UMOWA PROJEKT

Wzór umowy posiada zapisy alternatywne uwzględniające prowadzenie działalności przez Przyjmującego zamówienie

zawarta w dniu .....roku w Konopiskach pomiędzy:
Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Gminny Ośrodek Zdrowia w Konopiskach
NIP 573-238-34-11, REGON 151519713 , 42-274 Konopiska ul.Lipowa 3
zwanym dalej „**Udzielającym Zamówienia „**
reprezentowanym przez Dyrektora SP ZOZ GOZ w Konopiskach -Krzysztofa Śmich

a

Nazwa / Imię i Nazwisko……..

prowadzącym :…….
(dotyczy prowadzących działalność)

z siedzibą/adres : .....

oznaczenie i numer organu rejestrowego:……
(dotyczy prowadzących działalność)

NIP: ..... **REGON:** ……
(dotyczy prowadzących działalność)

Nr rachunku bankowego .....
(wpisać po zakończeniu postępowania)
zwanym w dalszej części „ **Przyjmującym Zamówienie"**

Na podstawie art.27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156 z późn. zmianami), Strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1

1. Udzielający Zamówienie zleca, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się - na warunkach przewidzianych w niniejszej umowie - świadczyć **usługi medyczne** w postaci świadczeń zdrowotnych jako **w Dietetyk w ramach Opieki Koordynowanej w SP ZOZ GOZ w Konopiskach.**
2. Świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie wykonywać będzie w gabinecie lekarskim udostępnionym Przyjmującemu Zamówienie nieodpłatnie i przy użyciu sprzętu medycznego i aparatury medycznej, stanowiących własność Udzielającego Zamówienie, który zapewnia naprawy sprzętu i aparatury, jego konserwację, przeglądy i sterylizację narzędzi.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy w dniach i godzinach określonych w harmonogramie udzielania świadczeń, przedstawionym Udzielającemu Zamówienie przy zawarciu niniejszej umowy. Harmonogram stanowi załącznik do niniejszej Umowy.

4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że znane są mu wymogi świadczenia usług medycznych będących przedmiotem umowy i zobowiązuje się świadczyć te usługi zgodnie z tymi wymaganiami.
5. W razie zaistnienia konieczności, strony dopuszczają możliwość zmiany zakresu, rodzaju miejsca i czasu udzielania świadczeń przez Przyjmującego Zamówienie.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 z późń.zm.) w zakresie wykonywania postanowień Umowy , a w szczególności do udostępniania wszelkich danych , dokumentacji medycznej oraz udzielania informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli , w zakresie wynikającym z niniejszej Umowy i Umowy Świadczeniodawcy z NFZ.
7. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli przez Udzielającego Zamówienie oraz innych uprawnionych organów.
8. Przyjmujący Zamówienie będzie udzielał świadczeń osobiście i nie będzie posługiwał się przy ich wykonywaniu *innymi* osobami.

§ 2

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza. iż znany jest mu katalog zakresów i świadczeń zdrowotnych wymaganych w danej specjalizacji.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza , że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie usług będących przedmiotem niniejszej umowy , a zawarta przez niego umowa ubezpieczenia odpowiada wymogom określonym w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2025 r. poz. 272 z późn. zm.) *(dotyczy osób prowadzących działalność).*
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się posiadać aktualny polisę OC przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy. W przypadku wygaśnięcia polisy OC Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się w terminie do 14 dni przedstawić dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia. *(dotyczy osób prowadzących działalność).*
4. Przyjmujący Zamówienie ponosi wyłączną odpowiedzialność za szkody wyrządzone Udzielającemu Zamówienie lub osobom trzecim na skutek nienależytego wykonywania niniejszej umowy.
5. Przyjmujący Zamówienie posiada aktualne badania profilaktyczne .
6. Przyjmujący Zamówienie oświadcza. że osobiście rozlicza się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych z tytułu świadczeń w ramach Umowy i ponosi odpowiedzialność w związku z powyższym. *(dotyczy osób prowadzących działalność).*
7. W przypadku dokonywania zmian w zakresie prowadzonej działalności (zawieszenie, wykreślenie uniemożliwiające realizowanie umowy) Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do pisemnego powiadomienia o tym fakcie Udzielającego zamówienia niezwłocznie i nie później niż w terminie 7 dni kalendarzowych od daty dokonania zmiany.*(dotyczy osób prowadzących działalność).*

§ 3

Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji niniejszej umowy:

