

UMOWA Nr P/...../2022 WZÓR

zawarta w dniu 2022 r. w Choroszczu pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładem Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczu 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 p.o. Dyrektora – Krzysztofa Szeweluka,

w dalszej części umowy zwany: „Szpitalem” lub „Udzielającym zamówienie”

a

.....
.....

zwanym 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, t.j. z późn. zm.),
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 (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, t.j., z późn. zm.) 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 pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 poz. 562, t.j. z późn. zm.),
4. ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1145, t. j. z późn. zm.)
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 pielęgniarskich zwanych też dalej „świadczeniami zdrowotnymi i pielęgnacyjnymi”, „świadczeniami zdrowotnymi” lub „świadczeniami” zgodnie z **załącznikiem nr 1** do niniejszej umowy.
2. Udzielanie świadczeń pielęgniarskich odbywać się będzie w komórkach organizacyjnych Udzielającego Zamówienie w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez strony harmonogramem miesięcznym, ustalonym nie później niż na 3 dni przed rozpoczęciem miesiąca, którego harmonogram dotyczy.
3. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na wprowadzenie zmian do harmonogramu, o którym mowa w ust. 2 w czasie trwania miesiąca, którego grafik dotyczy. Zmiany muszą zostać dokonane nie później niż w terminie do 24 godz. przed obowiązywaniem zmiany.
4. Koordynacja niniejszej umowy należy do Przełożonej Pielęgniarek, wobec czego grafiki ustalane przez oddziały tworzone są w porozumieniu i za zgodą Przełożonej Pielęgniarek.

§ 2

Obowiązki Przyjmujący 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 pielęgniarek.
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 przeznaczeniem 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 wykonującej umowę.
11. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zasięgnięcia 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 należyтым 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 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 Przyjmujący Zamówienie w wykonywaniu niniejszej umowy może być wyłącznie pielęgniarka 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 UZ 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 UZ,
 - 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 PZ 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 przysługującemu Przyjmującemu Zamówienie.
 4. Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na potrącenie pełnej kwoty, o której mowa w ust. 3 z wynagrodzenia, o którym mowa w § 7.
 5. UZ 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 dnia2022 r. do dnia 2022 r.
2. Nie stanowi naruszenia warunków umowy nieudzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem ustalonym przez PZ 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 UZ 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:
 - a) iloczynu 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:
 - a)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 miesięcznych sprawozdań z czasu i liczby godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2.

§7

Wyplata należności

1. Należności będą regulowane przelewem na konto bankowe Nr w ciągu 21 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, pl. 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. Za nieterminowe przekazanie faktury UZ będzie naliczał karę umowną w wysokości 50 zł brutto za każdy przypadek.
5. Za datę zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku Udzielającego zamówienia.
6. Wynagrodzenie umowne wyczerpuje całość zobowiązań finansowych UZ względem PZ za realizację świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej Umowy.

§8

Postanowienia dodatkowe

1. PZ 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 zajądą 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.
3. Wypowiedzenie umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. 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. W przypadku niewykonania bądź nienależytego wykonania któregoś postanowienia umowy przez Przyjmującego zamówienie, Udzielający zamówienia może nałożyć karę pieniężną w wysokości 500,00 zł za każde stwierdzone naruszenie (oddzielnie za każdy przypadek) umowy to jest w sytuacji:
 - 1) nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie,
 - 2) braku wyznaczenia zastępcy, o którym mowa w § 9,
 - 3) niezgłoszenie w czasie do 24 h przed planowanym dyżurem niemożności udzielania świadczeń objętych umową,
 - 4) gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa,
 - 5) realizowania świadczeń w sposób nie odpowiadający wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie.
2. Kary umowne naliczone zgodnie z ust. 1 pkt. od 1) do pkt. 5) oraz na podstawie ust. 3 Umowy sumują się.
3. Z tytułu naruszenia przez Przyjmującego zamówienie innych postanowień umowy niż wskazanych w ust. 1 Szpital może za każdy stwierdzony przypadek naruszenia nałożyć karę pieniężną w wysokości 10% wynagrodzenia przysługującego za miesiąc poprzedni.
4. Szpital jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania w sytuacji, gdy poniesiona przez niego szkoda przekroczyła wysokość zastrzeżonych z tego tytułu kar umownych. Wysokość kary ustalona zostanie notą obciążeniową.
5. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na potrącenie kar umownych przewidzianych w niniejszej umowie z faktury za zobowiązania wynikające z niniejszej umowy.

§ 12

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.

§ 13

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

§ 14

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 zamówienie związanych z przetwarzaniem danych osobowych.
2. Upoważnienie imienne do przetwarzania danych osobowych przez Przyjmującego zamówienie oraz Klauzula informacyjna dla kontrahentów stanowią załącznik nr 3 i 4 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 Rzecznik Praw Pacjenta.

§ 15

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.

