***Załącznik nr 3 do Materiałów Informacyjnych i Szczegółowych Warunków Konkursu***

**UMOWA NR ………………..**

zawarta w dniu ………………….. roku w Chorzowie pomiędzy:

**Szpital Specjalistyczny w Chorzowie**, przy ulicy Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów, wpisany do Rejestru Stowarzyszeń, innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000050560, NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395

reprezentowany przez:

Edyta Taracha-Szewczyk - p.o. Dyrektor, zwany dalej **Udzielającym Zamówienie,**

a

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

zwany dalej **Przyjmującym Zamówienie**

**§ 1.**

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom Udzielającego Zamówienie, zgodnie z przeprowadzonym postępowaniem konkursowym **nr PK 3/2025** obejmującym zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych **w ramach wykonywania badań z zakresu scyntygrafii, przez okres 24 miesięcy,** zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i bieżącym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienie oraz kopią Formularza Oferty stanowiącą Załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
2. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych obejmuje w szczególności:
	1. udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z posiadaną specjalizacją na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie, zgodnie z bieżącymi potrzebami Udzielającego Zamówienie.
	2. wykonywanie wszystkich niezbędnych badań i innych czynności zgodnie z procedurami obowiązującymi w reprezentowanej specjalizacji i zakresem udzielanych świadczeń medycznych
	u Udzielającego Zamówienie zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami Przyjmującego Zamówienie.
3. W ramach należytego wykonywania przedmiotu umowy Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany i uprawniony do współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Udzielającego Zamówienie
w zakresie realizacji przedmiotu umowy.
4. Czynności, o których mowa w ust. 1, będą wykonywane w siedzibie Przyjmującego Zamówienie w dniach
i godzinach określonych w Formularzu Oferty, stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszej umowy, przy użyciu sprzętu stanowiącego własność Przyjmującego Zamówienie, jak również przy użyciu jego wyrobów medycznych i produktów leczniczych.
5. Czynności, o których mowa w ust. 1, będą wykonywane na podstawie skierowania wystawionego przez Udzielającego Zamówienie, które powinno zawierać:
6. oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie wraz z adresem i telefonem,
7. datę wystawienia skierowania,
8. oznaczenie pacjenta w tym PESEL oraz imię i nazwisko,
9. rozpoznanie kliniczne,
10. oznaczenie osoby kierującej wraz numerem prawa wykonywania zawodu,
11. oznaczenie rodzaju podmiotu do którego kieruje się pacjenta.

**§ 2.**

**OBOWIĄZKI PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

1. Przyjmujący Zamówienie najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń
zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy zobowiązany jest zawrzeć umowę ubezpieczenia od
odpowiedzialności cywilnej i przedłożyć ją Udzielającemu Zamówienie. Przyjmujący Zamówienie
zobowiązany jest także zapewnić ciągłość posiadanego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej
w całym okresie obowiązywania niniejszej umowy oraz przedkładać dowody jej zawarcia Udzielającemu Zamówienie.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że zobowiązuje się do przestrzegania przepisów obowiązujących
w podmiotach leczniczych oraz przepisów Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie udzielanych
świadczeń zdrowotnych.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest wykonywać przedmiotowe świadczenia według
zapotrzebowania Udzielającego Zamówienie oraz zgodnie z wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia i zawartą umową Udzielającego Zamówienie z Narodowym Funduszem Zdrowia, a w przypadku zmian
dokonanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest do dostosowania się do tych zmian.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do współpracy z personelem udzielającym świadczeń
zdrowotnych u Udzielającego Zamówienie.
5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że pracownie diagnostyczne, w których będą wykonywane badania spełniają warunki określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania usługi z należytą starannością, wykorzystując wiedzę i umiejętności medyczne oraz postęp w tym zakresie.
7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:
8. sporządzania dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienie zgodnie
z obowiązującymi przepisami prawa oraz standardem dokumentacji obowiązującej u Udzielającego Zamówienie w tym dokumentacji elektronicznej,
9. przekazywania na żądanie Udzielającego Zamówienie informacji dotyczącej realizacji przyjętego
zamówienia,
10. realizacji przedmiotu umowy w sposób umożliwiający realizację potrzeb osób ze szczególnymi
potrzebami, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami,
11. przestrzegania wewnętrznych uregulowań Przyjmującego Zamówienie w zakresie wdrożonego
systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji,
12. przestrzegania przepisów w zakresie danych osobowych,
13. dbania o bezpieczeństwo powierzonych Przyjmującemu Zamówienie do przetwarzania,
archiwizowania lub przechowywania informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami
wewnętrznymi Udzielającego Zamówienie.
14. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w których
posiadanie wszedł w czasie obowiązywania niniejszej umowy, a których ujawnienie mogłoby narazić Udzielającego Zamówienie lub osoby trzecie na szkody. W momencie rozwiązania lub wygaśnięcia umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest zwrócić wszelkie posiadane przez siebie dokumenty
i materiały, związane z działalnością Udzielającego Zamówienie.
15. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do dbania o bezpieczeństwo informacji w zakresie zgodnym
z wykonywanym przedmiotem umowy.
16. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zarejestrowania umowy podwykonawstwa na rzecz Udzielającego Zamówienie w portalu potencjału – zgodnie z wytycznymi NFZ (jeśli dotyczy).

