

## UMOWA Nr P/...../2023 WZÓR

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

**Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładem Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy** Plac 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: „Szpitalem” lub „Udzielającym zamówienia”

a

.....  
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 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej,
4. ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny,
5. innych przepisów znajdujących zastosowanie dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,

strony zawierają umowę następującej treści:

### § 1

#### Przedmiot umowy

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń pielęgniarstwa zwanych też dalej „świadczeniami zdrowotnymi i pielęgnacyjnymi”, „świadczeniami zdrowotnymi” lub „świadczeniami” zgodnie z zakresem obowiązków odpowiadającym posiadanym kwalifikacjom zawodowym.
2. Zakres obowiązków, o którym mowa w ust. 1 zostanie przekazany w terminie 7 dni od dnia podpisania niniejszej umowy.
3. Udzielanie świadczeń pielęgniarstwa odbywać się będzie w komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez strony harmonogramem miesięcznym, ustalonym nie później niż na 3 dni przed rozpoczęciem miesiąca, którego harmonogram dotyczy.
4. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na wprowadzenie zmian do harmonogramu, o którym mowa w ust. 3 w czasie trwania miesiąca, którego grafik dotyczy. Zmiany muszą zostać dokonane nie później niż w terminie do 24 godz. przed obowiązywaniem zmiany.
5. Koordynacja niniejszej umowy należy do Przełożonej Pielęgniarek, wobec czego grafiki ustalone przez oddziałowe tworzone są w porozumieniu i za zgodą Przełożonej Pielęgniarek.

### § 2

#### Obowiązki Przyjmującego zamówienie

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do wykonywania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością zawodową i zasadami etyki zawodowej.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przestrzegania:
  - a) przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
  - b) przepisów dotyczących ochrony danych osobowych,
  - c) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Szpital,
  - d) standardów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
  - e) innych przepisów prawa regulujących działalność opieki medycznej.
3. Przyjmujący zamówienie bierze udział w prowadzeniu kształcenia pielęgniarstwa.
4. Przyjmujący zamówienie bierze udział w pracach komisji i zespołów powołanych przez Szpital.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do korzystania z przeznaczonych do wykonywania niniejszej umowy pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej oraz wyrobów medycznych i leków zgodnie z ich

- przeznaczaniem i wyłącznie w celach określonych w niniejszej umowie.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych w umowach zawartych przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi podmiotami.
  7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowemu Funduszowi Zdrowia lub innym instytucjom umocowanym do przeprowadzenia kontroli w zakresie sposobu udzielania świadczeń, prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej udzielanych świadczeń, kontroli prawidłowej realizacji postanowień niniejszej umowy.
  8. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w terminie, zakresie i wysokości określonej na podstawie przepisów wydanych w oparciu o art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w całym okresie wykonywania niniejszej umowy.
  9. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do doręczenia Szpitalowi kopii polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 8, najpóźniej w dniu podpisania niniejszej umowy
  10. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek legitymowania się aktualnym orzeczeniem lekarskim o stanie zdrowia stwierdzającym zdolność do pracy pielęgniarki/pielęgniara wykonującej umowę.
  11. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zasięgania opinii Zarządzającego Oddziałem w przypadku wątpliwości w zakresie udzielanych świadczeń.
  12. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczej, zgodnie z obowiązującymi przepisami i wewnętrznymi zarządzeniami Szpitala, z którymi ma obowiązek się zapoznać.
  13. Przyjmujący zamówienie nie może w Szpitalu udzielać jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych, ani też świadczyć innych usług nie objętych przedmiotem niniejszej umowy na rzecz osób niebędących pacjentami Szpitala.
  14. Przyjmujący zamówienie nie może bez wyraźnie udzielonej zgody Udzielającego zamówienia wykonywać świadczeń zdrowotnych przekraczających zakres świadczeń określony w kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz w umowach zawartych z innymi kontrahentami, poza przypadkami udzielania świadczeń zdrowotnych ratujących życie pacjenta.
  15. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży roboczej wg standardów określonych przez Szpital oraz pokrywania kosztów utrzymania tej odzieży w należytym stanie.
  16. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zabezpieczenia we własnym zakresie i na własny koszt aktualnych szkoleń z zakresu BHP.
  17. Przyjmujący zamówienie może opuścić stanowisko pracy dopiero po zgłoszeniu się i przejęciu obowiązków przez swego następcę. Brak zastępstwa powinien być niezwłocznie zgłoszony pielęgniarce oddziałowej oraz Przełożonej Pielęgniarek.
  18. Jedynie w uzasadnionych przypadkach Przyjmujący zamówienie po uzyskaniu wcześniejszej akceptacji Udzielającego zamówienia może powierzyć obowiązki wynikające z niniejszej umowy osobie trzeciej. Osobą zastępującą Przyjmującego zamówienie w wykonywaniu niniejszej umowy może być wyłącznie osoba posiadająca aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara, posiadająca kwalifikacje odpowiadające wykonywanym w oddziale procedurom oraz posiadająca ubezpieczenie OC, o którym mowa w ust. 8.
  19. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby trzecie, o których mowa w ust.18.
  20. Wszelkie koszty zastępstwa ponosi Przyjmujący zamówienie. Dokumenty potwierdzające ilość godzin zastępstwa Przyjmujący zamówienie dostarcza niezwłocznie do Działu Organizacyjno – Prawnego (dalej DOP).