§ 16

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem § 22 ust.2:

§ 17

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

§ 18

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 §19. Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy.

§ 19

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

Przyjmujący zamówienie:

Udzielający zamówienie:

n.pr. Keton... Keton...

ZAKRES CZYNNOŚCI

Przyjmujący Zamówienie w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych w SPP ZOZ im. dr. St. Deresza w Choroszczy zobowiązany jest do :

- 1) ustalenia rozpoznania pielęgniarstwa na podstawie zebranego wywiadu, obserwacji pacjenta oraz informacji uzyskanych od pozostałych członków zespołu terapeutycznego,
- 2) planowania opieki pielęgnacyjnej stosownie do stanu zdrowia pacjenta, diagnozy pielęgniarstwa i lekarskiej oraz ustalonego postępowania diagnostycznego i leczniczo-rehabilitacyjnego,
 - a) realizowania procesu pielęgnowania i zleconego programu diagnostyczno-leczniczego:
 - b) przyjęcia chorego do oddziału i ułatwienie adaptacji do środowiska szpitalnego,
 - c) wykonania czynności higieniczno-pielęgnacyjnych u pacjentów wg obowiązujących zasad,
 - d) udzielenia pomocy ciężko chorym przy zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych,
 - e) zapewnienia wygody i właściwej pozycji pacjenta, np. stosowanie udogodnień, zmiany pozycji w łóżku, gimnastyka oddechowa, pionizowanie,
 - f) zapewnienia warunków do spokojnego snu i wypoczynku,
 - g) obserwacji chorego, m.in. stanu ogólnego i psychicznego, reakcji na wykonywane zabiegi, przyjmowane leki i inne,
 - h) wykonania czynności diagnostycznych, np. ważenie, mierzenie wzrostu, obwodów, liczenie tętna, oddechów, mierzenie ciśnienia tętniczego krwi, pobieranie do badań krwi, kału, prowadzenia dobowej zbiórki moczu, bilansu wodnego, wykonywania prób uczuleniowych i inne,
 - i) wykonywania zabiegów leczniczych, np. kompresów, okładów, opatrunków, inhalacji, podania tlenu, leków drogą doustną, doodbytniczo, do oczu, uszu, nosa, wstrzyknięć podskórnych, dożylnych, domięśniowych, kroplówek i inne,
 - j) zapewnienia pacjentom wsparcia psychicznego w sytuacjach trudnych (lęku, bólu, żalu, osamotnienia),
 - k) zapewnienia pomocy w realizacji potrzeb duchowych,
 - l) pomocy w utrzymaniu kontaktu z rodziną, osobami bliskimi i znaczącymi.
- 3) pobudzenia i aktywizowania chorego do udziału w leczeniu, pielęgnacji poprzez:
 - a) informowanie o prawach pacjenta,
 - b) informowanie o celowości wykonywanych zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych,
 - c) pouczenie i wskazywanie sposobów zachowania podczas zabiegów,
 - d) pomoc w nabywaniu wiedzy i umiejętności niezbędnych do utrzymania i przywracania zdrowia,
 - e) stwarzanie sytuacji aktywizujących do samoopieki,
 - f) szerzenie oświaty zdrowotnej wobec pacjentów i osób odwiedzających,
 - g) organizowanie czasu wolnego pacjenta,
- 4) dokumentowania przebiegu procesu pielęgnowania, wykonanych zabiegów i wyników obserwacji,

- 5) Stałej kontroli działań i oceny wyników postępowania pielęgnacyjnego,
- 6) utrzymania sprawności technicznej narzędzi, sprzętu i aparatury, zabezpieczenia i właściwego przechowywania leków i środków dezynfekcyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami i aktualną wiedzą,
- 7) wykonywania powierzonych zadań zgodnie z posiadanymi kompetencjami, ze standardami opieki ustalonymi w zakładzie oraz zasadami etyki zawodowej,
- 8) natychmiastowego powiadomienia lekarza w razie:
 - a) nagłego pogorszenia się stanu zdrowia chorego,
 - b) niemożności wykonania zleconego zabiegu,
 - c) podejrzenia o chorobę zakaźną,
 - d) popełnienia pomyłki przy podaniu leków,
- 9) współpracy z innymi członkami zespołu terapeutycznego w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie,
- 10) znajomości i przestrzegania praw pacjenta,
- 11) systematycznego doskonalenia kwalifikacji zawodowych (samokształcenie, udział w szkoleniach, kursach) i jakości świadczonej opieki,
- 12) przestrzegania dyscypliny pracy oraz przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 13) przestrzegania zasad współżycia społecznego, noszenie w godzinach pracy ubioru służbowego, dbałość o wygląd zewnętrzny i estetykę miejsca pracy,
- 14) składania wraz z fakturą miesięcznych sprawozdań z czasu / i liczby godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych.

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			
RAZEM GODZINY			

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 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.

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. 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, 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, 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 uzasadniony 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.