

UMOWA (WZÓR)
NR WSzS/DLL/...../2021

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń pielęgniarских
polegających na wykonywaniu zadań pielęgniarских i innych procedur medycznych przez
pielęgniarki w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.**

zawarta w dniu2021r. 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 – Zbigniewa Bajkowskiego
zwanym dalej „Udzielającym Zamówienia”

a

.....
NIP: REGON: KRS:

zwanym dalej „**Przyjmującym Zamówienie**”.

W wyniku przeprowadzonego konkursu ofert nr **KO/14/2021** na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie świadczeń pielęgniarских polegających na wykonywaniu zadań pielęgniarских i innych procedur medycznych przez pielęgniarki w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej 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 zakresie pielęgniarstwa przez pielęgniarkę/pielęgniarki w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.**
- 2. Prognozowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniarki będzie uzależniona od potrzeb Udzielającego Zamówienia i wynosi średnio około godzin miesięcznie.**
- 3. Rozkład udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy w liczbie jednej osoby na dyżur w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej obejmuje dni robocze tygodnia, tj.: od poniedziałku do piątku w godzinach: od 23:00 do 8:00 dnia następnego oraz soboty, niedziele, święta i w dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego.**
- 4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada wymagane prawem kwalifikacje umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy,**

spełnia wymogi określone w Regulaminie Konkursu Ofert przez cały okres obowiązywania umowy.

5. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy jako podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2020r., poz. 295 ze zm.).

6. *Przyjmujący Zamówienie* ma prawo do zaplanowanego niewykonywania świadczeń zdrowotnych po uzgodnieniu z 7-dniowym wyprzedzeniem terminu nieobecności z Kierownikiem ZDO, bez prawa do wynagrodzenia.

§ 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, stanowiącym Załącznik do niniejszej umowy i jej integralną część.

3. Formularz Ofertowy *Przyjmującego Zamówienie* stanowi integralną część niniejszej umowy w formie Załącznika Nr 2.

4. Wykaz personelu realizującego świadczenia zdrowotne stanowi załącznik nr 3 do umowy.

5. *Przyjmujący Zamówienie* nie może pełnić dyżurów (udzielać świadczeń zdrowotnych) następujących bezpośrednio po sobie.

§ 3

1. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych, w zakresie świadczeń pielęgniarских objętych przedmiotem niniejszej umowy samodzielnie, z najwyższą 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* zobowiązany jest do udzielania świadczeń zgodnie z harmonogramem zatwierdzonym przez Naczelną Pielęgniarkę lub inną osobę wyznaczoną przez Dyrektora *Udzielającego Zamówienia*, a sporządzonym z góry na okresy miesięczne. Propozycje zabezpieczenia dyżurów powinny być złożone u Pielęgniarki Naczelnej lub innej osoby wyznaczonej przez Dyrektora *Udzielającego Zamówienia*, najpóźniej do 20-ego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym będą pełnione dyżury. Harmonogram na pierwszy miesiąc obowiązywania umowy zostanie sporządzony niezwłocznie po zawarciu umowy. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo zmiany harmonogramu jednak nie później niż na 5 dni przed rozpoczęciem danego miesiąca. Wzór harmonogramu stanowi załącznik do niniejszej

umowy, jednak dopuszcza się odstępstwa od załączonego wzoru, uwzględniając wszystkie dane zawarte we wzorze.

3. Harmonogramy ze strony *Udzielającego Zamówienia* akceptuje Naczelną Pielęgniarkę lub inna osoba wyznaczona przez Dyrektora *Udzielającego Zamówienia*, uwzględniając ciągłość i kompleksowość opieki zdrowotnej oraz harmonogram wykazany w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia.

4. Szczegółowy harmonogram dyżurów przekazywany będzie do Naczelnej Pielęgniarki lub innej osoby wyznaczonej przez Dyrektora *Udzielającego Zamówienia* celem weryfikacji, a następnie przekazany będzie podmiotom (osobom) udzielającym świadczeń zdrowotnych.

