SZPITAL
POWIATOWY
W CHRZANOWIE

2025-01-14

Regulamin
i szczegółowe warunki konkursu ofert na udzielanie
świadczeń zdrowotnych w zakresie:

udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w dziedzinie Neurochirurgii
wraz z wykonywaniem zabiegów neurochirurgicznych
dla pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

Rozdział I
Postanowienia ogólne

1. Postępowanie wszczyna się i prowadzi na zasadach i warunkach określonych w Ustawie o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. oraz Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r.
2. Ogłoszenie o konkursie zamieszcza się na stronie internetowej Szpitala Powiatowego w Chrzanowie oraz na tablicy ogłoszeń.
3. Niniejszy Regulamin i warunki konkursu stanowić będą integralną część umowy zawartej z Przyjmującym zamówienie.

Rozdział II
Opis przedmiotu zamówienia

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie lekarskich świadczeń zdrowotnych zabezpieczających funkcje i zadania Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej w dziedzinie Neurochirurgii w zakresie opisanym poniżej tj.
   a) udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji
   b) udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych
   c) wykonywanie zabiegów neurochirurgicznych
2. Przedmiot zamówienia wykonywany będzie przez Przyjmującego zamówienie w ramach prowadzonej działalności gospodarczej lub udzielania świadczeń w innej formie, z zastrzeżeniem postanowień przepisów art. 132 ust. 3 i art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych, o których mowa powyżej będzie realizowane w czasie określonym w harmonogramie udzielania świadczeń medycznych, który umieści te świadczenia w następujących zakresach, zespołach, dniach i godzinach, w granicach nie większych niż wynikające z poniższych tabel:

Nazwa komórki organizacyjnej	Zakres, dni, przedział godzinowy oraz zakres udzielania świadczeń
<u>CZĘŚĆ I</u> **ODDZIAŁ Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej – dziedzina Neurochirurgia** **(PODSTAWOWA ORDYNACJA)**	**Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji przez specjalistów w dziedzinie neurochirurgii** <u>Przedział godzinowy udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej ordynacji:</u> W przedziale dni i godzin od poniedziałku do piątku od 7.00 – 14.35 Łączna ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej ordynacji wynosić będzie do: **480 godz.** miesięcznie ** Zgodnie z bieżącymi potrzebami Udzielającego Zamówienia wynikającymi z brakiem obsady lekarskiej dopuszcza się zmianę harmonogramu udzielania świadczeń objętych umową.*
<u>CZĘŚĆ II</u> **ODDZIAŁ Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej – dziedzina Neurochirurgia** **(DYŻURY MEDYCZNE)**	**Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurów medycznych przez specjalistów w dziedzinie neurochirurgii lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurochirurgii** <u>Przedział godzinowy udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych przedstawia się następująco:</u> • od poniedziałku do czwartku 14.35 – 7.00 • z piątku na sobotę 14.35 – 8.00 • z soboty na niedzielę oraz w dni świąteczne 8.00 – 8.00 • z niedzieli na poniedziałek 8.00 – 7.00 Łączna ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych wynosić będzie do: **650 godz.** miesięcznie ** Zgodnie z bieżącymi potrzebami Udzielającego Zamówienia wynikającymi z brakiem obsady lekarskiej dopuszcza się zmianę harmonogramu udzielania świadczeń objętych umową.*

CZĘŚĆ III **ODDZIAŁ Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej – dziedzina Neurochirurgia** **WYKONYWANIE ZABIEGÓW NEUROCHIRURGICZNYCH**	**Warunki wykonywania zabiegów:** 1) Zespół lekarski (lekarz operator + lekarz anestezjolog) posiadający uprawnienia niezbędne do wykonywania przedmiotowych procedur, 2) Pobranie pisemnej zgody pacjenta na zabieg operacyjny przez lekarza neurochirurga, 3) Kwalifikacja do znieczulenia i zabiegu. 4) Zapewnienie bezpośrednich konsultacji przed zabiegiem oraz prowadzenie kwalifikacji do zabiegów. 5) Przeprowadzenie zabiegu wraz z wykonaniem znieczulenia. 6) Nadzór nad pacjentem przed i po zabiegu operacyjnym, 7) Prowadzenie dokumentacji medycznej (wraz z przygotowaniem wypisu), zgodnie z obowiązującymi przepisami, 8) Kwalifikację procedur w systemie JGP niezbędnych do rozliczenia z NFZ oraz dokumentacji niezbędnej szpitalowi do rozliczenia procedur z NFZ 9) Umożliwienie udziału i obserwacji zabiegów przez personel medyczny Udzielającego Zamówienia wraz ze szkoleniem z zakresu zabiegów objętych przedmiotem zamówienia. 10) W razie potrzeby udzielanie świadczeń zdrowotnych w w/w zakresie przez osoby z innych grup zawodowych (pielęgniarki, instrumentariuszki). Szacunkowa liczba świadczeń ok. 200 zabiegów rocznie, może się zwiększyć bądź zmniejszyć w zależności od zapotrzebowania. Niezrealizowanie szacunkowej liczby świadczeń nie spowoduje żadnych roszczeń odszkodowawczych ze strony Przyjmującego zamówienie.

Całość zamówienia szacuje łącznie się na:

CZĘŚĆ I:

480 godzin miesięcznie, czyli około **5 760** godzin w okresie trwania umowy w zakresie udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej w dziedzinie Neurochirurgii w godzinach podstawowej ordynacji,

CZĘŚĆ II:

650 godzin miesięcznie, czyli około **7 800** godzin w okresie trwania umowy w zakresie udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej w dziedzinie Neurochirurgii w godzinach dyżuru medycznego,

CZĘŚĆ III:

15 zabiegów miesięcznie, czyli około **180** zabiegów w okresie trwania umowy w zakresie wykonywania zabiegów neurochirurgicznych w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej w dziedzinie Neurochirurgii

4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych, o których mowa powyżej powinno być realizowane przez lekarzy specjalistów w dziedzinie neurochirurgii (z wyłączeniem dyżurów medycznych, gdzie dopuszczalne jest udzielanie świadczeń medycznych przez lekarza w trakcie specjalizacji z neurochirurgii). posiadających kwalifikacje zgodne z przepisami prawa, wytycznymi NFZ i MZ, z zachowaniem poszanowania praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, przy pomocy personelu medycznego i pomocniczego.
   Dopuszcza się udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy innych specjalności niż wymieniono powyżej, wyłącznie wtedy, jeśli jest to uzasadnione szczególnymi potrzebami Udzielającego Zamówienia i za jego zgodą i dopuszczone przepisami prawa.
5. Przez świadczenie usług zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania rozumie się udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wytycznymi NFZ i MZ, dostępnymi metodami i środkami, z zachowaniem poszanowania praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Ramowy zakres czynności lekarzy udzielających świadczeń w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie określa **Załącznik nr 4** do umowy.
6. Świadczenie usług odbywać się będzie przy zastosowaniu sprzętu, aparatury, środków farmakologicznych i materiałów medycznych Szpitala Powiatowego w Chrzanowie. Szpital Powiatowy w Chrzanowie upoważnia świadczącego usługi do korzystania w trakcie wykonywania przez niego świadczeń zdrowotnych z obiektów i infrastruktury należącej do Szpitala.

Rozdział III
Nadzór i rozliczenia finansowe

1. Za organizację udzielania świadczeń i współpracę z Udzielającym Zamówienia odpowiada osoba wskazana w umowie przez Przyjmującego Zamówienie.
2. Nadzór nad prawidłową realizacją świadczeń objętych niniejszym postępowaniem ze strony Udzielającego Zamówienia pełni Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa oraz osoby przez niego wyznaczone.
3. Rozliczenie za wykonane usługi następować będzie w okresach i na zasadach określonych w umowie.

Rozdział IV
Termin wykonania zamówienia

1. Wymagany termin wykonania przedmiotu zamówienia od dnia **2025-02-01 do 2026-01-31**.
2. Umowa zostanie podpisana na w/w okres.

