

Umowa nr dot. Postępowania nr 7K/ 2017

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ratunkowych medycznych świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych – opieka całodobowa

zawarta w dniu w Grójcu, zwana dalej „Umową” pomiędzy:

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec, spółką wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000351118, NIP 797- 201- 92- 61, REGON: 142203546, reprezentowaną przez:

Marzenę Barwicką – Prezesa Zarządu, zwaną w dalszej części umowy **Udzielającym zamówienia** lub „**Szpitałem**”

a

Panią zamieszkałą, nr Pesel, prowadzącą działalność gospodarczą pn. „.....”, z siedzibą w, ul., nr kodu, wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej od dnia roku i rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem, Nr Regon, zwaną dalej **Przyjmującym zamówienie**,

Udzielający zamówienie i Przyjmujący zamówienie zwani łącznie w dalszej części umowy „**Stronami**” lub oddzielnie „**Stroną**”.

Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638, z późn. zm.) oraz w wyniku dokonania przez Udzielającego zamówienia wyboru oferty Przyjmującego zamówienie w trybie konkursu ofert (Postępowanie nr 7/K/2017). Strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1

- 1) Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie przez **Przyjmującego zamówienie** na rzecz **Udzielającego zamówienia** świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie kompetencji ratownika medycznego, zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016r. poz. 1868, z późn. zm.), a także zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015r. poz. 2069).
- 2) Świadczenia zdrowotne powierzone **Przyjmującemu zamówienie** do wykonywania, o których mowa w ust. 1 będą obejmowały w szczególności następujące czynności:
 - a) przekazywanie istotnych informacji o pacjentkach/pacjentach wszystkim członkom zespołu terapeutycznego, współpraca z członkami zespołu terapeutycznego, stosownie do swojej funkcji w tym zespole,

- b) wykonywanie zleconych czynności diagnostycznych i leczniczych, podawanie zaleconych leków, w dawkach oraz godzinach wyznaczonych przez lekarzy,
- c) udzielanie pierwszej pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów,
- d) przestrzeganie zapisów Karty Praw Pacjenta, w szczególności prawa do :
 - kompetentnej pod względem jakościowym opieki,
 - fachowej i rzetelnej informacji,
 - poszanowania intymności oraz godności osobistej;
- e) zapewnienie bezpieczeństwa pacjentkom/pacjentom przebywającym w danej komórce organizacyjnej/ oddziale,
- f) informowanie pacjentek/pacjentów o przebiegu i skutkach planowanych procedur, uzyskiwanie zgody na wykonywane procedury, promowanie profilaktycznych badań diagnostycznych, prowadzenie edukacji zdrowotnej,
- g) przestrzeganie zasady przekazywania obowiązków służbowych następcy,
- h) zabezpieczenie i właściwe – zgodne z obowiązującymi instrukcjami – przechowywanie leków i środków dezynfekcyjnych, prawidłowe postępowanie z odpadami szpitalnymi,
- i) przestrzeganie zasad kultury osobistej i wzajemnego szacunku w relacjach ze współpracownikami, przyczynianie się do tworzenia koleżeńskiej atmosfery, współdziałania w zespołach, doskonalenie kwalifikacji – wzbogacanie wiedzy, umiejętności i uzupełnianie kompetencji zawodowych warunkujących jakość praktyki;
- j) **Świadczenia ogólne wykonywane tj.:**
 - udzielanie w miejscu zdarzenia doraźnych świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania, lub nagłego pogorszenia się stanu zdrowia powodujących zagrożenie życia,
 - **przewóz chorych w stanach zagrożenia życia z miejsca zamieszkania lub czasowego pobytu do zakładu leczniczego, pomiędzy zakładami leczniczymi lub w innych uzasadnionych okolicznościach, a w przypadku posiadanych uprawnień do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi – ratownik medyczny/kierowca.**
 - uczestniczenie w akcjach ratunkowych w razie klęsk żywiołowych, katastrof oraz innych masowych akcji,
 - zapewnienie doraźnej pomocy w większych okolicznościowych zbiorowiskach ludzi;
 - udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
 - pozostawanie w gotowości do świadczenia usług medycznych
 - zadania ratownika medycznego z uprawnieniami kierowcy do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego lub zespołu realizującego transporty medyczne, sanitarne w zespole ratownictwa medycznego.
- k) **Świadczenia dodatkowe tj.** współudział w organizowanych szkoleniach personelu



medycznego Udzielającego zamówienia.