1. Rzetelnie wykonywać świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy , z zachowaniem należytej staranności i zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną, obowiązującymi standardami, przepisami ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz z uwzględnieniem postępów w zakresie medycyny, jak i wymogów określonych przez NFZ.
2. Prowadzić prawidłowo dokumentację medyczną zgodnie z wymogami określonymi w przepisach prawa oraz obowiązującymi zasadami , u Udzielającego Zamówienie , prowadzić sprawozdawczość statystyczną.
3. Udzielać świadczeń zdrowotnych zgłaszającym się pacjentom, obejmujących m.in. badanie stanu zdrowia rozpoznanie chorób i zapobieganie im, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii orzeczeń lekarskich i innych.
4. Zapoznać się i stosować zasady i wewnętrzne przepisy obowiązujące u Udzielającego Zamówienie.
5. Ustosunkowywać się do skarg pacjentów na wykonanie lub niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych poprzez złożenie pisemnych wyjaśnień wraz z sugestią co do proponowanych rozwiązań.
6. Ściśle przestrzegać harmonogramu świadczeń oraz w przypadku choroby i innych zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy, powiadomić niezwłocznie Udzielającego Zamówienie o niemożliwości realizacji świadczeń ze wskazaniem ich przyczyny oraz - w przypadku zaplanowanych nieobecności - Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest powiadomić Udzielającego Zamówienie w terminie umożliwiającym zgłoszenie tego faktu do Narodowego Funduszu Zdrowia. tj. najpóźniej 35 dni przed terminem planowanej nieobecności.
7. Strony jednoznacznie ustalają, że wynagrodzenie przysługuje wyłącznie za czas rzeczywistej obecności w placówce medycznej i faktycznego udzielania świadczeń zdrowotnych.
8. Przyjmujący Zamówienie /Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia ewidencji godzin wykonywania zamówienia/zlecenia. Warunkiem wypłaty wynagrodzenia jest przedłożenie rachunku wraz z pisemną ewidencją godzin, zatwierdzoną przez Zleceniodawcę na koniec miesiąca, po uprzednim zweryfikowaniu ciągłości pracy w systemie gabinetowym POZ. Udzielający Zamówienia /Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do weryfikacji wykazanego przez Przyjmującego Zamówienie /zleceniobiorcę czasu pracy z systemem ewidencji czasu pracy placówki oraz logowaniami w systemie medycznym POZ.
9. W razie konieczności skorzystania z diagnostyki niemożliwej do zrealizowania w pracowniach Udzielającego Zamówienia, Przyjmujący Zamówienie może wystawić skierowanie tylko do placówek z którymi Udzielającego Zamówienie łączą umowy na wykonywanie tych badań.
10. Przyjmujący Zamówienie ponosi całkowitą odpowiedzialność za ustalenia okresu niezdolności/ zdolności z powodu choroby lub zaświadczeń o stanie zdrowia i wystawienie zaświadczeń na drukach przewidzianych przepisami prawa w zakresie orzecznictwa ZUS.

§ 4

Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za terminowe i fachowe wykonanie usług określonych w Umowie.

§ 5

Umowa zostaje zawarta na okres od …… roku do..... roku.

§6

Z tytułu świadczonych usług Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie w wysokości:

Za wykonywanie procedur otrzyma wynagrodzenie za konsultację w zależności od łącznej liczby konsultacji w wysokości:

Brutto……. zł/ za konsultację :pacjent -dietetyk (dla …….konsultacji),słownie:……..
Brutto……. zł/ za konsultację :pacjent -dietetyk (dla …….konsultacji),słownie:……..

Brutto……. zł/ za konsultację :pacjent -dietetyk (dla …….konsultacji),słownie:……..

§ 7

Strony ustalają ,że okresem rozrachunkowym jest miesiąc kalendarzowy.