### § 3

#### Obowiązki Udzielającego zamówienia

1. Do realizacji umowy Udzielający zamówienia zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu zamówienie:
  - a) obowiązujące druki i formularze do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie papierowej i elektronicznej,
  - b) pełny i nieograniczony dostęp do wszelkich pomieszczeń znajdujących się na terenie Udzielającego zamówienia niezbędnych do wykonywania działalności w przedmiotowym zakresie,
  - c) pełny i swobodny dostęp do sprzętu i aparatury medycznej a także środków transportu i leków, materiałów opatrunkowych i sprzętu jednorazowego użytku niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych znajdujących się na terenie Udzielającego zamówienia,

- d) pełną sprawność tych urządzeń, a także serwis i okresowe przeglądy,
- e) środki łączności wraz z niezbędnymi materiałami.
2. Udzielający zamówienia zobowiązany jest ponosić wszelkie koszty konserwacji i naprawy urządzeń medycznych, o których mowa w ust. 1 lit c.
3. W przypadku jeżeli utrata, zniszczenie lub uszkodzenie sprzętu, aparatury medycznej o której mowa w ust. 1 lit c. nastąpiło w wyniku używania przez Przyjmującego zamówienie w sposób sprzeczny z umową i właściwymi zasadami korzystania, albo gdy Przyjmujący zamówienie powierzył sprzęt lub aparaturę medyczną innej nieuprawnionej osobie, Udzielający zamówienia obciąży Przyjmującego zamówienie pełną kwotą wartości zniszczonego, uszkodzonego lub utraconego sprzętu i/lub aparatury medycznej. Udzielający zamówienia wystawi pisemny dokument obciążający Przyjmującego zamówienie zwany notą obciążeniową. Zapłata przez Przyjmującego zamówienie nastąpi w terminie 14 dni od daty otrzymania noty na wskazany rachunek bankowy. W przypadku braku zapłaty, należność zostanie potrącona z wynagrodzenia przysługującego Przyjmującemu zamówienie.
4. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na potrącenie pełnej kwoty, o której mowa w ust. 3 z wynagrodzenia, o którym mowa w § 6.
5. Udzielający zamówienia dołoży starań w zapewnieniu zgodnej z obowiązującymi przepisami obsady administracji i obsługi.

#### **§ 4**

##### **Odpowiedzialność stron**

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń udzielanych przez Przyjmującego zamówienie na rzecz pacjentów Szpitala ponoszą solidarnie, tj. 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.

#### **§ 5**

##### **Okres obowiązywania umowy**

1. Umowa zostaje zawarta na czas oznaczony **od dnia .....** r. **do dnia .....** r.
2. Nie stanowi naruszenia warunków umowy nieudzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Przyjmującego zamówienie w przypadku niezdolności do wykonywania świadczeń spowodowanej chorobą, udokumentowanej zaświadczeniem lekarskim, o ile na czas tej niezdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych Przyjmujący zamówienie wskaże zastępstwo na zasadach określonych w ust. 3 i 4.
3. W uzasadnionych przypadkach Przyjmujący zamówienie, po uzyskaniu akceptacji Udzielającego zamówienia, może powierzyć obowiązki wynikające z niniejszej umowy osobie trzeciej, która w tym czasie jest zastępcą wyłącznie Przyjmującego zamówienie. Osobą trzecią będzie osoba związana z Szpitalem umową o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.
4. W przypadku zastępstwa przez osobę nie związaną umową z Udzielającym zamówienia stosuje się zapisy zawarte w § 2 ust. 18 i 19.