- 3) W szczególnie uzasadnionych przypadkach Strony ustalają, że **Przyjmujący zamówienie** będzie zobowiązany do świadczenia usług medycznych poza rejonem operacyjnym Grójca.
- 4) Wymienione powyżej świadczenia wykonywane będą zgodnie z harmonogramem dyżurów medycznych.
- 5) Strony ustalają, że świadczenia określone w § 1 pkt 1- 3 niniejszej umowy **Przyjmujący zamówienie** będzie realizował zgodnie z potrzebami **Udzielającego zamówienia**, po uprzednim uzgodnieniu terminów świadczenia tych usług na kolejny miesiąc z Kierownikiem ds. Pielęgniarstwa Oddziału do dnia **10-go każdego miesiąca**.
- 6) **Przyjmujący zamówienie** wyraża zgodę na zwiększenie liczby godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia.

§ 2

1. **Przyjmujący zamówienie** będzie wykonywała powierzone czynności w oddziale znajdującym się w siedzibie **Udzielającego zamówienia** i na rzecz pacjentów **Udzielającego zamówienia**.
2. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że posiada wszelkie kwalifikacje, uprawnienia i doświadczenie niezbędne do wykonywania przedmiotu umowy oraz zobowiązuje się do jego wykonania z zachowaniem należytej staranności wymaganej w stosunku tego rodzaju usług.
3. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu umowy określonego w § 1 ust. 1-4 niniejszej umowy w sposób samodzielny, z należyłą starannością wynikającą z wykonywania zawodu położnej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania regulaminów, procedur i wewnętrznych przepisów oraz standardów udzielania świadczeń zdrowotnych, obowiązujących u **Udzielającego zamówienia** i w związku z tym zobowiązuje się do wykonywania wszystkich poleceń osób wyznaczonych przez **Udzielającego zamówienia** i wydawanych w imieniu **Udzielającego zamówienia** na jego polecenie, mających za przedmiot przestrzeganie tych regulaminów, procedur i wewnętrznych przepisów oraz standardów udzielania świadczeń zdrowotnych. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, iż z powołanymi w zdaniu poprzednim odpowiednimi dokumentami zapoznał się przed zawarciem niniejszej umowy.
5. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do zachowania w poufności wszystkich informacji uzyskanych przez nią w związku z zawarciem niniejszej umowy oraz ponosi pełną odpowiedzialność za zachowanie w tajemnicy ww. informacji.

§ 3

1. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo do uzyskania zwolnienia z obowiązku świadczenia usług określonych Umową, przeznaczonego na doskonalenie zawodowe. Za okres zwolnienia nie przysługuje **Przyjmującemu zamówienie** wynagrodzenie, chyba że na wskazaną formę doskonalenia zawodowego **Przyjmujący zamówienie** uzyska zgodę **Udzielającego zamówienia**.

2. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo do skorzystania z możliwości czasowego zaprzestania realizacji Umowy (tzw. zawieszenie realizacji Umowy) w terminach i wymiarze uzgodnionym z **Udzielającym zamówienia**. Przyjmującemu zamówienie w czasie zawieszenia realizacji Umowy nie przysługuje wynagrodzenie. O zamiarze skorzystania z prawa do zawieszenia realizacji umowy **Przyjmujący zamówienie** powiadamia pisemnie **Udzielającego zamówienia**, z którym ostatecznie uzgadnia termin tzw. zawieszenia, tak by realizacja powyższego prawa nie zakłóciła udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom **Udzielającego zamówienia**.
3. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest poinformować na piśmie **Udzielającego zamówienia** lub osoby przez niego upoważnia w terminie co najmniej 10 dni przed planowaną przerwą świadczenia usług zdrowotnych lub zawieszeniem realizacji Umowy, wskazując jednocześnie przewidywany okres jej trwania oraz ustanowić zastępstwo w osobie pielęgniarki/pielęgniara o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych, prowadzącego działalność gospodarczą i posiadającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej. Osoba zastępująca powinna uzyskać akceptację **Udzielającego zamówienia** lub osoby przez niego upoważnionej, przy czym **Przyjmujący zamówienie** odpowiada za działania lub zaniechania zastępcy jak za działania lub zaniechania własne. Osobą zastępującą może być także położna/położny świadczący usługi na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z **Udzielającym zamówienia** w zakresie objętym niniejszą Umową.
4. Koszty zastępstwa, o którym mowa w ust. 1, ponosi **Przyjmujący zamówienie**.
5. W przypadku braku ustanowienia zastępcy, na warunkach określonych w ust. 1, **Przyjmujący zamówienie** zapłaci karę umowną w wysokości stanowiącej równowartość kosztów poniesionych przez **Udzielającego zamówienia** dla podmiotu wykonującego zastępstwo. Nie dotyczy to sytuacji wynikłej z działania siły wyższej lub zdarzenia losowego trudnego do przewidzenia, uniemożliwiającego zorganizowanie zastępstwa.
6. W przypadku gdy **Przyjmujący zamówienie** nie może świadczyć usług zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy z przyczyn losowych, wynikłych z działania siły wyższej lub zdarzenia losowego trudnego do przewidzenia, **Przyjmująca zamówienie** zawiadamia o tym **Udzielającego zamówienia** podając przewidywany czas przeszkody w realizacji niniejszej Umowy.

