

UMOWA
nr WSzS/DLL/ /2014 (projekt)
O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

zawarta w dniu w Częstochowie pomiędzy:

Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie,
ul. Bialska 104/118,

NIP: 573-22-99-604, REGON: 001281053, KRS: 0000003907

zwanym w dalszej części umowy „**Udzielającym Zamówienia**”

reprezentowanym przez:

Dyrektora – lek. med. Barbarę Magnuszewską-Pankiewicz

a

.....
.....
zwanym w dalszej części umowy „**Przyjmującym Zamówienie**”

reprezentowanym przez:

§1.

1. *Udzielający Zamówienia* zleca, a *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym w załączniku nr 1 do niniejszej umowy – **pakiet nr**
2. Szczegółowy cennik oraz rodzaj poszczególnych badań wskazanych w §1 ust. 1 zawiera *załącznik nr 1* do niniejszej umowy.
3. Koszt transportu badanego materiału do miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy ponosi *Udzielający Zamówienia*.
4. *Przyjmujący Zamówienie* wykonywać będzie świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy przez 5 dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku.

§2.

1. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy (wykonania badań) jest pisemne skierowanie wystawione przez lekarzy zatrudnionych u *Udzielającego Zamówienia*, zawierające następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko i PESEL pacjenta;
 - 2) dane *Udzielającego Zamówienia* (pieczęć);
 - 3) rodzaj badanego materiału;

- 4) podpis i pieczętkę lekarza zlecającego badanie;
 - 5) informacje o pacjencie lub pobranym materiale mogące mieć wpływ na wynik zlecanych badań;
 - 6) numer telefonu kontaktowego i/lub faxu w przypadku konieczności przekazania wyniku w tej formie.
2. Na każde badanie wymienione w § 1 ust. 1 wymagane jest skierowanie lekarskie.
 3. Lista osób upoważnionych do wystawienia skierowania na badania stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
 4. Skierowania z każdego miesiąca będą przechowywane przez *Przyjmującego Zamówienie* przez okres dwóch lat.
 5. Wyniki badań wskazanych w §1 ust.1 niniejszej umowy będą sporządzane w formie pisemnej i dostarczane przez *Przyjmującego Zamówienie* na jego koszt bezpośrednio do komórek organizacyjnych *Udzielającego Zamówienia*, z których zostały wystawione skierowania, w terminie nie dłuższym niż **14 dni** od daty przekazania *Przyjmującemu Zamówienie* materiału do badania, z zastrzeżeniem zapisu §2 ust.1 pkt. 6.
 6. *Przyjmujący Zamówienie* przekazywać będzie *Udzielającemu Zamówienia* wyniki badań w **dwóch egzemplarzach**.
 7. Do każdego wyniku badania *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest **załączyć kserokopię skierowania na badanie**.

§3.

1. Za udzielone świadczenia zdrowotne (wykonane badania) *Przyjmujący Zamówienie* będzie otrzymywał miesięczne wynagrodzenie ustalone (wyliczone) na podstawie cen jednostkowych wskazanych w załączniku nr 1 do niniejszej umowy i stanowiące iloczyn wykonanych w danym miesiącu badań oraz ich cen jednostkowych.
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, płatne będzie na podstawie faktury wystawionej w oparciu o dokumenty, wskazane w ust. 3 niniejszego paragrafu.
3. Do faktury *Przyjmujący Zamówienie* dołączy **wykaz jakościowo-ilościowy** udzielonych świadczeń zdrowotnych (wykonanych badań) **potwierdzony** przez upoważnionego pracownika *Udzielającego Zamówienia* oraz kopię skierowania, o których mowa w § 2 ust. 1-4 niniejszej umowy .
4. *Przyjmujący Zamówienie* wystawi fakturę do 7 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wykonano badania.
5. Brak dokumentów, o których mowa w ust. 3 niniejszego paragrafu, zwalnia *Udzielającego Zamówienia* z obowiązku zapłaty za wykonane badania do czasu dostarczenia prawidłowo

wystawionej faktury, tzn. faktury z dołączonymi dokumentami, o których mowa w ust. 3 niniejszego paragrafu.