§ 8

1. Przyjmujący Zamówienie wystawia fakturę/rachunek za wykonane usługi na koniec każdego miesiąca kalendarzowego z numerem rachunku bankowego ,na który należy dokonać przelewu oraz wypełnia druk „zestawienie godzin/procedur za miesiąc.....” i przesyła Udzielającemu Zamówienie do dnia 10-go kolejnego miesiąca.
2. Płatność na rzecz Przyjmującego Zamówienie nastąpi przelewem na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie(po zatwierdzeniu) w terminie do 30 dni.
3. Za datę zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego przez Udzielającego Zamówienie.
4. Strony akceptują wystawianie i dostarczanie w formie elektronicznej, w formacie PDF: faktur,faktur korygujących oraz duplikatów faktur. *(dotyczy osób prowadzących działalność).*
5. Dla podmiotów nieobjętych obowiązkiem fakturowania za pośrednictwem KSeF lub w przypadku braku możliwości wystawienia faktury ustrukturyzowanej w KSeF z uwagi na awarię lub niedostępność KSeF , o których mowa w art.106nda,106nh,106nf, oraz 106ng ustawy z dnia 11marca 2004r. o podatku od towarów i usług , faktury będą przekazywane w postaci uzgodnionej przez strony tj. drogą elektroniczną. Faktury elektroniczne będą wysyłane z adresu email Przyjmującego Zamówienie…….
   Na adres email Udzielającego Zamówienie : ksiegowosc@zozkonopiska.pl
   wraz z opatrzeniem odpowiednimi kodami QR (zgodnie z aktualnym wzorem faktury ustrukturyzowanej).
6. Faktura ustrukturyzowana wystawiona przy użyciu Krajowego Systemu e-Faktur (KSeF) winna być wystawiona w następujący sposób: *Nabywca: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminny Ośrodek Zdrowia w Konopiskach, ul.Lipowa 3, 42-274 Konopiska ,NIP 573-238-34-11*
7. W dniu wystawienia faktury ustrukturyzowanej Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przekazania Udzielającemu Zamówienie dokumentu rozliczeniowego(opisanego w §8 ust.1) ukazującego ilość

przepracowanych godzin w okresie rozliczeniowym w formie skanu drogą elektroniczną na adres: ksiegowosc@zozkonopiska.pl lub w formie papierowej do siedziby SP ZOZ GOZ w Konopiskach (pokój administracji).

8. Za datę wystawienia oraz doręczenia faktury uznaje się datę nadania fakturze numeru identyfikacyjnego w KSeF, zgodnie z przepisami prawa regulującymi funkcjonowanie KSeF.
9. Strony zgodnie postanawiają ,że w przypadku wystawienia przez Przyjmującego Zamówienie faktur niezgodnie z przedstawionymi powyżej postanowieniami , przewidziane w niniejszej Umowie oraz wskazywane na wystawionych fakturach terminy płatności (§8 ust.2) nie rozpoczynają się (nie biegną) do momentu dostarczenia przez Wykonawcę prawidłowo wystawionych faktur.
10. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że jest/nie jest czynnym podatnikiem w podatku od towarów i usług VAT. Przyjmujący Zamówienie oświadcza ,że jest właścicielem rachunku bankowego , wskazanego w danych Przyjmującego Zamówienie .oraz ,że rachunek ten został zgłoszony do Urzędu Skarbowego w ……dla celów rozliczeń podatku VAT i figuruje w wykazie prowadzonym przez Szefa Krajowej Administracji Skarbowej(tzw. biała lista podatników VAT).

§ 9

1. W przypadku rozwiązania Umowy przez Udzielającego Zamówienie z powodu rażącego naruszenia postanowień Umowy przez Przyjmującego Zamówienie – Udzielającemu Zamówienie przysługiwać będzie możliwość dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych.
2. Przyjmujący Zamówienie zapłaci na rzecz Udzielającego Zamówienie karę umowną w wysokości 10 % średniego miesięcznego wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie z ostatnich trzech miesięcy za każde stwierdzone naruszenie obowiązków wynikających z § 3 niniejszej Umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na potrącanie kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia.
4. Jeżeli potrącenie, o którym mowa powyżej nie będzie możliwe Przyjmujący Zamówienie zapłaci kary umowne na podstawie noty księgowej wystawionej przez Udzielającego Zamówienie, w terminie 14 dni od daty wystawienia noty.
5. W przypadku rozwiązania Umowy przez Udzielającego Zamówienie z powodu rażącego naruszenia postanowień Umowy przez Przyjmującego Zamówienie – Udzielającemu Zamówienie przysługiwać będzie możliwość dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych.
6. Udzielający Zamówienie uprawniony jest do żądania od Przyjmującego Zamówienie zwrotu równowartości kar jeżeli ich nałożenie na Udzielającego Zamówienie było w sposób bezpośredni wynikiem niewłaściwego wykonania przez Przyjmującego Zamówienie obowiązków wynikających z niniejszej umowy lub innych zaniedbań ze strony Wykonawcy.
7. Stronom przysługiwać będzie możliwość dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie Cywilnym w sytuacji gdy kary umowne nie pokryją wyrządzonej szkody.