Rozdział V
Oferta cenowa i kryteria oceny

1. Oferta winna zawierać: nie więcej **niż 34% procent** wartości punktowej zapłaconej przez płatnika (NFZ lub inny) za świadczenie JGP, zrealizowane w ramach hospitalizacji, w trakcie której wykonano zabieg neurochirurgiczny, stanowiącej iloczyn sumy punktów wg aktualnego katalogu 1a razy cena z NFZ na dzień podpisania umowy, tj. **1,84 zł**
2. Oferta stanowi całkowite wynagrodzenie za realizację CZĘŚCI I, II i III.
3. Wszelkie rozliczenia finansowe między Udzielającym Zamówienie, a Przyjmującym Zamówienie będą prowadzone wyłącznie w złotych polskich w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku.
4. Kryteria oceny :
   100% - cena.
5. Jeżeli Udzielający Zamówienia uzna, że jest to konieczne do wykonania przedmiotu umowy - przyzna zamówienie więcej niż jednemu z Oferentów, których oferta odpowiada warunkom i wymaganiom określonym w regulaminie i warunkach konkursu oraz zostanie uznana za najkorzystniejszą.

Rozdział VI
Wymagania w stosunku do Oferenta

W celu potwierdzenia, że Oferent posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności, Udzielający Zamówienia wymaga przedstawienia następujących dokumentów:

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS.
2. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
3. Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP.
4. Dyplom ukończenia wyższych studiów medycznych.
5. Prawo wykonywania zawodu lekarza.
6. Dyplom specjalizacyjny potwierdzający posiadanie specjalizacji lub zaświadczenie o zdanym egzaminie specjalizacyjnym.
7. Polisa OC oraz oświadczenie do jej posiadania przez cały okres obowiązywania umowy załącznik nr 3 do Regulaminu.
8. Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza.
9. Oświadczenie Oferenta o zachowanej ciągłości pracy w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych załącznik 3 do Regulaminu.
10. Wypełniony formularz ofertowy (zał.nr 1 do Regulaminu).
11. Wypełnione oświadczenie Oferenta (zał.nr 2 do Regulaminu).

Uwaga:

- Udzielający Zamówienia dopuszcza możliwość składania ofert przez Oferentów, zatrudnionych jednocześnie w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie. W przypadku, gdy oferta dla Udzielającego Zamówienia będzie korzystna, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zostać podpisana dopiero po wygaśnięciu obecnie trwającego stosunku pracy.
- Zawieranie umów lekarzami obejmujących ten sam zakres obowiązków stanowiłoby naruszenie przepisów prawa pracy *(zgodnie z treścią art.132 ust. 3 i art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: „3. Nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem".)*
- Można złożyć tylko jedną ofertę w danym zakresie. Złożenie ofert alternatywnych spowoduje odrzucenie bez rozpatrzenia każdej z nich.

Rozdział VII
Opis sposobu przygotowania oferty

1. Do konkursu Oferent przedstawia swoją ofertę zgodnie z wymogami regulaminu i warunków konkursu.
2. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta winna być złożona w formie pisemnej w języku polskim na formularzu ofertowym stanowiącym **załącznik 1** do niniejszego regulaminu i warunków konkursu.
4. Ofertę należy złożyć wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami.
5. Strony oferty muszą być podpisane i opieczętowane przez osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta.
6. W przypadku, gdy dokumenty będą podpisane przez inną osobę, do oferty należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo.
7. **Kopie dokumentów dołączonych do oferty, w tym kopia pełnomocnictwa muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem"** przez osobę upoważnioną do reprezentacji bądź osobę przez niego upoważnioną.
8. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę upoważnioną - podpisującą ofertę.
9. W celu prawidłowego przygotowania ofert, Oferent powinien zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania.
10. W przypadku, gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, wzywa się Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
11. Ofertę opatrzoną danymi Oferenta należy składać w nieprzejrzystych, zamkniętych kopertach lub opakowaniach oznaczonych:

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych *w zakresie:*
udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w dziedzinie Neurochirurgii
wraz z wykonywaniem zabiegów neurochirurgicznych
dla pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

Rozdział VIII
Składanie ofert i postępowanie konkursowe

1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Udzielającego zamówienie **do dnia 21.01.2025r. do godz. 09:00** na Dziennik Podawczy Szpitala Powiatowego w Chrzanowie ul. Topolowa 16, Pawilon „D" pok. 236.
2. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina złożenia jej Udzielającemu Zamówienia. Każda oferta zostanie opatrzona kolejnym numerem porządkowym oraz datą i godziną jej złożenia u Udzielającego zamówienie.
3. W celu przeprowadzenia konkursu, Udzielający Zamówienia powoła Komisję Konkursową, która rozwiąże się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu.
4. Otwarcia ofert dokona Komisja Konkursowa **w dniu 21.01.2025r. o godz. 11:00** w pokoju nr 223 w siedzibie Udzielającego Zamówienia.
5. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **w dniu 22.01.2025r**
6. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu Konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Udzielającego zamówienie oraz na tablicy ogłoszeń.

Rozdział IX
Informacje dla oferentów

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość wybrania więcej niż jednej oferty w celu wykonania całości zadania.
2. Udzielający Zamówienia nie przewiduje zwołania zebrania Przyjmujących zamówienie przed dniem otwarcia ofert.
3. Udzielający Zamówienia może żądać wyjaśnień i uzupełnień do złożonej oferty.
4. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania/unieważnienia konkursu bez podania przyczyny oraz do przesunięcia terminu składania ofert.
5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w projekcie umowy przed jej podpisaniem.
6. Przyjmujący zamówienie jest związany ofertą 30 dni od terminu składania ofert.

Rozdział X
Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących warunków zamówienia

Wszelkie wyjaśnienia można uzyskać w Sekcji Kontraktów i Statystyki od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 – 14.30 w siedzibie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, Pawilon „D", II piętro, pok. 223, tel. 32 624 75-13.

Rozdział XI
Tryb wprowadzania ewentualnych zmian w ofercie

1. Oferent może dokonać zmian w ofercie lub wprowadzić uzupełnienia do niej, w terminie do dnia wyznaczonego na składanie ofert.
2. W przypadku dokonania zmiany lub uzupełnienia należy złożyć ofertę z odpowiednim dopiskiem – „Zmiana" lub „Uzupełnienie".
3. W przypadku wycofania się Oferenta z konkursu należy złożyć kopertę z nazwą Przyjmującego zamówienie i opisem – „Wycofanie".

Rozdział XII
Protesty – prawa i obowiązki oferentów

1. Oferenci, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia zasad przeprowadzenia niniejszego postępowania konkursowego przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych poniżej.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
   a) wybór trybu postępowania,
   b) niedokonanie wyboru Przyjmującego zamówienie,
   c) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych (bez względu na przyczynę unieważnienia).
3. W toku postępowania konkursowego do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

3a. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.

3b. Komisja konkursowa przyjmuje i rozstrzyga umotywowane protesty Oferentów w ciągu 7 dni od daty ich otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

3c. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

3d. W przypadku uwzględnienia protestu komisja konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.

4. Oferent, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, może wnieść odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.

4a. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

4b. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.

5. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielania świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

Udzielający Zamówienia

Szpital Powiatowy w Chrzanowie

Z-ca DYREKTORA
ds. Lecznictwa
lek. med. Izabela Kiełbalska
z upoważnienia
Dyrektora Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE
32-500 Chrzanów, ul. Topolowa 16
tel. (32) 624-70-30, tel. (32) 624-77-77
fax (32) 623-94-28
REGON 000310103 NIP: 628 19 16 916
konto: 27-1-0000000129, cz.V-01
NFZ - 0617100007

FORMULARZ OFERTOWY

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)
.....
Adres podmiotu
.....
Rodzaj rejestru, NIP

Oferta
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w zakresie:

udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w dziedzinie Neurochirurgii wraz z wykonywaniem zabiegów neurochirurgicznych

Za realizację zamówienia oczekuję wynagrodzenia w kwocie:

procent wartości punktowej zapłaconej przez płatnika (NFZ lub inny) za świadczenie JGP, zrealizowane w ramach hospitalizacji, w trakcie której wykonano zabieg neurochirurgiczny, jednak nie więcej **niż 34%**, stanowiącej iloczyn sumy punktów wg aktualnego katalogu 1a razy cena z NFZ na dzień podpisania umowy, tj. **1,84 zł**

..... **(wpisać procent)**

.....
Pieczątka i podpis

Załącznik nr 2 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)
.....
Adres podmiotu
.....
Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

1. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (w przypadku podmiotu leczniczego: oświadczam, że lekarze, z którymi na dzień ..... zawrę umowy posiadają odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia).
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z Regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i zapisami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Dopuszczam zmianę treści umowy przed jej podpisaniem w razie konieczności wprowadzenia takich zmian w wyniku okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ogłaszania postępowania konkursowego.
7. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

....
miejsce i data podpis

Załącznik nr 3 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)
.....
Adres podmiotu
.....
Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

- Polisa OC będzie ważna przez cały okres obowiązywania umowy.
- Zachowam ciągłość pracy w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych.