§ 4

1. Podczas udzielania świadczeń objętych niniejszą umową **Przyjmująca zamówienie** zobowiązana jest do:
 - 1) prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 2) przestrzegania wszelkich aktów wewnętrznych wydanych przez **Udzielającego zamówienia**, w tym dotyczących Systemu Zarządzania Jakością,
 - 3) posiadania w czasie trwania umowy aktualnych badań lekarskich i szkoleń z zakresu BHP wykonanych na własny koszt.

- 4) posiadania własnej odzieży i obuwia roboczego spełniającego wymagania określone w normach,
- 5) posiadania aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej - zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22.12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (z uwzględnieniem ciąży, porodu i połogu) podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. nr 293 poz. 1729).
- 6) wznawiania umowy ubezpieczeniowej w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ulega rozwiązaniu w trakcie obowiązywania umowy i dostarczenia kopii nowej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

§ 5.

1. Przy realizacji zadań objętych niniejszą umową **Przyjmujący zamówienie** jest uprawniony do współpracy z personelem medycznym zatrudnianym przez **Udzielającego zamówienie**.
2. **Przyjmujący zamówienie** może używać sprzęt i aparaturę medyczną należącą do **Udzielającego zamówienie** wyłącznie do realizacji obowiązków określonych niniejszą umową.
3. **Udzielający zamówienia** zapewnia, że sprzęt, aparatura medyczna i inne wyroby medyczne wykorzystywane do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową są dopuszczone do stosowania na terenie Polski.
4. **Udzielający zamówienia** ponosi wszelką odpowiedzialność za stan techniczny przedmiotowego sprzętu.
5. **Udzielający zamówienia** zapewnia **Przyjmującego zamówienie** środki ochrony indywidualnej niezbędne do realizacji zadań objętych niniejszą umową. Nadzór nad właściwym wykorzystaniem tych środków u **Udzielającego zamówienie** sprawuje Kierownik ds. Pielęgniarstwa danego oddziału.

§ 6.

1. **Przyjmujący zamówienie** przyjmuje na siebie obowiązek poddawania się kontroli ze strony **Udzielającego zamówienia**. Przedmiotem ewentualnej kontroli może być wyłącznie sposób wykonywania niniejszej umowy.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się poddać kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1739, z późn. zm.).

§ 7.

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń objętych niniejszą umową ponosi **Przyjmujący zamówienie**, chyba że będzie ona wynikiem działania lub zaniechania **Udzielającego zamówienia**.
2. **Przyjmujący zamówienie** ponosi w szczególności odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie, wynikających z:
 - 1) niewykonania lub niewłaściwego wykonania świadczenia zdrowotnego,
 - 2) przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem

faktycznym,

- 3) nieprowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy i niekompletny,
- 4) braku realizacji zaleceń pokontrolnych,
- 5) niewłaściwego użytkowania sprzętu lub aparatury medycznej będących własnością

Udzielającego zamówienia.

3. ***Udzielający zamówienia*** uprawniony jest do żądania od ***Przyjmującego zamówienie*** pokrycia szkody spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar pieniężnych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w kontraktach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia a ***Udzielającym zamówienia***, jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewłaściwego wykonania przez ***Przyjmującego zamówienie*** zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.