5. W toku realizacji Umowy *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania obowiązujących u *Udzielającego zamówienie*: Regulaminu Organizacyjnego, innych wewnętrznych regulaminów, zarządzeń, poleceń służbowych, procedur i instrukcji m. in. związanych z wdrożonymi standardami akredytacyjnymi oraz funkcjonującym w szpitalu Zintegrowanym Systemem Zarządzania wg norm ISO 9001:2015, ISO14001:2015, PN-N 18001:2004 i przyjętej z tym związanej Polityki ZSZ, która stanowi integralną część umowy (Załącznik nr 4 do umowy). Poza tym *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania przepisów bhp, p.poż oraz wdrożonych polityk bezpieczeństwa.

6. *Przyjmujący Zamówienie* oświadcza, że określone w ust. 5 dokumenty są mu znane i może się zapoznać z ich ewentualnymi zamianami w komórkach organizacyjnych *Udzielającego Zamówienia*, w szczególności Dziale Kontraktów, Dziale Organizacyjno-Prawnym i Dziale Lecznictwa.

7. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do bezpośredniego udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy bez przenoszenia swoich obowiązków na inne podmioty lub osoby.

8. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami Ministra Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i zleconej przez Szpital i ponosi roszczenie z tytułu nieprawidłowej dokumentacji.

§ 4

1. *Przyjmujący Zamówienie* bierze na siebie odpowiedzialność za jakość i poziom świadczonych usług. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie *Udzielający Zamówienia* i *Przyjmujący Zamówienie*.

2. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży ochronnej i obuwiu roboczym odpowiadającym wymogom określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa dotyczących tej materii.

3. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się zapewnić należyte warunki bezpieczeństwa i higieny pracy osobom zaangażowanym do realizacji zlecenia, a także szczególną czystość wykonywanych prac mając na uwadze dobro pacjentów i pracowników *Udzielającego Zamówienia*. *Przyjmujący Zamówienie* oraz wszystkie osoby zaangażowane przez *Przyjmujący Zamówienie* do realizacji

zlecenia zgodnie z postanowieniami niniejszej Umowy zobowiązany jest do postępowania według obowiązujących przepisów prawa w zakresie zachowania porządku i higieny, minimalizacji negatywnego oddziaływania na realizowanie przez *Udzielającego Zamówienia* zadań statutowych.

4. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za szkody oraz następstwa nieszczęśliwych wypadków dotyczących pracowników *Przyjmującego Zamówienia* i osób zaangażowanych do realizacji zlecenia, w tym także w związku z czynnościami wykonywanymi przez *Przyjmującego Zamówienia* oraz osoby zaangażowane do realizacji zlecenia

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia stałego nadzoru nad osobami zaangażowanymi do realizacji zlecenia oraz przyjmuje obowiązki i spostrzeżenia przekazane przez *Udzielającego Zamówienia*. W tym zakresie *Udzielający Zamówienia* (poprzez swoje organy oraz pracowników i przedstawicieli dokonujących czynności jego w imieniu) zastrzega sobie prawo do podejmowania, w związku z realizacją zlecenia, działań bezpośrednio w stosunku do osób zaangażowanych do realizacji zlecenia ze skutkiem dla *Przyjmującego Zamówienia*.

6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do stosowania się do merytorycznych wskazówek Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej, które nie mają charakteru poleceń pracowniczych, a wydawane są wyłącznie w celu zapewnienia prawidłowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem.

7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do nie opuszczania Zakładu Diagnostyki Obrazowej, dopóki nie stawi się osoba przejmująca opiekę w ZDO, tzw. „zmiennik” lub w sytuacji, gdy konieczne jest kontynuowanie czynności medycznych zapobiegających pogorszeniu, utracie zdrowia lub życia pacjentów.

8. Osobami odpowiedzialnymi za prawidłowy przebieg realizacji niniejszej umowy są:

a) ze strony *Przyjmującego Zamówienia*:

b) ze strony *Udzielającego Zamówienia*:

W przypadku zmiany osób odpowiedzialnych za prawidłowy przebieg realizacji umowy, o których mowa w § 4 ust. 8, Strony zobowiązane są do informowania o powyższych zmianach z zachowaniem formy pisemnej.