.

.....
miejsce i data

. .....
podpis

PROJEKT *Załącznik nr 4 do Regulaminu*

UMOWA NR DKM- /2025

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w dziedzinie Neurochirurgii wraz z wykonywaniem zabiegów neurochirurgicznych dla pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

zawarta w dniu 2025r. w Chrzanowie
pomiędzy
Szpitalem Powiatowym w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Krakowa Śródmieścia, XII Wydział Gospodarczy, pod numerem KRS 0000015881; NIP:628-19-16-916
reprezentowanym przez:
Dyrektor – Artur Baranowski
zwanym w dalszej części umowy „Udzielającym Zamówienia"
a
.....
zwaną (zwanym) w dalszej części umowy „Przyjmującym Zamówienie"

Wartość zamówienia przekracza kwotę wskazaną w art. 26 ust. 4a Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert na świadczenia zdrowotne strony zawierają Umowę następującej treści:

§ 1
Przedmiot i warunki realizacji umowy

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie lekarskich świadczeń zdrowotnych zabezpieczających funkcje i zadania Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej w dziedzinie Neurochirurgii w zakresie opisanym poniżej tj.
   a) udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji
   b) udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych
   c) wykonywanie zabiegów neurochirurgicznych
2. Przedmiot zamówienia wykonywany będzie przez Przyjmującego zamówienie w ramach prowadzonej działalności gospodarczej lub pełnienie obowiązku świadczenia tych usług przez podmiot leczniczy, który zawrze umowy na świadczenie takich usług z lekarzami posiadającymi uprawnienia do wykonywania świadczeń objętych konkursem i prowadzącymi działalność gospodarczą, z zastrzeżeniem postanowień przepisów art. 132 ust 3 i art.133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych, o których mowa powyżej będzie realizowane w czasie określonym w harmonogramie udzielania świadczeń medycznych, który umieści te świadczenia w następujących zakresach, zespołach, dniach i godzinach, w granicach nie większych niż wynikające z poniższych tabel

Nazwa komórki organizacyjnej	Zakres, dni, przedział godzinowy oraz zakres udzielania świadczeń
CZĘŚĆ I **ODDZIAŁ Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej – dziedzina Neurochirurgia** **(PODSTAWOWA ORDYNACJA)**	**Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji przez specjalistów w dziedzinie neurochirurgii** Przedział godzinowy udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej ordynacji: W przedziale dni i godzin od poniedziałku do piątku od 7.00 – 14.35 Łączna ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej ordynacji wynosić będzie do: **480 godz.** miesięcznie ** Zgodnie z bieżącymi potrzebami Udzielającego Zamówienia wynikającymi z brakiem obsady lekarskiej dopuszcza się zmianę harmonogramu udzielania świadczeń objętych umową.*
CZĘŚĆ II **ODDZIAŁ Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej – dziedzina Neurochirurgia** **(DYŻURY MEDYCZNE)**	**Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurów medycznych przez specjalistów w dziedzinie neurochirurgii lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurochirurgii** Przedział godzinowy udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych przedstawia się następująco: • od poniedziałku do czwartku 14.35 – 7.00 • z piątku na sobotę 14.35 – 8.00 • z soboty na niedzielę oraz w dni świąteczne 8.00 – 8.00 • z niedzieli na poniedziałek 8.00 – 7.00 Łączna ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów

	medycznych wynosić będzie do: **650 godz.** miesięcznie ** Zgodnie z bieżącymi potrzebami Udzielającego Zamówienia wynikającymi z brakiem obsady lekarskiej dopuszcza się zmianę harmonogramu udzielania świadczeń objętych umową.*
<u>CZĘŚĆ III</u> **ODDZIAŁ Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej – dziedzina Neurochirurgia** **WYKONYWANIE ZABIEGÓW NEUROCHIRURGICZNYCH**	**Warunki wykonywania zabiegów:** 1) Zespół lekarski (lekarz operator + lekarz asysta + lekarz anestezjolog) posiadający uprawnienia niezbędne do wykonywania przedmiotowych procedur, 2) Pobranie pisemnej zgody pacjenta na zabieg operacyjny przez lekarza neurochirurga, 3) Kwalifikacja do znieczulenia i zabiegu. 4) Zapewnienie bezpośrednich konsultacji przed zabiegiem oraz prowadzenie kwalifikacji do zabiegów. 5) Przeprowadzenie zabiegu wraz z wykonaniem znieczulenia. 6) Nadzór nad pacjentem przed i po zabiegu operacyjnym, 7) Prowadzenie dokumentacji medycznej (wraz z przygotowaniem wypisu), zgodnie z obowiązującymi przepisami, 8) Kwalifikację procedur w systemie JGP niezbędnych do rozliczenia z NFZ oraz dokumentacji niezbędnej szpitalowi do rozliczenia procedur z NFZ 9) Umożliwienie udziału i obserwacji zabiegów przez personel medyczny Udzielającego Zamówienia wraz ze szkoleniem z zakresu zabiegów objętych przedmiotem zamówienia. 10) W razie potrzeby udzielanie świadczeń zdrowotnych w w/w zakresie przez osoby z innych grup zawodowych (pielęgniarki, instrumentariuszki). <u>Szacunkowa liczba świadczeń</u> ok. 200 zabiegów rocznie, może się zwiększyć bądź zmniejszyć w zależności od zapotrzebowania. Niezrealizowanie szacunkowej liczby świadczeń nie spowoduje żadnych roszczeń odszkodowawczych ze strony Przyjmującego zamówienie.

4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych, o których mowa powyżej powinno być realizowane przez lekarzy specjalistów w dziedzinie neurochirurgii (z wyłączeniem dyżurów medycznych, gdzie dopuszczalne jest udzielanie świadczeń medycznych przez lekarza w trakcie specjalizacji z neurochirurgii). posiadających kwalifikacje zgodne z przepisami prawa, wytycznymi NFZ i MZ, z zachowaniem poszanowania praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, przy pomocy personelu medycznego i pomocniczego.
5. Dopuszcza się udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy innych specjalności niż wymieniono powyżej, wyłącznie wtedy, jeśli jest to uzasadnione szczególnymi potrzebami Udzielającego Zamówienia i zgodnie z przepisami prawa.
6. Przez świadczenie usług zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania rozumie się udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wytycznymi NFZ i MZ, dostępnymi metodami i środkami, z zachowaniem poszanowania praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Ramowy zakres czynności lekarzy udzielających świadczeń w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie określa **Załącznik nr 2** do niniejszej umowy.
7. Świadczenie usług odbywać się będzie przy zastosowaniu sprzętu, aparatury, środków farmakologicznych i materiałów medycznych Szpitala Powiatowego w Chrzanowie. Szpital Powiatowy w Chrzanowie upoważnia świadczącego usługi do korzystania w trakcie wykonywania przez niego świadczeń zdrowotnych z obiektów i infrastruktury należącej do Szpitala.
8. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za udostępnioną mu aparaturę i sprzęt medyczny w zakresie, w jakim wykorzystanie tego sprzętu wiąże się ze świadczeniami zdrowotnymi realizowanymi przez Przyjmującego zamówienie, przy czym nie ponosi odpowiedzialności za uszkodzenia powstałe z przyczyn niezawinionych przez Przyjmującego zamówienie.

