

**Umowa nr ..... dot. Postępowania nr 8/K/ 2017****na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnych praktyk położniczych w zakresie całodobowej opieki**

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 „Szpitalem”

a

Panią ..... zamieszkałą ....., nr Pesel ....., działającą na podstawie prawa wykonywania zawodu położnej Nr ....., 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 **Przyjmującą 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 2/K/2017**). Strony zawierają umowę o następującej treści:

## § 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie przez **Przyjmującą zamówienie** na rzecz **Udzielającego zamówienia** położniczych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie kompetencji położnej, zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1251, z późn. zm.), a także zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7.11.2007r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2007r. Nr 210 poz. 1540) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20.09.2012r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016r. poz. 1132), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania

medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki , sprawowaniem dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu, o której mowa w art. 34 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.)

2. Świadczenia zdrowotne powierzone **Przyjmującej zamówienie** do wykonywania, o których mowa w ust. 1 będą obejmowały w szczególności następujące czynności:
- a) realizowanie kompleksowej, holistycznej i indywidualnej opieki nad pacjentką, jej dzieckiem oraz rodziną zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, zaleceniami lekarzy i pielęgniarki/położnej oddziałowej oraz zgodnie z rozpoznanymi potrzebami w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego,
  - b) ustalanie rozpoznania położniczego na podstawie zebranego wywiadu, obserwacji pacjentki oraz informacji uzyskanych od pozostałych członków zespołu terapeutycznego,
  - c) realizacja opieki położniczo-pielęgniarskiej stosownie do stanu zdrowia pacjentek i ich dzieci, diagnoz lekarskich oraz ustalonego postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego,
  - d) wykonywanie zleconych czynności diagnostycznych i leczniczych, podawanie zaleconych leków w ilościach i godzinach wyznaczonych przez lekarzy,
  - e) informowanie pacjentek o przebiegu i skutkach planowanych procedur medycznych, uzyskiwanie zgody na wykonanie tych procedur, promowanie profilaktycznych badań diagnostycznych, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej,
  - f) przestrzeganie postanowień Karty Praw Pacjenta, w szczególności prawa do:
    - kompetentnej pod względem jakościowym opieki,
    - fachowej i rzetelnej informacji,
    - poszanowania intymności oraz godności osobistej;
  - g) udzielanie pierwszej pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentek,
  - h) zabezpieczanie oraz właściwe – zgodne z obowiązującymi instrukcjami – przechowywanie leków, środków dezynfekcyjnych, a także prawidłowe postępowanie z odpadami szpitalnymi,
  - i) zapewnianie bezpieczeństwa pacjentkom i ich dzieciom przebywającym w oddziale,
  - j) współuczestnictwo w opracowywaniu procedur położniczych wykonywanych w oddziale, stosowanie nowoczesnych metod pielęgnacji,
  - k) przestrzeganie tajemnicy zawodowej, w szczególności zapewnienie ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej.
3. Wymienione w ust. 2 powyżej świadczenia wykonywane będą zgodnie z harmonogramem dyżurów medycznych.
4. Strony ustalają, że świadczenia określone w § 1 ust. 1 i 2 niniejszej umowy **Przyjmująca zamówienie** będzie realizowała zgodnie z potrzebami **Udzielającego zamówienia**, po uprzednim uzgodnieniu terminów świadczenia tych usług na kolejny miesiąc z Kierownikiem



ds. Położnictwa Oddz. Położniczo – Ginekologicznego\*) /lub Kierownikiem ds. Pielęgniarstwa\*)/ Oddz. Neonatologicznego\*) do dnia **10-go każdego miesiąca**.

5. **Przyjmująca zamówienie** wyraża zgodę na zwiększenie liczby godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych zgodnie z potrzebami **Udzielającego zamówienia**.

## § 2

1. **Przyjmująca zamówienie** będzie wykonywała powierzone czynności w oddziale:

- A. Położniczym – Ginekologicznym z Traktem Porodowym\*)
- B. Neonatologicznym\*)

znajdującym się w siedzibie **Udzielającego zamówienia** i na rzecz pacjentów **Udzielającego zamówienia**.