§ 5

1. *Przyjmujący Zamówienie* nie może na terenie *Udzielającego Zamówienia* udzielać świadczeń zdrowotnych, ani też świadczyć innych usług medycznych na rzecz osób niebędących pacjentami *Udzielającego Zamówienia*.

2. *Przyjmujący Zamówienie* nie może udzielać świadczeń zdrowotnych przekraczających zakres określony w kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia poza przypadkami wyższej konieczności tj. poza przypadkami świadczeń zdrowotnych ratującymi życie pacjenta.

3. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do poddania kontroli *Udzielającemu Zamówienia*, w szczególności w zakresie sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, właściwego wykorzystania udostępnionego mu majątku, prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej, terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych.

4. W zakresie przedmiotu umowy *Przyjmujący Zamówienie* przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez osoby upoważnione przez *Udzielającego Zamówienia* oraz przez NFZ na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019r., poz. 1373 ze zm.), a w szczególności w zakresie:

1) sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,

2) prowadzenia dokumentacji medycznej, dotyczącej udzielanych świadczeń,

3) kontroli prawidłowej realizacji postanowień niniejszej umowy oraz umowy zawartej przez *Udzielającego Zamówienia* z NFZ.

5. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do wdrożenia zaleceń pokontrolnych w terminie wyznaczonym przez *Udzielającego Zamówienia*.

6. 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.

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

8. Świadczenia zdrowotne objęte umową udzielane będą przez *Przyjmującego Zamówienie* przy użyciu sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej i materiałów medycznych, do których *Udzielający Zamówienia* posiada tytuł prawny.

9. *Udzielający Zamówienia* udostępni nieodpłatnie *Przyjmującemu Zamówienie* pomieszczenia, sprzęt i aparaturę medyczną niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia.

10. Wskazana w ust. 8 aparatura, sprzęt medyczny i inne środki niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem, mogą być wykorzystywane przez *Przyjmującego Zamówienie* wyłącznie do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów *Udzielającego Zamówienia*. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się zapoznać z zasadami funkcjonowania sprzętu i aparatury powierzonej przez *Udzielającego Zamówienia* i postępować ze sprzętem i aparaturą zgodnie z zapisami karty gwarancyjnej i instrukcji obsługi oraz zasad ustalonych przez *Udzielającego Zamówienia*. *Przyjmujący Zamówienie* ponosi całkowitą odpowiedzialność za szkody powstałe w sprzęcie lub aparaturze medycznej oraz w pozostałym wyposażeniu w sytuacji, gdy szkoda powstała wskutek zawinionego zachowania lub zaniechania *Przyjmującego Zamówienie*.

11. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz sprzętu i aparatury medycznej, zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w umowie.

12. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do informowania *Udzielającego Zamówienia* o wszelkich czynnikach mogących negatywnie wpłynąć na realizację przedmiotu umowy, w szczególności na terminową bądź prawidłową realizację przedmiotu umowy, niezwłocznie po ich wystąpieniu.

W przypadku zgłoszenia przez *Udzielającego Zamówienia* zastrzeżeń związanych z wykonywaniem przedmiotu umowy, *Przyjmujący Zamówienie* ma obowiązek skorygowania sposobu realizacji przedmiotu umowy bądź też odniesienia się do wniesionych zastrzeżeń w terminie 5 dni roboczych od ich zgłoszenia.

§ 6

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową *Przyjmującemu Zamówienie* przysługiwać będzie miesięczne wynagrodzenie, wyliczone w oparciu o stawki godzinowe wskazane w ofercie oraz ilość godzin udzielania świadczeń (dyżurów), po przedstawieniu rachunku (faktury) wraz z załącznikiem określającym ilość godzin udzielania świadczeń (dyżuru).

2. Stawka godzinowa udzielania świadczeń zdrowotnych (dyżuru) przez pielęgniarkę wynosi: zł **brutto (słownie złotych:**) **za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (dyżuru)**. Wynagrodzenie zaspokaja wszelkie roszczenia *Przyjmującego Zamówienia* z tytułu wykonania przedmiotu umowy.