§ 2

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie

Realizacja zamówienia przez Przyjmującego Zamówienie polega na:
wykonywaniu zakresu świadczeń określonych w paragrafie 1 niniejszej umowy,

§ 3

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że wykonując zadania w ramach niniejszej umowy zobowiązuje się do:

<u>1. POSTAWOWA ORDYNACJA I DYŻUR MEDYCZNY</u>

1) Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do utrzymania ciągłości świadczeń objętych umową oraz zabezpieczenia świadczeń medycznych objętych umową zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienia.

2) Szczegółowe terminy i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych określa harmonogram, ustalany w okresach miesięcznych, w drodze porozumienia Stron, w sposób umożliwiający pełne zabezpieczenie potrzeb Udzielającego Zamówienia, w zakresie uzgodnionym w niniejszej umowie.
3) W przypadku braku możliwości osobistego udzielania świadczeń przez lekarza, który w drodze uzgodnienia zobowiązał się do wykonania świadczenia zdrowotnego w danym terminie, z powodu choroby, wyjazdu lub innej okoliczności uzasadniającej nieobecność, Przyjmujący Zamówienie w miarę możliwości powierzy udzielanie świadczeń zastępcy, który będzie posiadał kwalifikacje odpowiednie do wykonywania świadczeń zawartych w umowie, względnie wykona świadczenie w innym terminie
4) Zlecanie osobom trzecim obowiązku udzielania świadczeń w przypadkach określonych w § 3 ust. 3 wymaga pisemnego lub w drodze wiadomości elektronicznej powiadomienia Udzielającego Zamówienia oraz podmiotu dla którego świadczone są usługi, W przypadku, jeżeli Przyjmujący Zamówienie planuje w pewnym okresie nie świadczyć usług objętych umową, o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń zobowiązany jest poinformować Udzielającego Zamówienia z co najmniej 7 dniowym uprzedzeniem i uzyskać jego pisemną zgodę. W sytuacjach losowych Przyjmujący Zamówienie powiadamia Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem świadczenia usług w danym dniu o niemożliwości wykonywania świadczeń. Okres przerwy w zakresie świadczeń należy wypełnić na druku Udzielającego Zamówienia stanowiącego **Załącznik nr 4** do niniejszej umowy.
Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że przerwa pomiędzy udzielaniem przez reprezentujących go lekarzy świadczeń zdrowotnych na podstawie różnych tytułów jest przerwą rozsądną, pozwalającą na odpoczynek oraz fizyczną i psychiczną regenerację.

2. WYKONYWANIE ZABIEGÓW NEUROCHIRURGICZNYCH
1) Zespół lekarski (lekarz operator + lekarz asysta + lekarz anestezjolog) posiadający uprawnienia niezbędne do wykonywania przedmiotowych procedur,
2) Pobranie pisemnej zgody pacjenta na zabieg operacyjny przez lekarza neurochirurga,
3) Kwalifikacja do znieczulenia i zabiegu.
4) Zapewnienie bezpośrednich konsultacji przed zabiegiem oraz prowadzenie kwalifikacji do zabiegów.
5) Przeprowadzenie zabiegu wraz z wykonaniem znieczulenia.
6) Nadzór nad pacjentem przed i po zabiegu operacyjnym, zgodnie ze standardami postępowania klinicznego
7) Prowadzenie dokumentacji medycznej (wraz z przygotowaniem wypisu), zgodnie z obowiązującymi przepisami,
8) Kwalifikację procedur w systemie JGP niezbędnych do rozliczenia z NFZ oraz dokumentacji niezbędnej szpitalowi do rozliczenia procedur z NFZ
9) Umożliwienie udziału i obserwacji zabiegów przez personel medyczny Udzielającego Zamówienia wraz ze szkoleniem z zakresu zabiegów objętych przedmiotem zamówienia.
10) W razie potrzeby udzielanie świadczeń zdrowotnych w w/w zakresie przez osoby z innych grup zawodowych (pielęgniarki, instrumentariuszki).

§ 4

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do starannego i czytelnego prowadzenia dokumentacji medycznej oraz innej, związanej z przedmiotem umowy, według zasad obowiązujących u Udzielającego Zamówienie oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Właścicielem dokumentacji medycznej oraz innej dokumentacji związanej z przedmiotem umowy jest Udzielający Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do ścisłego przestrzegania przepisów Ustawy z 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2019 poz. 1781 z późn. zm.) i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1), ze zm. z dn. 23.05.2018 r. (Dz.Urz.UE.L.2018 Nr 127, poz. 2) oraz ponosi pełną odpowiedzialność z tytułu naruszenia wyżej wymienionych przepisów i ewentualnego udostępniania danych osobowych pacjentów osobom nieuprawnionym. Porozumienie o przetwarzaniu danych osobowych stanowi **Załącznik nr 3** do niniejszej umowy.

(Załącznik nr 3 dotyczy wyłącznie w sytuacji gdy umowę zawarto z podwykonawcą (NZOZ)). W przypadku zawarcia umowy z osobą udzielających świadczeń w ramach indywidualnej praktyki stosuje się **Załącznik 3a** i **3b.**

4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że zapoznał się i znane mu są procedury akredytacyjne, ISO, organizacyjne i porządkowe obowiązujące w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie, w tym wynikające z kontraktu zawartego z NFZ oraz przepisy prawa (MZ,NFZ) związane z kwalifikacją świadczeń do rozliczenia z NFZ i zobowiązuje się do ich stosowania.
5. Przyjmujący Zamówienie będzie brał czynny udział w działaniach prowadzących do uzyskania i utrzymania certyfikatu ISO i akredytacji.
6. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że zapoznał się z obowiązującymi w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie:
   a) instrukcjami BHP, aparatury i sprzętu,
   b) kartami charakterystyki,
   c) planem higieny,
   d) kartą oceny ryzyka zawodowego,
   e) zarządzeniami i wytycznymi dot. postępowania poekspozycyjnego,
   f) zarządzeniami i wytycznymi dot. segregacji odpadów,
   g) procedurą postępowania w przypadku zdarzenia niepożądanego,
   h) polityką bezpieczeństwa informacji,
   i) innymi obowiązującymi w Szpitalu Zarządzeniami, procedurami, wytycznymi i standardami, mającymi wpływ na realizację przedmiotu niniejszej umowy.
7. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że co najmniej jeden raz w roku kalendarzowym, w okresie obowiązywania niniejszej umowy podda się przeszkoleniu w zakresie:
   a) I pomocy,
   b) systemów zarządzania jakością (ISO, akredytacja),

c) Praw Pacjenta,
d) zakażeń szpitalnych.

8. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że podda się procesowi adaptacji zawodowej, zgodnie z arkuszem adaptacji zawodowej, stanowiącym **Załącznik nr 1** do niniejszej umowy.[1]
9. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie poddał się wcześniej procesowi adaptacji zawodowej wówczas arkusz adaptacji zawodowej nie jest wymagany.

§ 5
Oświadczenia Przyjmującego Zamówienie

1. Przyjmujący zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego zamówienie, w następującym zakresie:
   a. Sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych i ich jakości,
   b. Gospodarowania sprzętem i urządzeniami, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych,
   c. Zlecanych świadczeń zdrowotnych,
   d. Prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (z późn.zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z oddziałem NFZ.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zwrotu Udzielającemu Zamówienie równowartości kar finansowych zastosowanych przez NFZ w związku z naruszeniem postanowień niniejszej umowy, które skutkują wadliwym wykonaniem lub nie wypełnianiem warunków umowy i rozliczeń z NFZ.
4. Udzielający zamówienie ma obowiązek poinformowania Przyjmującego zamówienie o wszelkich nieprawidłowościach wykonania usługi, niezwłocznie po ich stwierdzeniu.

§ 6

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że wykonując zadania w ramach niniejszej umowy:
   a) spełnia wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach,
   b) posiada kwalifikacje i zezwolenia do wykonywania przedmiotu umowy, określone w odrębnych przepisach,
   c) w czasie obowiązywania niniejszej umowy będzie posiadał aktualne badania lekarskie, określone obowiązującymi przepisami prawa oraz aktualne przeszkolenie BHP.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do posiadania własnej odzieży ochronnej oraz obuwia ochronnego.
3. Udzielający Zamówienia oświadcza, że wszystkie pomieszczenia, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową spełniają wymagania sanitarno – epidemiologiczne, określone obowiązującymi przepisami prawa.