§ 8.

1. ***Przyjmujący zamówienie*** zobowiązana jest do wystawiania co miesiąc faktury/ rachunku z tytułu świadczonych usług, na zasadach określonych poniżej.
2. Do faktury/ rachunku ***Przyjmujący zamówienie*** powinien dołączyć sporządzone przez siebie sprawozdanie miesięczne z realizacji świadczeń na podstawie niniejszej Umowy, potwierdzone przez ***Udzielającego zamówienia*** lub osoby przez niego upoważnione, oraz zatwierdzone przez Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Personelu Średniego PCMG Sp. z o.o., ze wskazaniem dni, w których ***Przyjmujący zamówienie*** udzielał świadczeń. Wzór sprawozdania określa Załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 2, wraz z fakturą/ rachunkiem doręczane jest w terminie ***Udzielającemu zamówienia*** do 5 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
4. Faktura/ rachunek powinna być sporządzona zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. Liczba godzin udzielonych świadczeń wykazana w sprawozdaniu, o którym mowa w ust. 2, jest weryfikowana z liczbą godzin zarejestrowaną w elektronicznym systemie ewidencji i harmonogramie pracy.
6. Zapłata wynagrodzenia nastąpi w terminie 30 dni od daty złożenia ***Udzielającemu zamówienia*** prawidłowo wystawionej faktury/ rachunku za miesiąc poprzedni.
7. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego ***Udzielającego zamówienia*** poleceniem przelewu wynagrodzenia.
8. ***Przyjmujący zamówienie*** samodzielnie dokonuje wszelkich rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i z Urzędem Skarbowym w zakresie opodatkowania przychodu wynikającego z Umowy.

§ 9.

1. Z tytułu realizacji przedmiotu umowy określonego w § 1 ***Przyjmującemu zamówienie*** przysługuje wynagrodzenie określone stawką godzinową w wysokości ...,00 zł (brutto), słownie złotych : 00/100 za jedną godzinę udzielania świadczeń. Maksymalna ilość

godzin do przepracowania w miesiącu wynosi godzin.

2. Wynagrodzenie z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy, **Udzielający zamówienie** zapłaci **Przyjmującemu zamówienie** za miesiąc poprzedni, w terminie 30 dni od dnia dostarczenia przez **Przyjmującemu zamówienie** prawidłowo wystawionej faktury/rachunku wraz ze sprawozdaniem, o którym mowa w § 8. W przypadku złożenia faktury przed zakończeniem okresu sprawozdawczego, termin 30 dni liczony będzie od pierwszego dnia następnego miesiąca.
3. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę, niedzielę lub inny dzień wolny od pracy, to płatność dokonuje się następnego dnia roboczego.
4. Wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne zostanie zapłacone **Przyjmującemu zamówienie** przelewem na rachunek bankowy wskazany na fakturze/rachunku. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego zamówienia**.
5. **Udzielający zamówienia** zastrzega sobie prawo do potrącania obciążeń nałożonych na **Udzielającego zamówienia** przez NFZ w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynikającymi z działania lub zachowania **Przyjmującej zamówienie**, z należności wynikającymi z faktur/rachunków wystawianych przez **Przyjmującego zamówienie**, na co **Przyjmujący zamówienie** wyraża zgodę.

§ 10.

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powyższe wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r. nr 153, poz. 1503, z późn. zm.).
2. **Udzielający zamówienia** oświadcza, że jest Administratorem Danych Osobowych i przetwarza dane osób fizycznych, na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922, z późn. zm.).
3. **Udzielający zamówienia** powierza **Przyjmującemu zamówienie**, w trybie art. 31 Ustawy o ochronie danych osobowych, przetwarzanie danych osobowych z bazy danych **Udzielającego zamówienia** w zakresie i celu związanym z wykonywaniem niniejszej Umowy. Dane osobowe stanowią informacje poufne.
4. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że jego systemy informatyczne spełniają wymogi, jakimi powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne, służące do przetwarzania danych osobowych oraz, że przy wykonywaniu niniejszej Umowy będzie w pełni stosowała się do przepisów o ochronie danych osobowych.
5. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy uzyskanych danych i informacji, również w przypadku dalszego powierzenia danych osobowych w trybie art. 31 Ustawy o ochronie danych osobowych – w przypadku przekazania wykonania części niniejszej umowy osobie trzeciej. **Przyjmujący zamówienie** ponosi pełną odpowiedzialność za przestrzeganie przepisów Ustawy o ochronie danych osobowych przy wykonywaniu



niniejszej Umowy również przez osobę trzecią.