3. Rachunek (faktura) wraz z załącznikiem, o którym mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu, będzie podlegał weryfikacji i zatwierdzeniu przez pracowników *Udzielającego Zamówienia* pod względem ilości, oraz terminowego i prawidłowego wykonania przedmiotu umowy.

4. *Przyjmujący Zamówienie* wystawi rachunek (fakturę) do 7 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia zdrowotne.

5. Zapłata wynagrodzenia następować będzie na konto *Przyjmującego Zamówienia* o nr w terminie 15 dni od daty otrzymania przez *Udzielającego Zamówienia* prawidłowo wystawionego rachunku (faktury) wraz z załącznikiem, po weryfikacji w sposób określony w ust. 3.

6. Brak załącznika, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, zwalnia *Udzielającego Zamówienia* z obowiązku zapłaty za wykonanie przedmiotu umowy do czasu dostarczenia prawidłowo wystawionego rachunku (faktury), tzn.: z załącznikiem, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu. W takiej sytuacji termin płatności biegnie od doręczenia załącznika.

7. W przypadku niezapłacenia rachunku (faktury) w terminie wskazanym w ust. 5 niniejszego paragrafu, *Przyjmujący Zamówienie* ma prawo naliczać odsetki za zwłokę w ustawowej wysokości.

8. Zapisu ustępu poprzedzającego nie stosuje się w przypadku udokumentowanego braku środków finansowych spowodowanego opóźnieniem w ich przekazaniu przez NFZ z tytułu umowy łączącej go z *Udzielającym Zamówienia*.

9. *Udzielający Zamówienia* ma prawo do przedłużenia okresu obowiązywania umowy w przypadku niewykorzystania ilościowego i wartościowego przedmiotu umowy z zastrzeżeniem, że wartość umowy określona w ust. 10 nie zostanie przekroczona.

10. Wartość umowy po przeprowadzonym postępowaniu konkursowym wynosi: zł brutto (słownie złotych:).

§ 7

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, w tym także za szkody związane z przeniesieniem chorób zakaźnych, na podstawie i zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

2. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do dostarczenia *Udzielającemu Zamówienia* kopii polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia niniejszej umowy oraz w okresie trwania tej umowy dowodu opłacenia składek w terminach określonych przez ubezpieczyciela.

3. W czasie trwania umowy *Przyjmujący Zamówienie* jest zobowiązany przedłożyć nową polisę przed wygaśnięciem poprzedniej.

4. W przypadku niewykonania obowiązku wskazanego powyżej, *Udzielający Zamówienia* rozwiąże umowę w trybie natychmiastowym.

5. *Przyjmujący Zamówienie* oświadcza, iż posiada aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy, oraz aktualne zaświadczenie o odbytym szkoleniu bhp.

6. W trakcie trwania niniejszej umowy, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do dostarczenia *Udzielającemu Zamówienia* kopii aktualnych zaświadczeń, o których mowa w ust. 5.

§ 8

1. *Przyjmujący Zamówienie* samodzielnie dokonuje rozliczeń z przedmiotu niniejszej umowy na podstawie przepisów dotyczących osób prowadzących działalność gospodarczą i innych obowiązujących w tym zakresie.

2. *Przyjmujący Zamówienie* oświadcza, że nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z tytułu umowy.

3. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się zawiadomić *Udzielającego Zamówienia* o zaistnieniu wszelkich okoliczności powodujących powstanie obowiązku ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od daty ich zaistnienia. Powstanie obowiązku ubezpieczeń społecznych z tytułu umowy nie powoduje konieczności jej zmiany.

4. W razie zaistnienia okoliczności powodujących powstanie po stronie *Przyjmującego Zamówienie* obowiązku ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany będzie do zapłaty na rzecz *Udzielającego zamówienia* wszelkich obciążeń publicznoprawnych, a w szczególności obciążających *Udzielającego Zamówienia*

składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne oraz składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, a także zwrotu wszelkich poniesionych z tego tytułu przez *Udzielającego Zamówienie* kosztów.

5. W okresie podlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu umowy wynagrodzenie wypłacane na podstawie niniejszej umowy będzie pomniejszone o wysokość składek na ubezpieczenia społeczne, składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych w części finansowanej przez ubezpieczonego a także w części finansowanej przez *Udzielającego Zamówienia*.

