

## UMOWA

NR WSzS/DLL/ /2015 (projekt)

zawarta w dniu ..... pomiędzy:

**Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. NMP z siedzibą w Częstochowie,  
ul. Bialska 104/118, 42-202 Częstochowa**

**NIP: 573 22 99 604      REGON: 001281053      KRS:0000003907**

reprezentowanym przez:

**Dyrektora - lek. med. Barbarę Magnuszewską - Pankiewicz**

zwanym dalej „**Udzielającym zamówienia**”

**a**

.....  
.....  
wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonym przez

..... w....., nr.....

NIP:..... REGON:..... nr wpisu do ewidencji  
działalności gospodarczej/.....

reprezentowanym przez:

.....  
zwanym dalej „**Przyjmującym zamówienie**”

W wyniku przeprowadzonego w dniu ..... konkursu ofert na  
udzielenie zamówienia **na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach konsultacji  
neurologicznych dla dzieci/udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej  
dla Dzieci** dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny  
w Częstochowie,

strony zawierają umowę o następującej treści:

### § 1

**1.** Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania  
świadczeń zdrowotnych w **postaci konsultacji neurologicznych dla dzieci** hospitalizowanych  
w oddziałach szpitalnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi  
Panny w Częstochowie **/udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej dla  
Dzieci-** PAKIET NR .....

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy, jako podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 217).

3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada wymagane prawem kwalifikacje oraz stan zdrowia umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy.

## §2

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie i na warunkach określonych w umowie, a Udzielający zamówienia do zapłaty wynagrodzenia za udzielanie tych świadczeń.

2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w § 1 ust.1 niniejszej umowy, udzielane będą zgodnie ze złożoną przez Przyjmującego Zamówienie ofertą oraz zgodnie z Regulaminem Konkursu Ofert.

3. Oferta Przyjmującego Zamówienie stanowi integralną część niniejszej umowy w formie Załącznika Nr 2.

## § 3

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy samodzielnie, z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą i sztuką medyczną, w poszanowaniu interesów Udzielającego Zamówienia i poszanowaniem interesów i praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, wymogami NFZ i umowami zawartymi przez Udzielającego Zamówienia.

2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż zna określone przez NFZ szczegółowe warunki udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

## §4

1. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych w postaci **konsultacji neurologicznych dla dzieci** jest pisemne skierowanie wystawione przez lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych u *Udzielającego zamówienia* zawierające następujące dane:

- 1) imię, nazwisko i PESEL pacjenta;
- 2) dane Udzielającego zamówienia (pieczęć);
- 3) podpis i pieczętkę lekarza zlecającego konsultację

2. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej dla Dzieci jest pisemne skierowanie wystawione przez lekarza zawierające następujące dane:

- 1) imię, nazwisko i PESEL pacjenta

2) dane jednostki kierującej (pieczęć);

3) podpis i pieczętkę lekarza wystawiającego skierowanie

## § 5

1. Za udzielone świadczenia zdrowotne (wykonane konsultacje) *Przyjmujący zamówienie* będzie otrzymywał miesięczne wynagrodzenie ustalone na podstawie cen jednostkowych wykonanych konsultacji, wskazanych w Załączniku Nr 1 do niniejszej umowy.

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 rodzajowo – ilościowy udzielonych świadczeń zdrowotnych (wykonanych konsultacji).

4. *Przyjmujący zamówienie* wystawi fakturę do 7 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wykonano konsultacje.

5. Brak dokumentów, o których mowa w ust. 3 niniejszego paragrafu, zwalnia *Udzielającego zamówienie* z obowiązku zapłaty zakwestionowanej części konsultacji do czasu dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury, tzn. faktury z dołączonymi dokumentami, o których mowa w ust. 3 niniejszego paragrafu.

6. Faktura będzie płatna przelewem na konto *Przyjmującego zamówienie*:

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

7. W przypadku niezapłacenia faktury w terminie określonym w § 5 ust. 6 *Przyjmujący zamówienie* ma prawo naliczać odsetki ustawowe.

8. *Udzielający zamówienia* upoważnia *Przyjmującego zamówienie* do wystawienia faktury VAT bez jego podpisu.

9. *Przyjmujący zamówienie* zapewnia niezmiennosc cen w czasie obowiązywania umowy.