#### **§ 6**

##### **Wynagrodzenie**

1. Za wykonane czynności określone w niniejszej umowie Przyjmujący zamówienie otrzyma należność w wysokości:  
ilozynu stawki godzinowej brutto ..... PLN za 1 godzinę udzielanych świadczeń i liczby godzin udzielonych świadczeń w danym miesiącu.
2. Strony ustalają, iż maksymalna liczba godzin w miesiącu nie może przekroczyć:  
godzin świadczenia.
3. W razie potrzeby po stronie Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie świadczyć będzie usługi medyczne w liczbie większej niż wskazane zostało w ust. 2.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do składania wraz z fakturą miesięcznego sprawozdania z czasu i liczby godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z harmonogramem stanowiącym **załącznik nr 1**.

#### **§7**

##### **Wypłata należności**

1. Należności będą regulowane przelewem na konto bankowe Nr ..... w ciągu 30 dni od daty wpływu do Szpitala poprawnie wystawionej faktury i zatwierdzonego pod względem merytorycznym sprawozdania.
2. Faktura VAT powinna być wystawiona na: Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy, Plac im. dr. Zygmunta Brodowicza 1, 16 – 070 Choroszcz, NIP: 966-12-29-572.
3. Szpital będzie dokonywał zapłaty za świadczenia objęte zakresem umowy wykonane przez Przyjmującego zamówienie na podstawie faktury wystawionej za miesiąc poprzedni i przedstawionej najpóźniej 4 dni po zakończeniu miesiąca obrachunkowego.
4. 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.
5. Za datę zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku Udzielającego zamówienia.
6. Wynagrodzenie umowne wyczerpuje całość zobowiązań finansowych Udzielającego zamówienia względem Przyjmującego zamówienie za realizację świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej Umowy.

## §8

### Postanowienia dodatkowe

Przyjmującemu zamówienie nie wolno pobierać żadnych opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich rodzin z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.

## §9

### Wygaśnięcie i rozwiązanie umowy

1. Każda ze stron jest uprawniona do wypowiedzenia niniejszej umowy z zachowaniem **1-miesięcznego okresu wypowiedzenia** ze skutkiem na koniec miesiąca.
2. Niniejsza umowa ulega wypowiedzeniu 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 zamówienie 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) wskutek 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.
1. Wypowiedzenie umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Umowa może być rozwiązana za porozumieniem stron w każdym czasie.

## § 10

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.

## §11

### Kary umowne

1. Udzielający zamówienia ma prawo naliczenia kar umownych Przyjmującemu zamówienie w przypadku:
  - 1) nieudzielenia świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie – w tym przypadku wysokość kary umownej wynosi 10% wartości maksymalnej liczby zadeklarowanych godzin, o których mowa w §6 ust. 2 niniejszej umowy w związku z iloczynem stawki określonej w §6 ust. 1 niniejszej umowy, za każdy stwierdzony przypadek;
  - 2) braku wyznaczenia zastępcy, o którym mowa w § 2 i 5. - w tym przypadku wysokość kary umownej wynosi 10% wartości maksymalnej liczby zadeklarowanych godzin, o których mowa w §6 ust. 2 niniejszej umowy w związku z iloczynem stawki określonej w §6 ust. 1 niniejszej umowy, za każdy stwierdzony przypadek;
  - 3) niezgłoszenia w czasie do 24 h przed planowanym dyżurem niemożności udzielania świadczeń objętych umową – w tym przypadku wysokość kary umownej wynosi 10% wartości maksymalnej liczby zadeklarowanych godzin, o których mowa w §6 ust. 2 niniejszej umowy w związku z iloczynem stawki określonej w §6 ust. 1 niniejszej umowy, za każdy stwierdzony przypadek;
  - 4) gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa – w tym przypadku wysokość kary umownej wynosi 10% wartości zadeklarowanych godzin, o których mowa w §6 ust. 2 niniejszej umowy w związku z iloczynem stawki określonej w §6 ust. 1 niniejszej umowy, za każdy stwierdzony przypadek;
  - 5) w przypadku złożenia przez pacjenta uzasadnionej skargi na nieodpowiednią jakość usług świadczonych przez Przyjmującego zamówienie – w tym przypadku wysokość kary umownej wynosi 10% wartości maksymalnej liczby zadeklarowanych godzin, o których mowa w §6 ust. 2 niniejszej umowy w związku z iloczynem stawki określonej w §6 ust. 1 niniejszej umowy, za każdy stwierdzony przypadek, Udzielający zamówienia przed nałożeniem kary ma obowiązek wezwania Przyjmującego zamówienie do usunięcia uchybień powodujących roszczenie.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odszkodowania, przewyższającego wysokości kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość kumulatywnego naliczania zastrzeżonych kar umownych.
4. W ciągu 12 miesięcy kalendarzowych wysokość kar umownych nie może przekroczyć 5 000,00 zł (słownie pięć tysięcy złotych 00/100).
5. Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo potrącenia kar umownych z przysługującego wynagrodzenia (płatności realizowanych na rzecz Przyjmującego zamówienie), na co Przyjmujący zamówienie wyraża niniejszym zgodę.
6. W razie naliczenia kar umownych Szpital wystawi odpowiednią notę obciążeniową.