**§ 3.**

**ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

1. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek wykonywać przedmiot umowy terminowo, zgodnie ze
wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania,
rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należytą starannością.
2. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone Udzielającemu Zamówienie
i osobom trzecim nierzetelnym, niedbałym lub niestarannym prowadzeniem dokumentacji medycznej
i innej, do której prowadzenia zobowiązany jest Przyjmujący Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje do wiadomości, że wykorzystanie dokumentacji lub innych danych
pozyskanych w związku z realizacją przedmiotu umowy do celów innych niż bezpośrednio służące
realizacji niniejszej umowy, stanowi rażące naruszenie przez Przyjmującego Zamówienie obowiązków umownych i uprawnia do niezwłocznego rozwiązania umowy z winy Przyjmującego Zamówienie.

**§ 4.**

**OŚWIADCZENIA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że nie jest objęty zakazem o którym mowa w art. 132 ust. 3 ustawy
z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Przyjmujący Zamówienie, że osoby wskazane przez niego do wykonywania świadczeń oświadcza, że aby udzielać świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 niniejszej umowy posiadają odpowiednią wiedzę
i kwalifikacje zawodowe zgodnie z przepisami prawa i niezbędnymi wymogami w tym zakresie.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przystępowania do realizacji przedmiotu umowy w stanie psychofizycznym pozwalającym na właściwe i staranne wykonywanie.
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że nie ciąży na nim wyrok sądów powszechnych, ani zawodowych
sądów, który uniemożliwiłby mu wykonywanie niniejszej umowy, a także oświadcza, że niezwłocznie
poinformuje Udzielającego Zamówienie o wystąpieniu sytuacji, o których mowa w niniejszym punkcie.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do sporządzania dokumentacji medycznej oraz
sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących podmioty lecznicze.
6. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:
7. zobowiązuje się przestrzegać kodeksu etyki zawodowej i praw pacjenta,
8. zobowiązuje się postępować zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej i należytej staranności.

**§ 5 .**

**KONTROLA**

Przyjmujący Zamówienie podda się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy zawartej z NFZ.

**§ 6.**

**OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

1. Umowa została zawarta na czas określony od dnia …………………. r. do dnia …………………….r.
2. Każda ze stron może rozwiązać niniejszą umowę z zachowaniem 3 -miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Udzielający Zamówienie może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku gdy:
4. Przyjmujący Zamówienie będzie działał na szkodę Udzielającego Zamówienie, co podlega każdorazowo ocenie Udzielającego Zamówienie,
5. Przyjmujący Zamówienie nie będzie wykonywał obowiązków wynikających z umowy lub będzie je wykonywał w sposób nienależyty, pomimo pisemnego wezwania i wyznaczenia dodatkowego terminu nie krótszego niż 3 dni.
6. Jeżeli w odniesieniu do całości lub części przedmiotu umowy wygaśnie umowa łącząca Udzielającego Zamówienie z Narodowym Funduszem Zdrowia, niniejsza umowa również wygaśnie w odpowiedniej części, o czym Udzielający Zamówienie zobowiązuje się niezwłocznie pisemnie powiadomić Przyjmującego Zamówienie.
7. W przypadku rozwiązania lub ustania niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przekazania w terminie najpóźniej 7 dni od rozwiązania lub ustania umowy całości dokumentacji,
wraz z jej odpisami i kopiami oraz prowadzonej przez niego sprawozdawczości w formie papierowej i elektronicznej.

**§ 7.**

**WYNAGRODZENIE**

1. Udzielający Zamówienie za prawidłowe wykonywanie przedmiotu umowy zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Przyjmujący Zamówienie wynagrodzenie proporcjonalne do wykonania oraz obliczone zgodnie
z Formularzem Oferty stanowiącym Załącznik Nr 2 do niniejszej umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie składa Udzielającemu Zamówienie fakturę za wykonanie przedmiotu niniejszej Umowy w terminie 5 dni po zakończeniu miesiąca kalendarzowego wraz z zestawieniem udzielonych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Wynagrodzenie zostanie wypłacone na kontro Przyjmującego Zamówienie w terminie 10 dni od otrzymania przez Udzielającego Zamówienie prawidłowo wystawionych dokumentów, o których mowa
w ust. 2 niniejszego paragrafu.
4. Udzielający Zamówienie ma prawo w terminie 3 dni od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu, zgłosić do Przyjmującego Zamówienie zastrzeżenia co do złożonych dokumentów, jeśli takowe ma celem weryfikacji.
5. Za dokonanie wypłaty uważa się złożenie w banku przez Udzielającego Zamówienie polecenia przelewu na konto Przyjmującego Zamówienie.