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że przez cały okres obowiązywania umowy będzie dysponował aktualnym, obowiązkowym ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych i będzie je utrzymywał przez cały okres wykonywania umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przedstawienia Udzielającemu Zamówienia kserokopii umowy lub umów ubezpieczenia, o których mowa powyżej.
3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej ulega rozwiązaniu lub wygasa w trakcie obowiązywania niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek dostarczyć Udzielającemu Zamówienie kopię nowej polisy na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie objętym niniejszą umową ponoszą solidarnie Udzielający i Przyjmujący Zamówienie.
5. Jeżeli do naprawienia szkody, o której mowa powyżej został zobowiązany Udzielający Zamówienia, a do jej wyrządzenia doszło na skutek zawinionego działania lub zaniechania Przyjmującego Zamówienie w zakresie obowiązków wynikających z niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany zwrócić Udzielającemu Zamówienia wszystkie koszty, związane z obowiązkiem naprawienia szkody przez Udzielającego Zamówienia, do wysokości poniesionej szkody, także, jeżeli do naprawienia tej szkody doszło wskutek zawarcia ugody pomiędzy Udzielającym Zamówienia lub jego ubezpieczycielem a poszkodowanym, o ile Przyjmujący Zamówienie zaakceptował treść ugody.
6. Strony ustalają, że Udzielający Zamówienia ma prawo potrącenia kwoty stanowiącej równowartość szkody z należności wynikających z wystawionych przez Przyjmującego Zamówienie faktur za udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy.
7. Wszelkie wskazówki udzielane Przyjmującemu Zamówienie przez pracowników funkcyjnych zatrudnionych w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie nie mają charakteru poleceń służbowych, a jedynie są wskazówkami merytorycznymi.

§8
Zobowiązania Stron

1. Nadzór nad prawidłową realizacją niniejszej umowy ze strony Udzielającego Zamówienia pełni Ordynator Oddziału Urazowo-Ortopedycznego oraz Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.
2. Za prawidłową realizację niniejszej umowy, organizację udzielania świadczeń i współpracę z Udzielającym Zamówienia odpowiada po stronie Przyjmującego Zamówienie ……., tel. Kontaktowy: ……, e-mail kontaktowy: ……

---

[1] Procesowi adaptacji zawodowej musi być poddana każda osoba, która po raz pierwszy przystępuje do udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie. Arkusze adaptacji zawodowej, po jej zakończeniu są przechowywane:
- jeżeli umowę zawarto z lekarzem udzielającym świadczeń zdrowotnych w oparciu o prowadzoną działalność gospodarczą, w Sekcji Kadr Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, wraz z zawartą umową,
- jeżeli umowę zawarto z NZOZ - w siedzibie NZOZ.

Negatywna ocena („nieprzygotowany do samodzielnej pracy") otrzymana po zakończeniu procesu adaptacji zawodowej stanowi podstawę do rozwiązania zawartej umowy z daną osobą. Jeżeli umowę zawarto z NZOZ - NZOZ niezwłocznie powiadamia Szpital Powiatowy w Chrzanowie o uzyskaniu przez daną osobę negatywnej oceny.

§9
Warunki płatności

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie określone jako procent wartości punktowej zapłaconej przez płatnika (NFZ lub inny) za świadczenie JGP, zrealizowane w ramach hospitalizacji, w trakcie której wykonano zabieg neurochirurgiczny, jednak nie więcej **niż .....%,** stanowiącej iloczyn sumy punktów wg aktualnego katalogu 1a razy cena z NFZ na dzień podpisania umowy, tj. **1,84 zł,** z zastrzeżeniem ust.2.
2. W przypadku płatności za świadczenia zdrowotne przez innego płatnika niż NFZ, Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie określone jako procent od wartości kwoty zapłaconej przez płatnika.
3. Należność za udzielone świadczenia zdrowotne wyliczona zostanie za każdy miesiąc w oparciu o faktyczną liczbę wykonanych, zatwierdzonych i zapłaconych przez NFZ w sprawozdaniu za dany miesiąc rozliczeniowy świadczeń zdrowotnych i odpowiadających im punktów.
4. W przypadku zakwestionowania prawidłowości rozliczenia świadczeń zdrowotnych związanych z wykonaniem zabiegów neurochirurgicznych, w tym w ramach weryfikacji wstecznej przez NFZ i zwrotem nienależnie pobranych środków finansowych wartością wyliczoną proporcjonalnie do wynagrodzenia o którym mowa w ust.1 zostanie obciążony Przyjmujący zamówienie.
5. Podstawą do obliczenia należności będzie faktura wystawiona przez Przyjmującego Zamówienie za wykonanie wszystkich świadczeń.
6. Przyjmujący Zamówienie dostarczać będzie fakturę wraz z załącznikiem, w którym wyszczególnione będą: okres, którego dotyczy faktura oraz liczba wykonanych świadczeń-zabiegów, imię, nazwisko, PESEL, data wykonania zabiegu operacyjnego, kod ICD, nr ks. gł., po zweryfikowaniu i zatwierdzeniu przez Ordynatora Oddziału Urazowo-Ortopedycznego do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni.
7. Wynagrodzenie wypłacane będzie w terminie 21 dni od dnia przekazania przez Przyjmującego zamówienie poprawnie wystawionej faktury wraz z załącznikiem, o którym mowa w ust.6.
8. Przyjmujący Zamówienie nie może bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia przenieść wierzytelności z niniejszej umowy na osobę trzecią.

§ 10

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że przychody ze świadczenia usług objętych umową są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów podatkowych i ubezpieczenia społecznego i że samodzielnie będzie rozliczał te przychody oraz ponosił inne obciążenia publiczno-prawne wynikające z umowy.

§ 11
Kary umowne

1. Udzielający zamówienie może nałożyć na Przyjmującego Zamówienie karę umowną w wysokości 10% wartości świadczeń zrealizowanych w danym miesiącu kalendarzowym w następujących przypadkach:
   a. udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby nieuprawnione lub nie posiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym czasie,
   b. nieudzielania świadczeń zdrowotnych w czasie i miejscu ustalonym wcześniej, za wyjątkiem sytuacji nagłych związanych z nieobecnością lekarza w związku z niedyspozycją zdrowotną lub innymi zdarzeniami losowymi
   c. uniemożliwienie kontroli lub niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
   d. pobierania nienależnych opłat za świadczenia będące przedmiotem umowy,
   e. nieuzasadnionej odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych,
   f. przedstawienia przez Przyjmującego Zamówienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym (np. dot. personelu udzielającego świadczeń).

   Kary umowne mogą być wymierzane wielokrotnie podczas trwania umowy.
2. W przypadku, gdy kara umowna nie pokryje poniesionej przez Szpital szkody, Szpital zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

§ 12
Terminy

Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia **2025-02-01 do 2026-01-31.**

§ 13
Rozwiązanie umowy

1. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze Stron z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia z przyczyn określonych w ust. 3, 4, niniejszego paragrafu. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy następuje w formie pisemnej.
2. Udzielający Zamówienia może wypowiedzieć umowę za okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego w przypadku:
   a. ograniczenia dostępności do świadczeń, zawężenia ich zakresu lub nieodpowiedniej jakości usług,
   b. nieprzekazania w ustalonym terminie przez Przyjmującego Zamówienie wymaganych zestawień, o których mowa w § 10 ust 6.
   c. przekazania danych z wykonania umowy niezgodnych ze stanem faktycznym,
   d. uzasadnionych skarg pacjentów, wynikających z rażącego naruszenia niniejszej umowy oraz przepisów prawa,
   e. zastrzeżeń Udzielającego Zamówienia do pracy Przyjmującego Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie może wypowiedzieć umowę za okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego w przypadku, gdy
   a. Udzielający Zamówienie zalega z zapłatą należności za wykonywanie świadczeń określonych w umowie za więcej niż dwa pełne okresy płatności,
   b. Przyjmujący Zamówienie nie będzie dysponował personelem pozwalającym na wykonanie świadczeń objętych niniejszą umową i złoży w tym zakresie pisemne oświadczenie Udzielającemu Zamówienie,

4. W przypadku złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy, strony w drodze porozumienia ustalą w terminie 3 dni harmonogram udzielania świadczeń w okresie wypowiedzenia, obejmujący co najmniej świadczenia w zakresie wykonywania zabiegów neurochirurgicznych. Nieuzgodnienie harmonogramu we wskazanym terminie uprawnia Przyjmującego Zamówienie do rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym,
5. Umowa ulega rozwiązaniu wskutek oświadczenia jednej ze Stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku:
   a. gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy,
   b. wypowiedzenia umowy przez NFZ w stosunku do Udzielającego Zamówienie,
   c. w razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili podpisania umowy.

