

## UMOWA Nr L/...../2023

zawarta w dniu ..... 2023 r. w Choroszczy pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładem Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy** pl. im. dr. Zygmunta Brodowicza 1, 16-070 Choroszcz, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku XII Wydział Gospodarczy KRS pod nr 0000003873, NIP: 9661229572, REGON: 050580458, reprezentowanym przez Dyrektora – Krzysztofa Szeweluka, w dalszej części umowy zwany: „**Szpitałem**” lub „**Udzielającym zamówienie**”

a

prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą ..... z siedzibą w ....., NIP ....., REGON ....., zwany w dalszej części umowy: „**Przyjmującym zamówienie**”.

W wyniku przeprowadzonego konkursu ofert oraz na podstawie następujących przepisów:

- 1) art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 2) art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 3) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentysty,
- 4) ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny,
- 5) innych przepisów znajdujących zastosowanie dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Strony zawierają umowę o następującej treści:

### Przedmiot umowy

#### § 1

1. Szpital powierza, a Przyjmujący zamówienie przejmuje na siebie obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Udzielającego zamówienia w formie wykonania procedur medycznych polegających na: **opisywaniu badań EEG, opisywaniu badań VIDEO EEG, opisywaniu badań HOLTER EEG.**
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania usług, o których mowa w ust. 1 na bieżąco, lecz nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie, przez okres obowiązywania umowy, na warunkach w niej określonych.

### Postanowienia ogólne

#### § 2

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy.
2. O utracie uprawnień, o których mowa w ust.1, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie poinformować na piśmie Szpital.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania powierzonych przez Szpital usług, z wykorzystaniem dostępnej wiedzy i umiejętności fachowych, sztuki medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej i przepisami ustawy o zawodzie lekarza.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przepisów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym w szczególności przyjętych standardów postępowania i procedur medycznych.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przestrzegania tajemnicy zawodowej oraz ochrony danych osobowych pacjentów Szpitala w zakresie informacji przetwarzanych i przechowywanych w związku z udzielonym świadczeniem.
6. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek posiadania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu z uwzględnieniem chorób zakaźnych, w tym wirusowego zapalenia wątroby i wirusa HIV. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są umową

ubezpieczenia, musi być zgodna z obowiązującymi przepisami prawa.

### § 3

1. W celu prawidłowej realizacji umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do współdziałania z innymi lekarzami udzielającymi świadczeń w Szpitalu, na zasadach określonych w dokumentach obowiązujących w Szpitalu, w tym Regulaminie Organizacyjnym, zarządzeniach Dyrektora, zgodnie z wymaganiami wynikającymi z umowy zawartej przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia bądź innym podmiotem, zlecającym Szpitalowi wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z zasadami realizacji świadczeń wynikającymi z tej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie ma prawo wzywania na konsultacje lekarzy tej samej specjalności.
3. W przypadku wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych Przyjmujący zamówienie ma obowiązek udzielenia pomocy merytorycznej innym lekarzom udzielającym świadczeń na rzecz Szpitala.

### § 4

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia rzetelnej, czytelnej dokumentacji medycznej i statystycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i zasadami ustalonymi przez Szpital oraz zgodnie z wymaganiami wynikającymi z umowy zawartej przez Szpital z płatnikami systemowymi. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone Szpitalowi jak również osobom trzecim spowodowane nierzetelnym, niedbałym lub niestarannym prowadzeniem dokumentacji o której mowa w zdaniu powyżej. Przyjmujący Zamówienie ponosi w szczególności odpowiedzialność za właściwą kwalifikację udzielonych przez siebie świadczeń do odpowiednich grup rozliczeniowych określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Szpital zapewnia możliwość konsultacji w tym zakresie.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do comiesięcznego przekazywania Szpitalowi dokładnej sprawozdawczości statystycznej oraz dokumentów niezbędnych do celów rozliczeniowych według zasad określonych przez płatnika systemowego i Szpitala.
3. Przyjmujący zamówienie obowiązany jest posiadać aktualnie zawartą umowę z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, a tym samym prawo do orzekania o czasowej niezdolności do pracy.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji statystycznej, w taki sposób, aby rzetelnie odzwierciedlała ona dokumentację medyczną.
5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż zapoznał się z zasadami prowadzenia sprawozdawczości statystycznej oraz prowadzenia i wydawania dokumentacji medycznej obowiązującymi w Szpitalu.