## §6

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 - art. 54 ust 5 ustawy o działalności leczniczej.

## §7

*Przyjmujący Zamówienie* na żądanie *Udzielającego Zamówienia* zobowiązuje się do udzielania informacji (pisemnej lub ustnej) co do sposobu realizacji przyjętego zamówienia.

## §8

1. *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.
2. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu i nie może powierzyć ich wykonywania osobom (podmiotom) trzecim bez zgody *Udzielającego zamówienia*.

## §9

1. *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.
2. *Przyjmujący zamówienie* zapewnia dostęp do dokumentacji medycznej dla celów kontroli dokonywanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz oświadcza, że w przypadku tejże kontroli udzieli wszelkich wyjaśnień związanych z wykonywaniem przedmiotu niniejszej umowy.
3. *Przyjmujący zamówienie* oświadcza, że zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez *Udzielającego zamówienia* oraz przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie i w związku z realizacją niniejszej umowy.
4. Strony umowy 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”.
5. 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* zobowiązany jest do posiadania w okresie obowiązywania niniejszej umowy, ubezpieczenia OC za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zawartego na warunkach określonych przepisami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22.12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).

2. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do dostarczenia *Udzielającemu zamówienia* kopii polisy OC w terminie 7 dni od daty zawarcia niniejszej umowy oraz w okresie trwania tej umowy, dowodu opłacenia składek w terminach określonych przez ubezpieczyciela.

3. W przypadku nie wykonania przez *Przyjmującego zamówienie* obowiązku wskazanego w ust.2 niniejszego paragrafu, *Udzielający zamówienia* rozwiąże niniejszą umowę z zachowaniem trzydniowego okresu wypowiedzenia.

## §11

1. *Udzielający zamówienie* może naliczyć *Przyjmującemu zamówienie* karę umowną z tytułu nienależytego wykonania lub niewykonania któregokolwiek obowiązków wynikających z niniejszej umowy w wysokości 10% średniej wartości brutto miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w § 5 ust.1 niniejszej umowy.

2. Kara może być naliczona po uprzednim wezwaniu *Przyjmującego zamówienie* do wykonania lub terminowego wykonania określonych obowiązków umownych.

3. Kara umowna, o której mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu płatna będzie na podstawie not obciążeniowych wystawianych przez *Udzielającego zamówienia*. Naliczona kara może być potrącona z wynagrodzenia miesięcznego za wykonanie przedmiotu umowy.

4. Naliczona kara umowna nie pozbawia *Udzielającego zamówienia* prawa do dochodzenia zapłaty odszkodowania na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie Cywilnym.

## §12

Niniejsza umowa zostaje zawarta na **czas określony, tj.:** od dnia ..... do dnia .....

### §13

1. Umowa może zostać rozwiązana za 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca, w szczególności w następujących przypadkach:

1) zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, zwłaszcza w przypadku braku kontraktu z NFZ lub likwidacji *Udzielającego zamówienia*, bez konieczności ponoszenia z tego tytułu jakichkolwiek konsekwencji finansowych wobec *Przyjmującego zamówienie*, w szczególności w zakresie roszczeń odszkodowawczych;

2) 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;

2. Umowa może zostać rozwiązana, wskutek oświadczenia jednej ze Stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku:

1) gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy;

2) utraty przez *Przyjmującego zamówienie* uprawnień koniecznych dla realizacji przedmiotu umowy.

3. Umowa może zostać rozwiązana w drodze porozumienia Stron.

### §14

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

### §15

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy o działalności leczniczej, inne przepisy dotyczące przedmiotu niniejszej umowy oraz przepisy Kodeksu cywilnego.

### §16

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

### §17

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

.....

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

.....

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

*do umowy nr .....*

**Rodzaje i cennik konsultacji**

<b>RODZAJ ŚWIADCZENIA</b>	<b>cena jednostkowa brutto w złotych</b>
Konsultacje neurologiczne dla dzieci	

**Rodzaj i cennik świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej dla Dzieci**

<b>Rodzaj świadczenia</b>	<b>cena jednostkowa brutto w złotych</b>
Świadczenia zdrowotne w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Neurologicznej dla Dzieci	

....., dnia .....

.....  
*pełna nazwa oferenta*

.....  
*dokładny adres*

.....  
*tel./fax*