§ 10

1. Umowa ulega rozwiązaniu:
   a) z upływem czasu. na który została zawarta,
   b) na mocy porozumienia stron,
   c) z dniem zakończenia udzielania przez Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych, stanowiących przedmiot niniejszej Umowy,
   d) wskutek oświadczenia Udzielającego Zamówienie w przypadku:
   - nieudokumentowania przez Przyjmującego Zamówienie zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia OC *(dot.osób prowadzących działalność),*
   - rozwiązania umowy pomiędzy Udzielającym Zamówienie a Narodowym Funduszem Zdrowia,
   - utraty przez Przyjmującego Zamówienie uprawnienia do wykonywania zawodu,

e) wskutek oświadczenia jednej ze Stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

2. Każda ze stron ma prawo rozwiązać Umowę z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Przez rażące naruszenie postanowień umowy należy rozumieć w szczególności: nieprzestrzeganie postanowień niniejszej umowy, a ponadto ze strony Przyjmującego Zamówienie: ograniczenie zakresu i obniżenie jakości świadczeń, nieprzestrzeganie harmonogramów udzielanych świadczeń zdrowotnych. wykonywanie świadczeń niezgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej, uzasadnionych skarg pacjentów uznanych przez Udzielającego Zamówienia.
4. Udzielający Zamówienia dopuszcza się rażącego naruszenia postanowień umowy w sytuacji zwłoki w zapłacie wynagrodzenia za okres przekraczający 3 pełne miesiące.

§ 11

Ze strony Udzielającego Zamówienia osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest Dyrektor SP ZOZ GOZ w Konopiskach.

§ 12

W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie będą miały zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156 z późn. zmianami), przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz.1461 z późn. Zmianami) oraz przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 13

I. Zmiana postanowień niniejszej umowy jest możliwa wyłącznie w zakresie określonym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej i wymaga dla swej ważności zachowania formy pisemnej.
1. W przypadku narzucenia przez NFZ innych warunków do kontraktu Udzielającemu Zamówienie, Udzielający Zamówienie zastrzega sobie możliwość natychmiastowej zmiany, mocą jednostronnego oświadczenia woli, warunków niniejszej umowy w zakresie dot. zmian wprowadzonych przez NFZ.
2. W przypadku zmian lub rozwiązania umowy zawartej z NFZ na realizację świadczeń z zakresu POZ Udzielający Zamówienie zastrzega sobie możliwość dokonania odpowiednich zmian do nowych warunków lub rozwiązania umowy z Przyjmującym zamówienie.

§ 14

Wszelkie spory wynikające z postanowień niniejszej umowy rozstrzygane będą przez Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienie.

§ 15

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

a) wypełniania obowiązków przewidzianych w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 zwanego dalej w skrócie „RODO" wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio tub pośrednio zostały pozyskane związku z realizacją umowy.

b) do przestrzegania przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

2. Wykonawca w szczególności oświadcza. że:

a) znane są mu wszelkie obowiązki wynikające z obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych mające zastosowanie oraz RODO.

3. W związku z przetwarzaniem danych osobowych Wykonawcy lub osób wskazanych przez Wykonawcę. informujemy, że:

1) Administratorem Pani/Pana danych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminny Ośrodek Zdrowia w Konopiskach, ul. Lipowa 3 (SP ZOZ GOZ).

2) W SP ZOZ GOZ w Konopiskach został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych.

Załącznikami do UMOWY są następujące dokumenty:

a) dyplom lekarza;
b) prawo wykonywania zawodu;
c) dyplomy uzyskania specjalizacji lub oświadczenie o posiadaniu tytułu;
d) w przypadku odbywania specjalizacji – kopia karty specjalizacyjnej;
e) opis przebiegu pracy zawodowej (opcjonalnie) **;**
f) inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek naukowy i kwalifikacje zawodowe kandydata (opcjonalnie);
g) podpisane oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
h) Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego lub jego kopia lub wydruk z – eKRK i inne wymagane ustawą z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałania zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U. 2026.110));
i) Zaświadczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwskazań do wykonywania lekarskich świadczeń zdrowotnych objętych umową;
j) Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych;
k) kopię umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta w zakresie określonym w art.25 ust.1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej .**Nie dotyczy formy zatrudnienia na podstawie Umowy - zlecenie.**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE