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

Umowa na świadczenia zdrowotne - wzór

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 - Dyrektora, zwany dalej **Udzielającym Zamówienie**,

a

……………….…..…………………………..……………., przy ulicy ……………………………, ………………….., wpisany do Rejestru …………………………………………………………..………………………………………………………………... …………………………………………………………………………………..…………… KRS: ………………………………, NIP: ………………..………………..., REGON: ………………………...…………, reprezentowany przez:

………………………..……………………………………………………, 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 13/2025 w ramach całodobowego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w zakresie intubacji i przygotowania pacjenta z niewydolnością oddechową do transportu medycznego przez zespół anestezjologiczny (lekarz i pielęgniarka), przez okres 24 miesięcy, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i bieżącym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienie.
	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 z odpowiednimi komórkami organizacyjnymi Udzielającego Zamówienie w zakresie realizacji przedmiotu umowy.
	4. Czynności, o których mowa w ust. 1, będą wykonywane w siedzibie Udzielającego Zamówienie według pilnej potrzeby na zlecenie lekarza Udzielającego Zamówienie.

**§ 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. W razie niemożności dokonania określonej czynności Przyjmujący Zamówienie jest obowiązany natychmiast o tym powiadomić Udzielającego Zamówienie.
	3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:
1. sporządzania dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz standardem dokumentacji obowiązującej u Udzielającego Zamówienie w tym dokumentacji elektronicznej,
2. przekazywania na żądanie Udzielającego Zamówienie informacji dotyczącej realizacji przyjętego zamówienia,
3. realizacji przedmiotu umowy w sposób umożliwiający realizację potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. ozapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami,
4. przestrzegania wewnętrznych uregulowań Przyjmującego Zamówienie w zakresie wdrożonego systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji,
5. przestrzegania przepisów w zakresie danych osobowych,
6. dbania o bezpieczeństwo powierzonych Przyjmującemu Zamówienie do przetwarzania, archiwizowania lub przechowywania informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienie.
	1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że ponosi ryzyko gospodarcze związane z wykonaniem przedmiotowej umowy, w tym pełną odpowiedzialność prawną oraz finansową z nią związaną.
	2. 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.
	3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że aby udzielać świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 niniejszej umowy posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje zawodowe zgodnie z przepisami prawa i niezbędnymi wymogami w tym zakresie.
	4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przystępowania do realizacji przedmiotu umowy w stanie psychofizycznym pozwalającym na właściwe i staranne wykonywanie.
	5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że nie zostało wydane w stosunku do niego żadne orzeczenie sądów powszechny oraz sądów zawodowych które uniemożliwiłoby mu wykonywanie niniejszej umowy, a także oświadcza, że niezwłocznie poinformuje Udzielającego Zamówienie o wystąpieniu sytuacji, o której mowa w niniejszym punkcie.
	6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do sporządzania dokumentacji oraz sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
	7. 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.
	8. 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 ……………….. do dnia …………………..
	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:
		1. Przyjmujący Zamówienie będzie działał na szkodę Udzielającego Zamówienie, co podlega każdorazowo ocenie Udzielającego Zamówienie,
		2. 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.
	4. 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 Przyjmującego Zamówienie wynagrodzenie w wysokości obliczonej zgodnie z Formularzem Oferty stanowiącym załącznik nr 1 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 badań.
	3. Wynagrodzenie zostanie wypłacone w terminie 30 dni od otrzymania przez Udzielającego Zamówienie prawidłowo wystawionych dokumentów, o których mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu, jednak nie wcześniej niż do 10-go dnia miesiąc, następującego po miesiącu wykonania przedmiotu umowy na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
	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. W przypadku wykonania przedmiotu umowy w sposób nienależyty lub niestaranny Udzielający Zamówienie ma prawo do odpowiedniego, proporcjonalnego pomniejszenia wynagrodzenia.
	6. 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:
		1. udzielanie świadczeń w sposób i w terminach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie,
		2. nieudzielanie świadczeń w czasie i miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienie, w tym nieprzestrzeganie wymogu gotowości do całodobowego zabezpieczenia realizacji przedmiotu umowy,
		3. pobieranie nienależnych opłat od pacjentów, w tym obciążanie pacjentów kosztami leków, materiałów opatrunkowych lub wyrobów medycznych,
		4. uniemożliwienie kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego Zamówienie,
		5. nieudzielania świadczeń pacjentom w zakresie objętym umową,
		6. nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej,
		7. nieprzestrzeganie ustalonych u Udzielającego Zamówienie przepisów wewnętrznych, w tym Regulaminu Organizacyjnego,
		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 § 4 niniejszej Umowy.
	2. 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.
	3. Niezależnie od uprawnienia do żądania zapłaty kar umownych Udzielający Zamówienie zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kar na zasadach ogólnych.
	4. Naruszenie przez Przyjmującego Zamówienie obowiązku zachowania poufności uprawnia Udzielającego Zamówienie do żądania zapłaty kary umownej w wysokości 200 zł. Udzielający Zamówienie jest ponadto uprawniony do domagania się odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej.

**§ 10 POSTANOWIENIA ANTYKORUPCYJNE**

* 1. Przyjmującemu Zamówienie nie wolno pobierać jakichkolwiek opłat na własną rzecz od skierowanych pracowników 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.

**§ 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. Udzielający Zamówienie udzieli Przyjmującemu Zamówienie odpowiedniego upoważnienia do przetwarzania danych osobowych zgodnie z obowiązującą u Udzielającego Zamówienie procedurą dot. ochrony danych osobowych.
	6. Niniejsze załączniki stanowią integralną cześć umowy:
	7. Załącznik nr 1 – Potwierdzenie realizacji świadczeń zdrowotnych (wzór),
	8. 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**

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