni, stanowi podstawę dla **Udzielającego Zamówienia** do rozwiązania umowy za 7 dniowym okresem wypowiedzenia.
6. **Udzielający Zamówienia** może rozwiązać niniejszą umowę za 7-dniowym okresem wypowiedzenia lub bez zachowania jakiegokolwiek okresu wypowiedzenia w przypadku:
  - a) utraty przez **Przyjmujący Zamówienie** uprawnień do wykonywania zawodu,
  - b) popełnienia w czasie trwania umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych **Przyjmującego Zamówienie**, jeśli popełnienie przestępstwa zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym,
  - c) powtarzających się uzasadnionych skarg pacjentów, złożonych zgodnie z obowiązującymi procedurami obowiązującymi u **Udzielającego Zamówienia** gdy wynikają one z rażącego naruszenia niniejszej umowy oraz przepisów prawa,
  - d) nienależytego udzielania świadczeń przez **Przyjmującego Zamówienie** lub ograniczenia ich zakresu,
  - e) ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenie ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości,
  - f) prowadzenia dokumentacji medycznej sprawozdawczości statystycznej niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz zarządzeniami **Udzielającego Zamówienia**

7. **Przyjmujący Zamówienie** jest uprawniony do rozwiązania umowy za 7 – dniowym okresem wypowiedzenia w przypadku pozostawania przez **Udzielającego Zamówienia** w zwłoce z zapłatą wynagrodzenia dłuższą niż 60 dni. Wypowiedzenie umowy przez **Przyjmującego Zamówienie** dla swej skuteczności powinno być poprzedzone pisemnym wezwaniem o zapłatę zaległej należności, skierowanym do **Udzielającego Zamówienia**.
8. Umowa ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na który została zawarta lub z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń.

§ 10

1. **Przyjmujący Zamówienie** oświadcza, że przyjmuje pełną odpowiedzialność za jakość wykonania przedmiotu niniejszej umowy oraz zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i spełnieniu wymogów zawartych w szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ.
2. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązany jest do przedłożenia niezbędnych dokumentów, udzielania wyjaśnień w czasie kontroli i pomocy podczas kontroli, stosowania zaleceń pokontrolnych i niezwłocznego usunięcia wskazanych uchybień.
3. **Przyjmujący Zamówienie** oświadcza, że posiada aktualne badania okresowe, zaświadczenie o przeszkoleniu bhp oraz ppoż.

§ 11

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, przepisy wykonawcze wydane na jego podstawie oraz inne przepisy ogólne dotyczące przedmiotu zlecenia.

§ 12

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

Załączniki do umowy :

załącznik nr 1 - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje,  
załącznik nr 2 - harmonogram udzielania świadczeń,  
załącznik nr 3 - ewidencja liczby godzin wykonywania umowy zlecenia,  
załącznik nr 4 - kserokopia polisy ubezpieczeniowej,  
załącznik nr 5 - oświadczenie zleceniobiorcy  
załącznik nr 6 - decyzja nr 145/MON,

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

.....

.....