2. **Przyjmująca 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. **Przyjmująca zamówienie** zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu umowy określonego w § 1 ust. 1 i 2 niniejszej umowy w sposób samodzielny, z należyłą starannością wynikającą z wykonywania zawodu położnej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. **Przyjmująca 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. **Przyjmująca zamówienie** oświadcza, iż z powołanymi w zdaniu poprzednim odpowiednimi dokumentami zapoznała się przed zawarciem niniejszej umowy.
5. **Przyjmująca 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. **Przyjmująca 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 **Przyjmująca zamówienie** uzyska zgodę **Udzielającego zamówienia**.
2. **Przyjmująca 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 **Przyjmująca 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. **Przyjmująca zamówienie** zobowiązana jest poinformować na piśmie **Udzielającego zamówienia** lub osobę przez niego upoważniłą 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 położnej/położnego o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych, prowadzącego działalność gospodarczą i posiadającego/cą ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej. Osoba zastępująca powinna uzyskać akceptację **Udzielającego zamówienia** lub osoby przez niego upoważnionej, przy czym **Przyjmująca 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 **Przyjmująca zamówienie**.
5. W przypadku braku ustanowienia zastępcy, na warunkach określonych w ust. 1, **Przyjmująca 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 **Przyjmująca 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

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 położu) 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 **Przyjmująca zamówienie** jest uprawniona do współpracy z personelem medycznym zatrudnianym przez **Udzielającego zamówienie**.
2. **Przyjmująca 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 **Przyjmującej zamówienie** środki ochrony indywidualnej niezbędne do realizacji zadań objętych niniejszą umową. Nadzór nad właściwym wykorzystaniem tych środków u **Udzielającego zamówienia** sprawuje Kierownik ds. Położnictwa/ Pielęgniarstwa danego oddziału.

#### § 6.

1. **Przyjmująca zamówienie** przyjmuje na siebie obowiązek poddawania się kontroli ze strony **Udzielającego zamówienia**. Przedmiotem ewentualnej kontroli może być wyłącznie sposób wykonywania niniejszej umowy.
2. **Przyjmująca 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. 1793, z późn. zm.).

#### § 7.

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń objętych niniejszą umową ponosi **Przyjmująca zamówienie**, chyba że będzie ona wynikiem działania lub zaniechania **Udzielającego zamówienia**.
2. **Przyjmująca 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 **Przyjmującej 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 **Przyjmującą zamówienie** zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.

#### § 8.

1. **Przyjmująca zamówienie** zobowiązana jest do wystawiania co miesiąc faktury/ rachunku z tytułu świadczonych usług, na zasadach określonych poniżej.
2. Do faktury/ rachunku **Przyjmująca zamówienie** powinna 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 **Udzielającemu zamówienia** w terminie 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.

#### § 9.

1. Z tytułu realizacji przedmiotu umowy określonego w § 1 **Przyjmującej 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 **Przyjmującej zamówienie** za miesiąc poprzedni, w terminie 30 dni od dnia dostarczenia przez **Przyjmującą 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 **Przyjmującej 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 wynikających z faktur/rachunków wystawianych przez **Przyjmującą zamówienie**, na co **Przyjmująca zamówienie** wyraża zgodę.

#### § 10.

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. 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 **Przyjmującej 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. **Przyjmująca zamówienie** oświadcza, że jej 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. **Przyjmująca 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. **Przyjmująca 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, poczynwszy 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 **Przyjmującą 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 **Przyjmującą zamówienie** postanowień niniejszej umowy polegającego, w szczególności na nieudzielaniu lub nienależytym udzielaniu świadczeń,
- 6) przeniesienia praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osobę trzecią bez pisemnej zgody **Udzielającego zamówienia**.

#### § 12.

**Przyjmująca 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. 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251, z późn. zm.),
4. oraz 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*

*Przyjmująca zamówienie*

.....

.....



## Załączniki 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<br>miesiąca | Świadczenia udzielane 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, pieczętka, 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, pieczętka, podpis przez Udzielającego zamówienia lub  
osoby przez niego upoważnione

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