## § 12

1. Wszelkie kary nałożone przez Narodowy Fundusz Zdrowia na rzecz Udzielającego zamówienia, dotyczące przedmiotu niniejszej umowy, mogą być egzekwowane przez Udzielającego zamówienia od Przyjmującego zamówienie.
2. Przyjmujący zamówienie ma prawo do czynnego udziału w prowadzonych czynnościach kontrolnych jak również w składaniu wyjaśnień, oświadczeń oraz innych związanych z kontrolą.
3. Powyższe zastrzeżenie określone w ust. 1 nie uchybia możliwości dochodzenia odszkodowania przewyższającego zastrzeżone wyżej kwoty, do wysokości rzeczywiście poniesionej straty. W celu

wykluczenia wątpliwości strony ustalają, że wszelkie należności z niniejszego paragrafu są należnościami regresowymi z tytułu odszkodowawczego i nie dotyczą kar umownych które są wskazane w §12 niniejszej umowy a które mogą być nałożone oddzielnie w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości i wypełnienia postanowień umownych dotyczących kar umownych.

4. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na potrącenie wszelkich środków, o których mowa w ust. 1 a także innych nienależnie pobranych środków finansowych w przypadku ich stwierdzenie w kontroli z przysługującego wynagrodzenia (płatności realizowanych na rzecz Przyjmującego zamówienie).
5. Górny limit przedmiotowych kwot każdorazowo określa naliczona kara nałożona przez Narodowy Fundusz Zdrowia do czego Udzielający zamówienia ma prawo doliczyć odsetki według przepisów powszechnie obowiązujących.
6. Zastrzeżone kary nie uchylają obowiązkom odszkodowawczym względem Udzielającego zamówienia za inne zawinione działania i zaniechania Przyjmującego zamówienie.

### § 13

1. Szpital oraz Narodowy Fundusz Zdrowia 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.

### § 14

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

### § 15

#### Postanowienia końcowe

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 zamówienia związanych z przetwarzaniem danych osobowych.
2. Upoważnienie imienne do przetwarzania danych osobowych przez Przyjmującego zamówienie oraz Klauzula informacyjna dla kontrahentów stanowią **załącznik nr 2 i 3** 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.

### § 16

1. Strony zobowiązują się informować o każdej zmianie adresu, w tym adresu do doręczeń, nazwy oraz wszelkich zmianach związanych ze statusem prawnym.
2. Brak zawiadomienia o zmianach danych, o których mowa w ust. 1 powyżej powoduje, że oświadczenia kierowane do Strony umowy według ostatnich znanych danych i pod ostatni znany adres do doręczeń uważa się za skuteczne doręczenie.

### § 17

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

### § 18

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

## § 19

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 zgodnie z §16. Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy.

## § 20

Integralną część umowy stanowią poniższe załączniki:

- 1) Załącznik nr 1 – „Harmonogram”.
- 2) Załącznik nr 2 – „Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych”
- 3) Załącznik nr 3 – „Klauzula informacyjna dla kontrahentów”.

## § 21

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

**Przyjmujący zamówienie:**

**Udzielający zamówienia:**

Harmonogram dotyczący umowy świadczonej przez .....  
w SPP ZOZ im. dr. St. Deresza w Choroszczy w miesiącu ..... 20.....roku

<i>Dzień m-ca</i>	<i>Godziny od.... – do....</i>	<i>Ilość godzin</i>	<i>Oddział</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
<b>RAZEM GODZINY</b>			

Przedkładając niniejszy harmonogram,  
jednocześnie oświadczam zgodność  
wskazanego czasu pracy ze stanem faktycznym.

Stwierdzam pod względem  
merytorycznym zgodność  
niniejszego harmonogramu.

.....  
/data i podpis czytelny osoby  
przedkładającej harmonogram/

.....  
/ data , podpis i pieczęć  
Kierownik /



**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/pełniona 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 im. dr. Zygmunta 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 zrozumiałam(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. zapoznałam(am) się z treścią wewnętrznych dokumentów regulujących zakres dotyczący ochrony danych osobowych, pracy w systemach teleinformatycznych oraz sposobów zabezpieczania informacji, w tym danych osobowych, zrozumiałam(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 w Choroszczy, Plac im. dr. Zygmunta 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.**