**§ 8.**

**CESJA PRAW I OBOWIĄZKÓW**

Przyjmujący Zamówienie gwarantuje, że jakiekolwiek prawa Przyjmującego Zamówienie związane bezpośrednio lub pośrednio z umową, a w tym wierzytelności Przyjmującego Zamówienie z tytułu wykonania umowy i związane z nimi należności uboczne, nie zostaną przeniesione na rzecz osób trzecich bez uprzedniej zgody Udzielającego Zamówienie wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje, iż nie dokona jakiejkolwiek czynności prawnej lub też faktycznej, której bezpośrednim lub pośrednim skutkiem będzie zmiana wierzyciela z osoby Udzielającego Zamówienie na inny podmiot.

**§ 9.**

**KARY UMOWNE**

1. Udzielający Zamówienie może nałożyć na Przyjmującego Zamówienie kary umowne za niewykonanie lub nienależyte wykonanie przez Przyjmującego Zamówienie jego obowiązków wynikających z niniejszej umowy poprzez:
2. udzielanie świadczeń w sposób i w terminach nieodpowiadających wymogom określonym
w umowie,
3. nieudzielanie świadczeń w czasie i miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienie, w tym nieprzestrzeganie dni i godzin przewidzianych na realizację przedmiotu umowy,
4. pobieranie nienależnych opłat od pacjentów, w tym obciążanie pacjentów kosztami leków, materiałów opatrunkowych lub wyrobów medycznych,
5. uniemożliwienie kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego Zamówienie,
6. nieudzielania świadczeń pacjentom w zakresie objętym umową,
7. nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej,
8. brak umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującej kolejne okresy ochrony ubezpieczeniowej w okresie trwania niniejszej umowy,
9. nieprawidłowe kwalifikowanie świadczeń,
10. naruszenie zobowiązania przewidzianego w § 3 i 4 niniejszej umowy.
11. W przypadkach wymienionych w ust. 1 niniejszego paragrafu Udzielający Zamówienie może nałożyć na Przyjmującego Zamówienie karę umowną w wysokości do 100% wartości średniego miesięcznego wynagrodzenia liczonego z ostatnich 3 miesięcy brutto, za każde stwierdzone naruszenie, a Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na potrącenie pełnej kwoty kary nałożonej z wynagrodzenia za miesiąc,
w którym Udzielający Zamówienie nałożył karę.
12. Niezależnie od uprawnienia do żądania zapłaty kar umownych Udzielający Zamówienie zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kar na zasadach ogólnych.

**§ 10.**

**POSTANOWIENIA ANTYKORUPCYJNE**

1. Przyjmującemu Zamówienie nie wolno pobierać jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich bliskich z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.
2. Przyjmującemu Zamówienie lub osobom wskazanym przez niego do wykonywania świadczeń nie wolno prowadzić żadnych działań, które można uznać za działania na szkodę Udzielającego Zamówienie,
w szczególności zabronione jest zlecanie wykonywania konsultacji, badań na koszt Udzielającego Zamówienie osobom niebędącym pacjentami Udzielającego Zamówienie.

**§ 11.**

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć na tle realizacji umowy Strony będą starały się rozwiązać w drodze ugody. W przypadku braku możliwości rozwiązania spornej kwestii we wskazany wyżej sposób spór rozstrzygnie sąd właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
4. Umowa została sporządzona w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
5. Niniejsze załączniki stanowią integralną cześć umowy:
6. Załącznik nr 1 – Potwierdzenie realizacji świadczeń zdrowotnych (wzór),
7. Załącznik nr 2 – Formularz Oferty (kopia).

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

*UWAGA: Udzielający Zamówienie zastrzega sobie możliwość dokonania zmian w umowie w wyniku przeprowadzonych negocjacji, uszczegółowienia przedmiotu umowy oraz w innym zakresie za zgodą obu Stron umowy. Natomiast na etapie składania ofert Udzielający Zamówienie nie wyraża zgody na dokonywanie zmian w Projekcie Umowy. Dodatkowe warunki stawiane jako Oferent proszę wpisać w pkt V Formularza Oferty.*

***ZAŁĄCZNIK NR 1 DO NINIEJSZEJ UMOWY***

**Protokół**

**zestawienie udzielonych świadczeń zdrowotnych (zabiegów / badań / konsultacji)**

**w miesiącu …………………. 20………. r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp** | **Nazwa miejsca realizacji Świadczenia****(oddział / poradnia/ pracownia)** | **Numer księgi głównej Pacjenta** | **Rodzaj świadczenia****(zabiegu / badania / konsultacji)** | **data realizacji świadczenia****(zabiegu / badania / konsultacji)** | **cena jednostkowa****(zgodna z umową lub wartość procentowa punktu - dotyczy poradni)** | **wartość do zapłaty** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**podpis osoby wykonującej świadczenia medyczne podpis kierownika / osoby upoważnionej**

**………………………………………….....……………… …………………………………………………..…….……**