§ 9

1. *Udzielający Zamówienia* ma prawo naliczenia *Przyjmującemu Zamówienie* kary umownej w wysokości 500,00 zł za każdy przypadek nienależytego wykonywania lub niewykonywania któregokolwiek z obowiązków wynikających z 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. Naliczone kary umowne nie pozbawiają *Udzielającego Zamówienia* prawa do dochodzenia zapłaty odszkodowania na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie Cywilnym do pełnej wysokości szkody.

§ 10

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że nie łączy go stosunek pracy ani inny stosunek o charakterze cywilno - prawnym z jakimkolwiek zakładem usług pogrzebowych.

§ 11

Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony wynoszący 12 miesięcy, od dnia..... do dnia.....

§ 12

1. Umowa może zostać rozwiązana przez *Udzielającego Zamówienia* za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca w przypadku:
 - 1) zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie *Udzielającego Zamówienia* 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.

3) całkowitego zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych przez *Przyjmującego Zamówienie* np. w przypadku likwidacji działalności, bez konieczności ponoszenia z tego tytułu jakichkolwiek konsekwencji finansowych, 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 także zostać rozwiązana w trybie natychmiastowym w przypadku:

- 1) stwierdzenia jakiegokolwiek współpracy *Przyjmującego Zamówienie* z zakładem pogrzebowym, a w szczególności wykrycia przypadku poinformowania zakładu pogrzebowego o zgonie pacjenta;
- 2) popełnienia przez *Przyjmującego Zamówienie* przestępstwa w związku z wykonywanym zawodem;
- 3) gdy zajdą okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają dalsze wykonywanie umowy;
- 4) naruszenia przez *Przyjmującego Zamówienie* zakazu udzielania świadczeń zdrowotnych u świadczeniodawcy innego niż *Udzielający Zamówienia*, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

4. W razie rozwiązania umowy przez *Udzielającego Zamówienia* bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie *Przyjmującego Zamówienie*, *Udzielający Zamówienia* może żądać od *Przyjmującego Zamówienie* zapłaty kary umownej w wysokości 10% średniej wartości brutto miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w § 6 ust. 2 niniejszej umowy.

5. Umowa może być rozwiązana w drodze porozumienia stron.

6. Umowa ulega rozwiązaniu z wpływem czasu, na który została zawarta.

7. Strony ustalają, iż zapisy umowy, w których zawarte są odniesienia do Narodowego Funduszu Zdrowia, znajdują zastosowanie w stosunku do podmiotu wstępującego w prawa i obowiązki NFZ, w przypadku jego likwidacji lub ograniczenia zakresu działania.

§13

W przypadku zmian zasad kontraktowania i warunków finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sposób odbiegający znacznie od zasad obowiązujących w dniu zawarcia umowy, a także rozwiązania i nie zawarcia nowego kontraktu z NFZ *Udzielający Zamówienia* może rozwiązać niniejszą umowę za 7 – dniowym okresem wypowiedzenia.

§ 14

Wszelkie ewentualne zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

§ 15

Wszelkie spory wynikłe w związku z wykonywaniem postanowień niniejszej umowy strony poddają rozstrzygnięciu sądowi powszechnemu właściwemu miejscowo dla siedziby *Udzielającego Zamówienia*.

§ 16

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, przepisy ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej z 15 lipca 2011r. oraz przepisy aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, przepisy ustawy o działalności leczniczej, inne przepisy prawa dotyczące przedmiotu niniejszej umowy oraz postanowienia Regulaminu Konkursu Ofert.

§ 17

1. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
2. Umowa wraz z załącznikami w niej wymienionymi stanowi integralną całość.

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
Zbigniew Bajkowski

**HARMONOGRAM ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NA MIESIĄC..... 20.....r.**

DZIEŃ MIESIĄCA	GODZINA ROZPOCZĘCIA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO	GODZINA ZAKOŃCZENIA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO	ŁĄCZNA LICZBA GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	PODPIS
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				
		SUMA		

.....
Podpis Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam wykonanie powyższego Harmonogramu Pracy:

.....
Podpis Kierownika Oddziału