§ 14
Postanowienia końcowe

1. Wszelkie spory mogące wynikać przy realizacji niniejszej umowy strony będą próbowały rozstrzygać na polubownie.
2. W przypadku braku uzgodnień stanowisk, spory rozstrzygać będzie Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Ustawy o działalności leczniczej, Kodeksu Cywilnego, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisów dotyczących przedmiotu umowy.
4. Przyjmujący zamówienie nie może dokonać przeniesienia praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie bez uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego zamówienie, za wyjątkiem przypadków wynikających z obowiązujących przepisów prawa.
5. Regulamin konkursu po przeprowadzeniu, którego doszło do zawarcia niniejszej umowy oraz złożona przez Przyjmujące zamówienie oferta, stanowią integralną część niniejszej umowy.
6. Zleceniobiorca oświadcza, iż znane mu są zapisy ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę z dnia 10 października 2002roku i przy wykonywaniu przedmiotu umowy będzie stosował jej postanowienia.

§ 15

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. Umowę sporządzono w dwóch, jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Z-ca DYREKTORA
ds. Lecznictwa
lek. med. Izabela Kiełbalska
z upoważnienia
Dyrektora Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

....
Udzielający Zamówienia Przyjmujący Zamówienie

SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE
32-500 Chrzanów, ul. Topolowa 16
tel. (32) 624-70-00, tel. (32) 624-77-77
fax (32) 623-94-26
REGON: 000310108 NIP: 628 18 16 916
kody: SZ-0000000003129, SZ-V-01
NFZ - 061/100007

Zatwierdzam wzór umowy

RADCA PRAWNY
Michał Kaszyński

Załącznik nr 1 do umowy.....

ARKUSZ ADAPTACJI ZAWODOWEJ NOWO ZATRUDNIONEGO PRACOWNIKA

Szpital Powiatowy w Chrzanowie
ul. Topolowa 16
32-500 Chrzanów

Nazwisko i imię pracownika:	
Stanowisko i miejsce pracy:	
Data rozpoczęcia pracy:	
Data zakończenia procesu adaptacji zawodowej:	
Opiekun (nazwisko i imię):	
Rodzaj umowy	

PRZEBIEG PROCESU ADAPTACJI ZAWODOWEJ

Zadania		**Realizowane przez:**		
1.	**Etap przygotowawczy:**	**stanowisko**	**imię i nazwisko**	**podpis i pieczęć**
a)	przegląd dokumentów	pracownik Sekcji Kadr		
b)	przygotowanie stanowiska pracy	bezpośredni przełożony		
c)	przygotowanie opisu zadań, obowiązków i uprawnień,	bezpośredni przełożony, pracownik Sekcji Kadr		
d)	wyznaczenie opiekuna dla nowo zatrudnionego	bezpośredni przełożony		
2.	**Powitanie pracownika:**	**stanowisko**	**imię i nazwisko**	**podpis i pieczęć**
a)	rozmowa przeprowadzającego rekrutację z nowo zatrudnionym	pracownik Sekcji Kadr		
b)	przekazanie informacji o zakładzie	pracownik Sekcji Kadr		
c)	przekazanie informacji o przełożonych i współpracownikach	pracownik Sekcji Kadr		
d)	wręczenie zakresu obowiązków i uprawnień	pracownik Sekcji Kadr		
e)	informacja o możliwościach uzyskania pomocy	pracownik Sekcji Kadr		
3.	**Prezentacja pracownika:**	**stanowisko**	**imię i nazwisko**	**podpis i pieczęć**
a)	bezpośredniemu przełożonemu	pracownik Sekcji Kadr		
b)	opiekunowi	bezpośredni przełożony		
c)	współpracownikom	bezpośredni przełożony		
4.	**Zapoznanie pracownika z zakładem pracy:**	**stanowisko**	**imię i nazwisko**	**podpis i pieczęć**
a)	pokazanie miejsca pracy	bezpośredni przełożony		
b)	zapoznanie z topografią komórki	opiekun		
c)	zapoznanie z topografią Szpitala i zasadami poruszania się	opiekun		
5.	**Przekazanie pracownikowi instrukcji i informacji:**	**stanowisko**	**imię i nazwisko**	**podpis i pieczęć**
a)	szkolenie w zakresie BHP i ochrony przeciwpożarowej	pracownik służby BHP i ochrony przeciwpożarowej		
b)	instrukcja o zachowaniu się w razie wypadku	pracownik służby BHP		
c)	szkolenie w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych	Pielęgniarka epidemiologiczna		

d)	informacja o czasie pracy, przerwach, systemie zmian	pracownik Sekcji Kadr, bezpośredni przełożony		
e)	przeszkolenie w zakresie Zintegrowanego Systemu Zarządzania i Akredytacji	Pełnomocnik ds. ZSZ lub Pełnomocnik ds. Akredytacji		
6.	**Przekazanie instrukcji w zakresie ochrony danych osobowych**	**stanowisko**	**imię i nazwisko**	**podpis i pieczęć**
a)	przeszkolenie w zakresie przetwarzania danych osobowych oraz postępowania w przypadku naruszenia ochrony danych osobowych	Inspektor Ochrony Danych lub bezpośredni przełożony		
7.	**Wdrożenie do pracy:**	**stanowisko**	**imię i nazwisko**	**podpis i pieczęć**
a)	zaznajomienie z przebiegiem pracy, szczegółowymi instrukcjami, obowiązującymi standardami i procedurami służącymi zapewnieniu jakości udzielanych świadczeń	bezpośredni przełożony		
b)	objaśnienie szczegółowych powiązań stanowiska pracy z innymi stanowiskami	bezpośredni przełożony, opiekun		
c)	nadzorowanie pracy, udzielanie porad, wskazówek	bezpośredni przełożony, opiekun		
8.	**Ocena realizacji procesu adaptacji zawodowej:**	**stanowisko**	**imię i nazwisko**	**podpis i pieczęć**
a)	omówienie z pracownikiem przebiegu procesu adaptacji zawodowej	bezpośredni przełożony, opiekun		
b)	ocena przygotowania pracownika do samodzielnego efektywnego wykonywania powierzonych zadań: - bardzo dobrze przygotowany do samodzielnej pracy*, - dobrze przygotowany do samodzielnej pracy*, - w stopniu zadowalającym przygotowany do samodzielnej pracy*, - nieprzygotowany do samodzielnej pracy* ** niepotrzebne skreślić*	bezpośredni przełożony, opiekun		
c)	zapoznanie pracownika z oceną	bezpośredni przełożony		
d)	udzielenie ewentualnych porad, wskazówek	bezpośredni przełożony, opiekun		
e)	wysłuchanie uwag i spostrzeżeń pracownika na temat jego pracy	bezpośredni przełożony, opiekun		

Ocena osób odpowiedzialnych za przebieg poszczególnych etapów procesu adaptacji zawodowej*:	
1)	Pracownika Sekcji Kadr:
2)	Pracownika służb BHP

3)	Pielęgniarki epidemiologicznej
4)	Bezpośredniego przełożonego
5)	Inspektor Ochrony Danych lub bezpośredni przełożony
6)	Opiekuna
7)	Pełnomocnika ds. ZSZ *lub* Pełnomocnika ds. Akredytacji
Podpis pracownika uczestniczącego w procesie adaptacji zawodowej:	*Data włączenia arkusza adaptacyjnego do akt osobowych:*

*- ocena otrzymana po zakończeniu procesu adaptacji zawodowej będzie brana pod uwagę w przypadku zamiaru zawarcia kolejnych umów o pracę z pracownikiem poddanym ocenie

Załącznik nr 2 do umowy nr ...../.....