6. Faktura będzie płaćna przelewem na konto *Przyjmującego Zamówienie*:

.....
w terminie do **30 dni** od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury.

7. W przypadku niezapłaćenia faktury w terminie określonym w § 3 ust. 6 *Przyjmujący Zamówienie* ma prawo naliczać odsetki ustawowe.

8. *Udzielający Zamówienia* upoważnia *Przyjmującego Zamówienie* do wystawienia faktury VAT bez jego podpisu.

§4.

Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela *Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie* z tytułu niniejszej umowy może nastąpić po wyrażeniu zgody przez *Podmiot Tworzący (Zarząd Województwa Śląskiego)* - art. 54 ust 5 ustawy o działalności leczniczej.

§5.

1. Umowa niniejsza zostaje zawarta na okres **24 miesięcy**, tj. od dnia od dnia

2. Niniejsza umowa może być rozwiązana za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego w przypadku:

a) nieprawidłowego realizowania postanowień niniejszej umowy przez którąkolwiek ze Stron;

b) zmiany formy organizacyjno-prawnej *Udzielającego Zamówienia*, bądź jego reorganizacji bez konieczności ponoszenia z tego tytułu jakichkolwiek konsekwencji finansowych wobec *Przyjmującego Zamówienie*, w szczególności w zakresie roszczeń odszkodowawczych;

c) z ważnych przyczyn dla *Udzielającego Zamówienia*, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy bez konieczności ponoszenia z tego tytułu jakichkolwiek konsekwencji finansowych wobec *Przyjmującego Zamówienie*, w szczególności w zakresie roszczeń odszkodowawczych.

3. Umowa może być rozwiązana bez okresu wypowiedzenia, wskutek oświadczenia jednej ze Stron, w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia niniejszej umowy.

§6.

Przyjmujący Zamówienie zapewnia niezmiennosć cen w czasie obowiązywania umowy.

§7.

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową z należytą starannością i w poszanowaniu praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowe.

§8.

Przyjmujący Zamówienie zapewnia, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy, udzielane będą wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny i spełniające wymagania zdrowotne określone w obowiązujących przepisach prawa oraz oświadcza, że świadczenia te wykonywane będą w pomieszczeniach i przy użyciu urządzeń odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym przewidzianym w obowiązujących w tej materii przepisach.

§9.

- Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej udzielonych świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy zgodnie z obowiązującym prawem, ochrony danych zawartych w tej dokumentacji oraz udostępnienia *Udzielającemu Zamówienia* dokumentacji medycznej w zakresie ilości i rodzaju udzielonych świadczeń zdrowotnych.
- Przyjmujący Zamówienie* zapewnia dostęp do dokumentacji medycznej dla celów kontroli dokonywanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz oświadcza, że podda się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia i w przypadku tejże kontroli udzieli wszelkich wyjaśnień związanych z wykonywaniem przedmiotu niniejszej umowy.
- Przyjmujący Zamówienie* oświadcza, że zobowiązuje się do poddania się kontroli przeprowadzanej przez *Udzielającego Zamówienia* w zakresie i w związku z realizacją niniejszej umowy.
- Strony zgodnie postanawiają wprowadzić do umowy klauzulę o następującej treści:
„Śląski Oddział Wojewódzki NFZ zastrzega sobie prawo przeprowadzenia kontroli podwykonawcy na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy”.
- W przypadku wystąpienia nieprawidłowości ujawnionych w trakcie kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub instytucji umocowanych pod względem formalno-prawnym do przeprowadzenia kontroli, a związanych z udzielaniem przez *Przyjmującego Zamówienie* świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany będzie do pokrycia (zapłaty) *Udzielającemu Zamówienia* wszelkich skutków

finansowych wynikających z takiej kontroli, w pełnej wysokości, tzn. do kwoty wynikającej z dokumentów źródłowych.

6. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany będzie do naprawienia szkody osobowej lub rzeczowej wyrządzonej przez Niego przy lub w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.

7. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej, zgodnie z art. 27, pkt. 4, ppkt. 9 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

§10.

1. *Przyjmujący Zamówienie* oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Kopia polisy stanowi załącznik do niniejszej umowy.

2. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do posiadania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy, ważnej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. W przypadku zawarcia nowej umowy ubezpieczenia OC, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do przedłożenia *Udzielającemu Zamówienia* nowej polisy OC w terminie nie później niż 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W przypadku nie złożenia nowej polisy OC w w/w terminie, *Udzielający Zamówienia* rozwiąże umowę bez wypowiedzenia.

§11.

1. *Przyjmujący Zamówienie* zapłaci *Udzielającemu Zamówienia* kary umowne w niżej wymienionych wysokościach i przypadkach:

a) z tytułu nie dotrzymania terminu wskazanego w § 2 ust. 5 – karę umowną w wysokości 0,1% średniego miesięcznego wynagrodzenia z 3 miesięcy, o którym mowa w § 3 ust. 1 niniejszej umowy za każdy dzień opóźnienia;

b) tytułu nienależytego wykonania przedmiotu umowy innego niż niedotrzymanie terminu wskazanego w § 2 ust. 5 niniejszej umowy – karę umowną w wysokości 10% wartości średniego miesięcznego wynagrodzenia z 3 miesięcy, o którym mowa w § 3 ust.1 niniejszej umowy.

2. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu płatne będą na podstawie not obciążeniowych wystawianych przez *Udzielającego Zamówienia*, poprzez potrącenie z wynagrodzenia miesięcznego za wykonanie przedmiotu umowy.

3. Zapłata kar umownych nie wyklucza możliwości żądania zapłaty odszkodowania uzupełniającego na zasadach przepisów Kodeksu Cywilnego.

§12.

Ewentualna zmiana treści niniejszej umowy oraz treści załączników wymagają formy pisemnej w formie aneksu podpisanego przez obie Strony.

§13.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy o działalności leczniczej oraz przepisy Kodeksu Cywilnego.

§14.

Spory wynikające z realizacji niniejszej umowy Strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego miejscowo dla siedziby *Udzielającego Zamówienia*.

§15.

Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Załącznik nr 1 do umowy – rodzaje i cennik przeprowadzanych badań

Załącznik nr 2 do umowy – lista osób upoważnionych do wystawienia skierowania na badania

Udzielający Zamówienia

Przyjmujący Zamówienie

Rodzaje i cennik badań

PAKIET NR 1.

**„BADANIA HISTOLOGICZNE SZPIKU I WĘZŁA CHŁONNEGO
ORAZ TKANKI CHŁONNEJ POZAWĘZŁOWEJ”**

Lp.	Rodzaj badania	Prognozowana liczba badań w okresie obowiązywania umowy	Cena jednostkowa badania
1.	Barwienie immunohistochemiczne z oceną (za oznaczenie jednego antygenu)	350	

PAKIET NR 2.

„KONSULTACJA PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH”

Lp.	Rodzaj badania	Prognozowana liczba badań w okresie obowiązywania umowy	Cena jednostkowa badania
1.	Konsultacja gotowych preparatów bez wykonywania barwień specjalnych	400	
2.	Barwienie histochemiczne (wybiórcze) z oceną	50	
3.	Barwienie immunohistochemiczne z oceną (za oznaczenie jednego antygenu)	1500	

PAKIET NR 3.

„NRAS”

Lp.	Rodzaj badania	Prognozowana liczba badań w okresie obowiązywania umowy	Cena jednostkowa badania
1.	NRAS	200	

PAKIET NR 4.

„BADANIE MOLEKULARNE POTWIERDZAJĄCE OBECNOŚĆ I OKREŚLAJĄCE RODZAJ MUTACJI KIT”

Lp.	Rodzaj badania	Prognozowana liczba badań w okresie obowiązywania umowy	Cena jednostkowa badania
1.	Badanie molekularne potwierdzające obecność i określające rodzaj mutacji KIT, a przy jej braku potwierdzające obecność i określające rodzaj mutacji PDGFRA	10	

....., dnia

pełna nazwa oferenta

.....

dokładny adres

.....

tel./fax

Lista osób upoważnionych do wystawienia skierowania na badania:

1.

2.

3.

4.

.

.

.

.

.

.

.