### Prawa i obowiązki

### § 5

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się w szczególności do:
  - 1) rzetelnego wykonywania procedur medycznych określonych w przedmiocie umowy;
  - 2) rzetelnego wykonania procedur/opisów badań określonych w przedmiocie umowy;
  - 3) prowadzenia sprawozdawczości statystycznej według przepisów i postanowień obowiązujących u Udzielającego Zamówienia;
  - 4) przekazywania na żądanie Udzielającego Zamówienia informacji dotyczących realizacji przyjętego zamówienia, w szczególności zaś do udostępniania danych do analiz ekonomicznych;
  - 5) przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad wynikających z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych z związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych);
  - 6) udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania przepisów dotyczących podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorstwem, przepisów BHP, ppoż., w tym obowiązujących w Szpitalu.
3. Przyjmujący zamówienie współuczestniczy w realizacji procesu szkolenia podyplomowego i specjalizacyjnego w ramach akredytacji posiadanej przez Udzielającego zamówienia.

## § 6

1. Przyjmujący zamówienie ponosi całkowitą odpowiedzialność za ordynowanie leków, materiałów medycznych, środków leczniczych i pomocniczych oraz podejmowane decyzje diagnostyczne i terapeutyczne.
2. Ordynowanie leków musi odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i na odpowiednich drukach.

## § 7

1. Osoba kierująca komórką organizacyjną, w której Przyjmujący zamówienie świadczy usługi, jest uprawniona do nadzorowania ordynowania leków, materiałów medycznych, środków leczniczych i pomocniczych przez Przyjmującego zamówienie.
2. Osoba kierująca komórką organizacyjną lub pracownik Działu Spraw Pracowniczych Szpitala sprawdza comiesięczne wykonania umowy i tym samym potwierdza merytorycznie świadczenia wykazywane w wystawianych przez Przyjmującego zamówienie fakturach.
3. Udzielający zamówienia, w ramach nadzoru nad niniejszą umową, może wskazać osoby do wtórnej kontroli merytorycznej, zwłaszcza w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej jak też przygotowywanej dokumentacji sprawozdawczej oraz zgodności w zakresie sprawozdawanych procedur wynikających z obowiązujących przepisów.

## § 8

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania usług objętych przedmiotem umowy nieprzerwanie przez cały okres obowiązywania umowy na warunkach w niej określonych.

## § 9

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń udzielanego przez Przyjmującego zamówienia na rzecz pacjentów Szpitala ponoszą solidarnie Szpital i Przyjmujący zamówienie – z możliwością regresu na zasadach odpowiedzialności określonych w Kodeksie Cywilnym.
2. Za szkody wyrządzone w majątku Szpitala Przyjmujący zamówienie odpowiada w pełnej wysokości, jeśli powstaną one z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność.

## § 10

1. Szpital ponosi odpowiedzialność za stan sanitarny, epidemiologiczny i techniczny sprzętu.
2. Przyjmujący zamówienie samodzielnie zaopatrzuje się w odzież i obuwiu ochronne, oraz będzie przez cały okres obowiązywania umowy posiadał zaświadczenie lekarskie od lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych o zdolności do świadczenia usług medycznych określonych w niniejszej umowie.

## Wynagrodzenie

### § 12

1. Za wykonane czynności określone w niniejszej umowie Przyjmujący zamówienie otrzyma należność miesięczną w wysokości odpowiadającej sumie iloczynów stawki brutto za określony rodzaj badania pomnożony przez liczbę badań:
  - 1) **Opisywanie badań EEG – ..... brutto/ 1badanie**
  - 2) **Opisywanie badań VIDEO EEG – ..... brutto/ 1badanie**
  - 3) **Opisywanie badań HOLTER EEG – ..... brutto/ 1badanie**
2. Należności będą regulowane przelewem na konto bankowe nr ..... w ciągu 30 dni od daty wpływu do Szpitala poprawnie wystawionej faktury VAT wystawionej przez Przyjmującego zamówienie.
3. Faktura VAT powinna być wystawiona na: Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy, pl. im. dr. Zygmunta Brodowicza 1, 16 – 070 Choroszcz, NIP: 9661229572.
4. Zapłata za świadczenia zdrowotne objęte zakresem umowy wykonane przez Przyjmującego zamówienie nastąpi na podstawie faktury VAT wystawionej za miesiąc poprzedni. Faktura VAT wraz z załącznikiem winna zostać

przedłożona do 4 dnia roboczego następnego miesiąca po miesiącu, za które przysługuje wynagrodzenie. Wraz z fakturą Przyjmujący zamówienie dostarczy (wypełnione) oświadczenie stanowiące Załącznik nr 3 do niniejszej umowy.

5. W przypadku nieprzedłożenia faktury VAT we wskazanym w niniejszej umowie terminie, Szpital uprawniony będzie do naliczenia dodatkowej opłaty w wysokości 50 zł za każdy przypadek jej nieprzedłożenia w terminie. Termin do zapłaty dodatkowej opłaty wynosi 5 dni od dnia wysłania wezwania do zapłaty na adres email ..... W przypadku braku zapłaty dodatkowej opłaty w określonym terminie, zostanie ona skompensowana z należnej Przyjmującemu zamówienie kwoty zapłaty za wykonanie zadań objętych niniejszą umową, na co Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę.
6. Za datę zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku Szpitala.
7. Wynagrodzenie umowne wyczerpuje całość zobowiązań finansowych Szpitala względem Przyjmującego zamówienie za realizację świadczeń objętych przedmiotem niniejszej Umowy.

### **Kary umowne**

#### **§13**

1. Udzielający zamówienia ma prawo naliczenia kar umownych w przypadku:
  - 1) nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie – wysokość kary umownej wynosi 500 zł za każdy przypadek,
  - 2) gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa – wysokość kary umownej wynosi 500 zł za każdy przypadek,
2. Z tytułu naruszenia przez Przyjmującego zamówienie innych postanowień umowy niż wskazanych w ust. 1 Szpital może za każdy stwierdzony przypadek naruszenia nałożyć karę umowną w wysokości 10% wynagrodzenia przysługującego za miesiąc poprzedni.
3. Kary umowne określone w ust.1 oraz w ust. 2 Umowy sumują się.
4. Powyższe postanowienia nie naruszają uprawnień Stron do dochodzenia odszkodowania przekraczającego wysokość zastrzeżonych kar umownych.
5. W razie naliczenia kar umownych Szpital wystawi odpowiednią notę obciążeniową.
6. Wszelkie kwoty należne Szpitalowi, w szczególności z tytułu kar umownych, mogą być potrącane z płatności realizowanych na rzecz Przyjmującego zamówienia, na co Przyjmujący wyraża zgodę.

#### **§ 14**

1. Szpital oraz NFZ mają prawo do przeprowadzenia kontroli w zakresie wykonywania usług medycznych zgodnie z niniejszą umową, a w szczególności sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, ich jakości, terminowości, sposobu prowadzenia dokumentacji i wykorzystania sprzętu.
2. Kontrola może być wykonywana przez ordynatora/ lekarza kierującego oddziałem lub doraźnie przez pracownika Szpitala, na podstawie odpowiedniego upoważnienia.
3. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek poddania się kontroli upoważnionych podmiotów kontrolujących.

#### **§ 15**

Przyjmujący zamówienie samodzielnie rozlicza się z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i właściwym miejscowo Urzędem Skarbowym.

### **Okres obowiązywania umowy**

#### **§ 16**

1. Umowa niniejsza zostaje zawarta na czas określony tj. **12 miesięcy, od dnia .....2024 do dnia .....2024**
2. Każda ze stron jest uprawniona do wypowiedzenia niniejszej umowy z zachowaniem **1-miesięcznego okresu wypowiedzenia** ze skutkiem na koniec miesiąca.
3. Niniejsza umowa zostaje wypowiedziana ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach:
  - 1) gdy Przyjmujący zamówienie utraci trwale uprawnienia konieczne do wykonywania przedmiotu umowy lub zawieszenia realizacji umowy, na czas utraty zdolności do pracy.

- 2) gdy zajdą okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają dalsze wykonywanie umowy lub nastąpi taka zmiana bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, która wykluczy możliwość kontynuowania umowy,
  - 3) odmowy przez Przyjmującego zamówienia udzielenia świadczenia objętego niniejszą umową,
  - 4) naruszenia obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej bądź danych osobowych powierzonych któregokolwiek z pacjentów,
  - 5) popełnienia przez Przyjmującego zamówienie, w czasie trwania umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalszą realizację umowy, jeżeli zostało ono stwierdzone prawomocnym wyrokiem,
  - 6) w skutek oświadczenia Szpitala – jeżeli w wyniku kontroli wykonania umowy bądź innych działań kontrolnych uregulowanych w odrębnych przepisach dotyczących zasad wykonywania przez Przyjmującego zamówienie obowiązków przewidzianych umową stwierdzono, że Przyjmujący zamówienie nie wypełnia warunków umowy lub wykonuje je wadliwie, w szczególności poprzez ograniczenie dostępności świadczeń, zawężanie ich zakresu lub złą jakość świadczeń, nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej i statystycznej, prowadzenie działalności sprzecznej z interesem Szpitala, w tym zasady konkurencyjności i nie zaprzestaje naruszeń po upływie 7-dniowego terminu od przekazania jej przez drugą stronę pisemnego wezwania do poprawy,
  - 7) przeniesienia przez Przyjmującego zamówienie swoich praw i obowiązków na osoby trzecie, nie uzyskawszy na to zgody Szpitala,
  - 8) jeżeli Przyjmujący zamówienie nie udokumentował w terminie 30 dni od daty podpisania umowy, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
4. Wypowiedzenie umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
  5. Umowa może być rozwiązana za porozumieniem stron w każdym czasie.

#### § 17

1. Po rozwiązaniu lub wygaśnięciu umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zwrotu wszelkiej dokumentacji związanej z realizacją niniejszej umowy, należącej do Szpitala, w terminie nie później niż 7 dni od daty ustania umowy (zwrotowi podlegają wszelkie dokumenty, bez względu na jakim nośniku zostały zapisane).
2. Przyjmujący Zamówienie z chwilą odbioru przez Szpital każdego opracowania, dokumentacji, opinii lub innego dokumentu stworzonego w ramach realizacji przedmiotu niniejszej umowy przenosi bez dodatkowego wynagrodzenia, każdorazowo na Szpital na zasadzie wyłączności autorskie prawa majątkowe do powstałych w wyniku realizacji Umowy utworów w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 04.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych, obejmujące prawo do ich wykorzystania w nieograniczonym czasowo ani terytorialnie zakresie na wszystkich polach eksploatacyjnych znanych w chwili przeniesienia tych praw.

#### § 18

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przestrzegania przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz stosowania zarządzeń i dokumentów obowiązujących u Udzielającego zamówienie związanych z przetwarzaniem danych osobowych.
2. Upoważnienie imienne do przetwarzania danych osobowych przez Przyjmującego zamówienie oraz Klauzula informacyjna dla kontrahentów stanowią załącznik nr 1 i 2 do umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji danych pozyskiwanych w związku z wykonaną umową.
4. Przyjmujący zamówienie wykonując przedmiot umowy będzie przestrzegał praw pacjentów określonych w przepisach prawa, w szczególności w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

#### § 19

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 20

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz również obowiązujące przepisy związane ze specyfiką i przedmiotem niniejszej umowy.

§ 21

1. Ewentualne spory mogące wynikać z realizacji niniejszej umowy mogą być rozstrzygane w drodze negocjacji, a jeżeli nie przyniosą skutku, to sprawę rozstrzyga sąd właściwy dla Udzielającego zamówienia.
2. Wszelka korespondencja wymagająca doręczenia Przyjmującemu Zamówienie na piśmie jest skuteczna, jeżeli zostanie dokonana listem poleconym na adres wskazany w niniejszej Umowie. Strony zobowiązane są informować drugą stronę o zmianie adresu i lub siedziby. Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy.
3. Nie zawiadomienie o zmianach danych, o których mowa w postanowieniu ust.2 powyżej powoduje, że oświadczenia i zawiadomienia kierowane do strony umowy według ostatnich znanych danych i pod ostatni adres uważa się za skutecznie doręczone w dacie drugiego awiza pocztowego.

§ 22

1. Integralną część umowy stanowią poniższe załączniki:
  - 1) Załącznik nr 1 „Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych”,
  - 2) Załącznik nr 2 „Klauzula informacyjna dla kontrahentów”,
  - 3) Załącznik nr 3 „Oświadczenie”

§ 23

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

.....  
(Przyjmujący zamówienie)

.....  
(Udzielający zamówienie)

**UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 29 w związku z art. 32 ust. 4 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) upoważniam Panią/Pana:

Imię i nazwisko: .....

Jednostka organizacyjna: .....

Stanowisko służbowe/pelniona funkcja: .....

do przetwarzania danych osobowych będących w posiadaniu Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy (dalej: SPP ZOZ im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy) zgodnie z niniejszym upoważnieniem i uprawnieniami wynikającymi z indywidualnego zakresu czynności, a także przepisami o ochronie danych osobowych, wydanymi na jej podstawie aktami wykonawczymi oraz regulacjami wewnętrznymi.

Upoważnienie obejmuje prawo wglądu/edycji\* danych osobowych.

Jednocześnie informuję, iż jest Pani/Pan zobowiązana/y do zachowania w tajemnicy wszelkich danych osobowych przetwarzanych w SPP ZOZ im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy oraz sposobu ich zabezpieczenia zarówno w trakcie, jak i po ustaniu obowiązywania zawartej umowy.

**Upoważnienie obowiązuje**

od dnia: ..... i wygasa z chwilą rozwiązania stosunku pracy / na czas zastępstwa/umowy cywilnoprawnej\*.

Wymieniona osoba została wpisana do ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych w SPP ZOZ im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy.

*Administrator Danych Osobowych  
lub  
osoba uprawniona przez Administratora  
do wydawania upoważnień*

.....  
*Pieczęć i podpis*

Realizując obowiązek administratora określony w treści art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane dalej RODO), informuję, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy, Plac Z. Brodowicza 1, 16-070 Choroszcz, który przetwarza je w celu **zawarcia, wykonania i zakończenia umowy** o pracę/umowy cywilnoprawnej. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do danych, sprostowania, usunięcia, przenoszenia danych lub ograniczenia ich przetwarzania oraz zgłoszenia sprzeciwu, a także wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Jeśli ma Pani/Pan pytania odnośnie przetwarzania przez nas Pani/Pana danych, lub chce Pani/Pan skorzystać ze swoich uprawnień, zapraszamy do kontaktu naszym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: [iod@sppchoroszcz.med.pl](mailto:iod@sppchoroszcz.med.pl).

**Z pełną informacją o przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych można zapoznać się w Dziale Spraw Pracowniczych.**

**Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y i przyjmuję do wiadomości powyższą treść.**

**Jednocześnie potwierdzam, że:**

1. zostałam(am) przeszkolony(a) w zakresie przepisów o ochronie danych osobowych oraz zrozumiałe(am) treść definicji danych osobowych w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych);

2. zapoznałem(am) się z treścią wewnętrznych dokumentów regulujących zakres dotyczący ochrony danych osobowych, pracy w systemach teleinformatycznych oraz sposobów zabezpieczania informacji, w tym danych osobowych, zrozumiałem(am) treść zapisów w tychże dokumentach oraz przyjmuję do wiadomości i przestrzegania postanowienia tych dokumentów,
3. zobowiązuję się do nieujawniania wszelkich informacji (w tym danych osobowych), z którymi będę mieć kontakt w związku z realizacją powierzonych zadań i sposobów ich zabezpieczenia zarówno w trakcie trwania umowy / porozumienia\*, jak i po jej/jego\* ustaniu,
4. znana jest mi odpowiedzialność dyscyplinarna, cywilna i karna za naruszenie zasad bezpieczeństwa informacji (w tym danych osobowych) obowiązujących w SPP ZOZ im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy.

.....  
*data i czytelny podpis osoby,  
upoważnionej do przetwarzania danych osobowych,  
której dane osobowe dotyczą i jednocześnie składającej oświadczenie i  
zobowiązanie*

\*niewłaściwe przekreślić / \*\*właściwe podkreślić



**Klauzula informacyjna dla kontrahentów  
(oferentów, dostawców, wykonawców)**

**Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza, Plac Z. Brodowicza 1, 16-070 Choroszcz.**

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych, do którego może Pani/Pan zwracać się z pytaniami i wątpliwościami dotyczącymi bezpieczeństwa i wykorzystywania Pani/Pana danych to: adres e-mail [iod@sppchoroszcz.med.pl](mailto:iod@sppchoroszcz.med.pl), nr tel. 85 7191091 wew. 288

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.

Dodatkowo ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi. W Polsce organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Adres: Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Dane będą przetwarzane w celu:

1. zawarcia i wykonywania umowy zawartej z Administratorem oraz dokonania niezbędnych rozliczeń w związku z jej zawarciem- przez czas niezbędny do realizacji umowy, a po jej zakończeniu dane osobowe będą przetwarzane przez czas potrzebny na wykazanie prawidłowości wykonania wynikających z niej obowiązków do upływu terminów wskazanych w przepisach o archiwizacji;
2. wykonywania ustawowych obowiązków Administratora, w szczególności podatkowych i sprawozdawczych- przez czas niezbędny do realizacji ustawowych obowiązków Administratora, w szczególności do czasu upływu terminu przedawnienia zobowiązań podatkowych;
3. realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora- przez czas niezbędny do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, w tym zakresie nie dłużej jednak niż do czasu uznania za uzasadnioną szczególną sytuacją Państwa sprzeciwu.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak konsekwencją ich niepodania będzie niemożność zawarcia umowy. Podstawą prawną przetwarzania w zakresie niezbędnym do zawarcia i wykonania umowy jest art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych

w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) oraz art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zakresie niezbędnym do wykonywania przez Administratora ustawowych obowiązków. Podstawą przetwarzania jest również art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. prawnie uzasadniony interes Administratora polegający na zapewnieniu niezbędnych rozliczeń w związku z zawartą umową oraz dochodzenia roszczeń.

**Odbiorcami Państwa danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa, upoważnieni pracownicy i współpracownicy Administratora, dostawcy usług oraz podmioty uczestniczące w realizacji umowy.**

Choroszcz, dnia ..... r.

.....  
Nazwa

Samodzielny Publiczny Psychiatryczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy  
Pl. Z. Brodowicza 1  
16 – 070 Choroszcz

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż w miesiącu ..... roku ..... przepracowałam/em  
..... godzin.

\_\_\_\_\_  
*podpis*