Ramowy zakres czynności lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w dziedzinie Neurochirurgii Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

1. W ramach zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do opieki lekarskiej w zakresie zachowania, ratowania, przywracania i poprawy zdrowia i obejmuje w szczególności:
   a) badanie stanu zdrowia pacjentów,
   b) rozpoznawanie chorób i zapobieganie im,
   c) leczenie zachowawcze i zabiegowe,
   d) udzielanie porad lekarskich,
   e) opiekę nad pacjentami oddziału,
   f) dokonywanie wszelkich innych czynności, wobec pacjentów wynikających z ich stanu zdrowia, aż do chwili przekazania pod opiekę innego szpitala/oddziału,
   g) udzielanie konsultacji specjalistycznych zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienia w oddziałach znajdujących się na terenie szpitala.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:
   a) prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z aktualnie obowiązującym stanem prawnym, ze standardem dokumentacji obowiązującej w Szpitalu i zgodnie z wymogami NFZ, w tym prowadzenia pełnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej a także terminowego przekazywania dokumentacji medycznej do Działu Kontraktów Medycznych i Statystyki Szpitala Powiatowego w Chrzanowie. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone Udzielającemu Zamówienia i osobom trzecim nierzetelnym, niedbałym lub niestarannym prowadzeniem dokumentacji. Tworzona dokumentacja medyczna jest własnością Udzielającego Zamówienie. Za bezpieczeństwo danych przechowywanych na serwerach szpitalnych odpowiada Udzielający Zamówienia,
   b) zgłaszania podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej do inspekcji sanitarnej oraz wypełnianie koniecznej dokumentacji w tym zakresie,
   c) prowadzenia racjonalnej i ekonomicznej gospodarki środkami farmakologicznymi, materiałami i sprzętem jednorazowego użytku, krwią i preparatami krwiopochodnymi, a także w zakresie diagnostyki, dodatkowych konsultacji, rehabilitacji itp.,
   d) przestrzegania, przy wykonywaniu umowy, zasad wynikających z ustawy o ochronie danych osobowych oraz Polityki Bezpieczeństwa Informacji i innych aktów obowiązujących w tym zakresie u Udzielającego Zamówienia, których treść znana jest Przyjmującemu Zamówienie,
   e) przestrzegania przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
   f) przestrzegania obowiązujących przepisów BHP i ppoż. oraz zaleceń wydanych przez Udzielającego Zamówienia,
   g) ewidencjonowania czasu pracy udzielania świadczeń zdrowotnych,
   h) przekazywania informacji o realizacji przyjętego zamówienia – sporządzania dziennych raportów z wykonanej pracy ;
   i) prowadzenia sprawozdawczości statystycznej;
   j) wykonywania czynności objętych niniejszą umową we własnej odzieży ochronnej i/lub roboczej, spełniającej wszelkie wymagane prawem standardy oraz do ponoszenia we własnym zakresie kosztów utrzymania tej odzieży w należytym stanie,
   k) posiadania i przedstawienia aktualnego przeszkolenia BHP i ppoż,
   l) posiadania i przedstawienia aktualnego orzeczenia lekarskiego z badania przeprowadzonego dla celów epidemiologicznych oraz aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, stanowiącej przedmiot umowy,
   m) efektywnego wykorzystywania czasu pracy, ewidencjonowania - każdorazowego opuszczenia Oddziału, w celu nie związanym z realizacją przedmiotu umowy.

....

Udzielający Zamówienia Przyjmujący Zamówienie

Załącznik nr 3
do umowy nr ……./…….

POROZUMIENIE W ZAKRESIE UDOSTĘPNIENIA DANYCH OSOBOWYCH

zawarte w dniu ……..2025 r. w Chrzanowie, pomiędzy:
……
……..reprezentowanym przez:
zwanym dalej „Szpitalem"
a
……..
reprezentowanym przez:
……..
zwanym dalej „Zleceniobiorcą",
zwanymi dalej łącznie Stronami, a z osobna „Stroną".
Zważywszy, że Szpital korzysta z usług Zleceniobiorcy, Strony postanowiły zawrzeć Porozumienie w zakresie udostępnienia danych osobowych (zwane dalej „Porozumieniem") o następującej treści:

§ 1
DEFINICJE

1. RODO - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
2. Dane osobowe - dane w rozumieniu RODO, tj. dane, które oznaczają informacje o zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej („osobie, której dane dotyczą"); możliwa do zidentyfikowania osoba fizyczna to osoba, którą można bezpośrednio lub pośrednio zidentyfikować, w szczególności na podstawie identyfikatora takiego jak imię i nazwisko, numer identyfikacyjny, dane o lokalizacji, identyfikator internetowy lub jeden bądź kilka szczególnych czynników określających fizyczną, fizjologiczną, genetyczną, psychiczną, ekonomiczną, kulturową lub społeczną tożsamość osoby fizycznej.

§ 2

OŚWIADCZENIA I ZOBOWIĄZANIA STRON

1. Strony oświadczają, że Porozumienie zostało zawarte w związku z udostępnieniem przez Szpital Zleceniobiorcy danych osobowych, a także w celu wykonania obowiązków o których mowa w RODO.
2. Szpital oświadcza, iż jest administratorem Danych Osobowych w rozumieniu przepisów RODO co oznacza, że samodzielnie lub wspólnie z innymi ustala cele i sposoby przetwarzania Danych osobowych.
3. Szpital oświadcza, że posiada podstawę prawną do przetwarzania Danych osobowych udostępnionych Zleceniobiorcy.
4. Zleceniobiorca oświadcza, że stosuje środki bezpieczeństwa spełniające wymogi RODO.
5. Zleceniobiorca oświadcza, że w ramach realizacji umowy będzie przetwarzał dane osobowe zgodnie z zakresem pełnionych obowiązków wynikających z Umowy o ……..

§ 3

UDOSTEPNIENIE DANYCH OSOBOWYCH

1. Szpital udostępnia Zleceniobiorcy Dane osobowe wskazane w ust. 2 i 3 poniżej, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do ich wykorzystania (przetwarzania) wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w Porozumieniu.
2. Zakres udostępnionych Danych osobowych obejmuje następujące kategorie osób: pacjenci, osoby upoważnione/pełnomocnicy pacjenta.
3. Zakres udostępnionych Danych osobowych może obejmować takie dane jak: dane medyczne, dane dotyczące zdrowia.
4. Zleceniobiorca nie ma prawa do wykorzystania Danych osobowych w innym celu niż wskazany w umowie.

§ 4

CEL UDOSTĘPNIENIA DANYCH OSOBOWYCH

1. Wyłącznym celem udostępnienia Danych osobowych jest wykonanie przez Zleceniobiorcę usług określonych w umowie o……
2. Zleceniobiorca będzie wykonywał następujące operacje dotyczące udostępnionych Danych osobowych: zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, dopasowywanie lub łączenie, ujawnianie innym podmiotom zgodnie z przepisami prawa lub na polecenie Administratora, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie.

§ 5

AUDYT

Szpital jest uprawniony do weryfikacji przestrzegania przez Zleceniobiorcę zasad przetwarzania Danych osobowych wynikających z RODO oraz Porozumienia, poprzez prawo żądania udzielenia wszelkich informacji dotyczących przetwarzania udostępnionych Danych Osobowych oraz prawo do audytu i kontroli przestrzegania przepisów RODO na stanowisku pracy.

§ 6
ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZLECENIOBIORCY

1. Zleceniobiorca jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie Danych osobowych niezgodnie z treścią Porozumienia, w tym za udostępnienie Danych osobowych osobom nieupoważnionym.