6. Umowa niniejsza podlega zgłoszeniu w odpowiednich rejestrach, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

§ 11.

1. Strony zawierają umowę na czas udzielania określonych w niej świadczeń zdrowotnych, poczynając od dnia zawarcia umowy do dnia **01.03.2019** z zastrzeżeniem możliwości jej rozwiązania przez każdą ze Stron z zachowaniem formy pisemnej z jednomiesięcznym miesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca, liczonym od dnia dostarczenia oświadczenia o rozwiązaniu umowy.
2. Wypowiedzenie umowy w trybie wskazanym w ust. 1 nie wymaga podania przyczyny.
3. Umowa może zostać rozwiązana bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.
4. **Udzielający zamówienia** może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym, bez zachowania okresu wypowiedzenia w szczególności, w przypadku:
 - 1) rozwiązania z **Udzielającym zamówienia** umowy lub części umowy na świadczenia zdrowotne w zakresie objętym przedmiotem niniejszej umowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - 2) zmniejszenia zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec **Udzielającego zamówienia** na kolejny okres rozliczeniowy w zakresie objętym niniejszą umową,
 - 3) utraty, ograniczenia lub zawieszenia przez **Przyjmującego zamówienie** prawa wykonywania zawodu,
 - 4) nieprzedłożenia kolejnej (przedłużonej) umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem wskazanym w § 4 pkt 5 umowy, w terminie 7 dni od daty wygaśnięcia poprzednio obowiązującej umowy ubezpieczenia (polisy),
 - 5) naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** postanowień niniejszej umowy, w szczególności polegającego na nieudzielaniu lub nienależytym udzielaniu świadczeń,
 - 6) przeniesienia praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osobę trzecią bez pisemnej zgody **Udzielającego zamówienia**.

§ 12.

Przyjmujący zamówienie nie może prowadzić u **Udzielającego zamówienia** żadnej działalności wykraczającej poza zakres objęty niniejszą umową, w szczególności działalności konkurencyjnej wobec działalności prowadzonej przez **Udzielającego zamówienia**.

§ 13.

Przyjmujący zamówienie samodzielnie we własnym zakresie dokonuje wpłat i rozliczeń składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i zaliczek na podatek dochodowy, zgodnie z przepisami dotyczącymi osób prowadzących działalność gospodarczą i innymi przepisami obowiązującymi w tym zakresie.



§ 14.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia :

1. 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1638, z późn. zm.),
2. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1739, z późn. zm.),
3. ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016r., poz. 1868, z późn. zm.)
4. przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 15.

Spory, które mogą wynikać w trakcie realizacji umowy, a które nie mogą być rozstrzygnięte polubownie, będą rozpatrywane przez sąd właściwy miejscowo dla **Udzielającego zamówienia**

§ 16.

1. Wszelkie zmiany do niniejszej umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Integralną część umowy stanowią załączniki, a ich zmiana jest zmianą umowy.

§ 17.

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z czego jeden dla Przyjmującego zamówienie i dwa dla Udzielającego zamówienia.

Udzielający zamówienia

.....

Przyjmujący zamówienie

.....

Załącznik nr 1 do umowy:

Wzór miesięcznego sprawozdania z liczby godzin udzielonych świadczeń zdrowotnych objętych umową.

**SPRAWOZDANIE
Z LICZBY GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UMOWĄ**

**za miesiąc 2017 roku
przez**

Dzień miesiąca	Świadczenia udzielanie w oddziale	
	Godziny od ... do	Ilość godzin
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		
IŁOŚĆ GODZIN		

.....
Data, pieczęć, podpis Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam wykonanie świadczeń zdrowotnych przez
Przyjmującego zamówienie

ww. dniach i godzinach oraz zgodnie z umową

Zatwierdzam wykonanie świadczeń zdrowotnych przez
Przyjmującego zamówienie

ww. dniach i godzinach oraz zgodnie z umową

.....
Data, pieczęć, podpis przez Udzielającego zamówienia lub
osoby przez niego upoważnione

.....
Data, pieczęć, podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Personelu
Średniego