2. Zleceniobiorca odpowiada za szkody, jakie powstaną w Szpitalu, a także u osób których Dane osobowe dotyczą lub innych osób trzecich, w wyniku niezgodnego z Porozumieniem lub przepisami prawa przetwarzaniem przez Zleceniobiorcę udostępnionych Danych Osobowych objętych powierzeniem na podstawie Umowy, w tym w związku z udostępnieniem Danych osobowych osobom nieupoważnionym lub niezastosowaniem właściwych warunków bezpieczeństwa.
3. W przypadku naruszenia obowiązujących przepisów prawa lub Porozumienia z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy, w następstwie czego Szpital zostanie zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub zostanie ukarany administracyjną karą finansową, Zleceniobiorca zobowiązuje się pokryć Szpitalowi poniesione z tego tytułu uzasadnione, niezbędne i udokumentowane koszty.
4. Zleceniobiorca jest zobowiązany do zapoznania się z polityką dotyczącą bezpieczeństwa i ochrony danych, regulaminami, instrukcjami i procedurami obowiązującymi w Szpitalu, wiążącymi się z ochroną danych osobowych oraz zobowiązany do ich przestrzegania. Dokumenty te stanowią: Polityka Ochrony Danych Osobowych w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie, Regulamin Funkcjonowania Monitoringu Wizyjnego, procedury ISO: Wykonywanie pracy zdalnej, Zarządzanie kluczami do pomieszczeń, Zarządzanie bezpieczeństwem informacji PI: PI1 Klasyfikacja informacji, PI3 Zarządzanie ciągłością, PI4 Zarządzanie uprawnieniami, PI5 Zarządzanie incydentami, PI7 Ogólne zasady bezpieczeństwa informacji, PI8 Deklaracja stosowania.
5. Zleceniobiorca zobowiązany jest do zgłaszania naruszeń ochrony danych osobowych do Inspektora Ochrony Danych Osobowych wyznaczonego przez Szpital zgodnie z procedurami.

§ 7

OBOWIĄZKI SZPITALA

Szpital zobowiązany jest współdziałać ze Zleceniobiorcą przy wykonywaniu Porozumienia, jak też wywiązywać się terminowo ze swoich szczegółowych obowiązków.

§ 8

CZAS OBOWIĄZYWANIA POROZUMIENIA

Porozumienie wchodzi w życie z dniem jego podpisania przez Strony i zostaje zawarte wyłącznie na czas trwania umowy o..... Porozumienie ulega rozwiązaniu wraz z dniem jej zakończenia.

§ 9

ZAKOŃCZENIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Po rozwiązaniu Porozumienia, Zleceniobiorca zobowiązany jest do zgłoszenia tego faktu w Dziale IT w celu odebrania uprawnień do przetwarzania danych osobowych w systemach informatycznych.

§ 10

DODATKOWE OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy Danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczania, w tym również po rozwiązaniu Umowy.

....

Zatwierdzam wzór umowy

Z-ca DYREKTORA
ds. Lecznictwa
lek. med. Izabela Kiełbalska
z upoważnienia
Dyrektora Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE
32-500 Chrzanów, ul. Topolowa 16
tel. (32) 624-70-00, tel. (32) 624-77-77
fax (32) 623-94-28
REGON: 000310103 NIP: 628 19 16 916
kody: sz.I-000000003129, sz.V-01
[illegible]

Załącznik nr 3a
do umowy nr ...../.....

Oświadczenie Pracownika o Zachowaniu Poufności

Ja, niżej podpisana (podpisany) .....

zatrudniona (zatrudniony) w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie

na stanowisku: .....

1. Ja niżej podpisany/a zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych, do których mam lub będę miał/a dostęp w związku z wykonywaniem zadań służbowych i obowiązków pracowniczych, zarówno w trakcie wiążącego mnie stosunku pracy jak i po jego ustaniu. Oświadczam, że zapoznałem się z polityką dotyczącą bezpieczeństwa informacji, regulaminami, instrukcjami i procedurami obowiązującymi w Szpitalu, wiążących się z ochroną danych osobowych oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania. Dokumenty te stanowią: Polityka Ochrony Danych Osobowych w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie, Regulamin Funkcjonowania Monitoringu Wizyjnego, procedury ISO : Wykonywanie pracy zdalnej, Zarządzanie kluczami do pomieszczeń, Zarządzanie bezpieczeństwem informacji PI: PI1 Klasyfikacja informacji, PI3 Zarządzanie ciągłością, PI4 Zarządzanie uprawnieniami, PI5 Zarządzanie incydentami, PI7 Ogólne zasady bezpieczeństwa informacji, PI8 Deklaracja stosowania.
   W szczególności zobowiązuję się do:
   - przetwarzania danych osobowych wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w powierzonych przez Administratora zadaniach;
   - niewykorzystywania danych osobowych w celach niezgodnych z zakresem i celem powierzonych zadań przez Administratora;
   - zachowania w tajemnicy sposobów zabezpieczenia danych osobowych;
   - ochrony danych osobowych przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utratą, modyfikacją danych osobowych, nieuprawnionym ujawnieniem danych osobowych, nieuprawnionym dostępem do danych osobowych oraz ich przetwarzaniem.
2. Mam świadomość, że informacje stanowiące tajemnicę Pracodawcy obejmują w szczególności: poufne informacje o pracownikach i pacjentach, dokumentację roboczą, zbiory korespondencji oraz inne akta związane z pacjentami, pracownikami i firmami współpracującymi, a także wszelkie inne informacje wewnętrznego użytku, funkcjonujące w Szpitalu.
3. Mam świadomość, że powyższego zobowiązania nie narusza ujawnienie informacji:
   - dostępnych publicznie;
   - co do których uzyskano <u>pisemną</u> zgodę Pracodawcy na ich ujawnienie;
   - których ujawnienie jest wymagane na podstawie przepisów prawa.

.....
data i podpis Pracownika

<u>Podstawa prawna:</u>
- *art. 100 § 2 Kodeksu Pracy,*
- *art. 154 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala,*
- *Ustawa z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r. , poz. 1000)*
- *Rozporządzenie PE i RE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO).*

Załącznik nr 3b
do umowy nr ……/……

Chrzanów, ……

(miejscowość i data)

UPOWAŻNIENIE
do przetwarzania danych osobowych

1.

Niniejszym z dniem

……

(data nadania upoważnienia)

nadaję Pani/Panu*

……

(imię i nazwisko)

upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie w zakresie niezbędnym do wykonywania pracy na stanowisku

……

(Stanowisko)

2.

Nadane upoważnienie dopuszcza do przetwarzania danych osobowych należących do kategorii:

Medyczne – związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych:

(Pacjenci / Opiekunowie prawni / Osoby bliskie*)

Kadrowe – związane z zatrudnieniem personelu:

(Kandydaci do pracy / Personel / Członkowie rodzin / Współpracownicy / Wolontariusze*)

Księgowe – związane z prowadzeniem księgowości i rozliczeń finansowych:

(Kontrahenci / Klienci / Personel / Współpracownicy*)

3.

Upoważnienie wydane jest na okres do ……r.

(data wygaśnięcia upoważnienia)

4.

Upoważnienie wygasa z chwilą rozwiązania umowy o pracę, zakończenia współpracy lub zmiany stanowiska pracy.

5.

Jednocześnie zobowiązuję Panią/Pana* do stosowania przyjętych w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie procedur ochrony danych osobowych, zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych oraz sposobu ich zabezpieczenia.

Podstawa prawna:
Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

Administrator Danych Osobowych

Osoba upoważniona

……

* zaznaczyć właściwe

Załącznik nr 4
do umowy nr ...../.....

Chrzanów, dnia .....

.....
Nazwisko i imię

.....
Adres

.....
Nr umowy

ZGŁOSZENIE NIEOBECNOŚCI

W wykonaniu zobowiązania wynikającego z § 3 pkt 5 umowy z dnia..... informuję,

iż planuję przerwę w wykonywaniu świadczenia usług medycznych

na podstawie ww. umowy w okresie ..... tj. ..... dni roboczych.

.....

podpis

Akceptacja Ordynatora Oddziału: .....

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*

.....

** niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 5
do umowy nr ……/……

Miesiąc: ……				Rok: ……
Dzień m-ca	**Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w podstaw. ordynacji**	**Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych**	**Razem godziny**	**Podpis Przyjmującego Zamówienie**
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.				

Liczba przepracowanych w miesiącu godzin: ……

…… Przyjmujący Zamówienie

…… Akceptuję