

*Załącznik nr 1 do umowy  
z dnia.....*

**Wykaz wyrobów medycznych służących do wykonywania procedur będących przedmiotem umowy, których zapewnienie we własnym zakresie i na własny koszt jest obowiązkiem Przyjmującego Zamówienie**

1. Obłożenia jednorazowe do DSA i embolizacji
2. Spirale oraz system do odczepiania spiral oraz kable
3. Stenty
4. Stenty do remodelingu naczyń mózgowych
5. Pętla do usuwania ciał obcych
6. Cewniki prowadzące
7. Mikroprzewodniki do zabiegów
8. System dostawczy do stentów
9. Mikrocewniki do wprowadzania systemu przestrzennego „koszyka”
10. System do embolizacji tętniaków naczyń mózgowych
11. Mikrocewniki
12. Microsfery do embolizacji
13. Stenty do stabilizacji spiral
14. Stenty modelujące przepływ w tętniaku
15. System do trombektomii mechanicznej
16. Cewniki balonowe do angioplastyki tętnic mózgowych i szyjnych
17. Płynny materiał embolizacyjny

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE





**ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU  
NEURORADIOLOGII INTERWENCYJNEJ W PRACOWNI HEMODYNAMIKI  
SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO  
W WAŁBZYCHU**

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu neuroradiologii interwencyjnej wykonywane będą przez Przyjmującego Zamówienie w Pracowni Hemodynamiki Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu w trybie całodobowym 24h/7 dni w tygodniu.
2. Lekarz dyżurny Przyjmującego Zamówienie nadzoruje pracę podległego personelu Pracowni i jest odpowiedzialny za kontakty z pozostałymi komórkami Udzielającego Zamówienie.
3. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą przez Przyjmującego Zamówienie tym pacjentom, którzy wyrażą świadomą na to zgodę na piśmie, wg właściwego ze względu na rodzaj udzielonych świadczeń oświadczenia o treści ustalonej przez Przyjmującego Zamówienie przy akceptacji Udzielającego Zamówienie, przy czym szczegółowy cel i możliwe powikłania winny odpowiadać rodzajowi zabiegu, a nadto winno ono spełniać wymogi stawiane przez aktualnie obowiązujące przepisy prawa. W przypadku pacjentów z utrudnionym kontaktem zastosowany będzie protokół wyższej konieczności.
4. Wykonywanie przez Przyjmującego Zamówienia innych, zawartych przez niego umów nie może kolidować z prawidłową realizacją niniejszej umowy.
5. Przyjmujący Zamówienie zapewnia:
  - 1) wykonanie procedur z zakresu neuroradiologii interwencyjnej nastąpi w czasie do 48 godzin od powiadomienia przez Udzielającego Zamówienia,
  - 2) interwencję lekarza neurochirurga i/lub neuroradiologia w przypadku powikłań mających związek z wykonanym świadczeniem, w czasie niezbędnym nie później niż w ciągu 24 godzin, od powiadomienia przez Udzielającego Zamówienia.
6. Świadczenia zdrowotne inne niż planowe winny być wykonane przez Przyjmującego Zamówienie niezwłocznie, nie później niż w czasie zgodnym z wymogami NFZ, standardami i wytycznymi właściwych ze względu na rodzaj udzielanych świadczeń towarzystw lekarskich.
7. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za swoje działania i zaniechania, jak i za działania i zaniechania osób, którymi się posługuje, w szczególności za ordynowanie leków, wyrobów medycznych, środków leczniczych i pomocniczych, wykonywane zabiegi.
8. Wstępnej kwalifikacji pacjentów do udzielenia im świadczeń zdrowotnych wykonywanych w trybie planowym, objętych niniejszą umową dokonywać będzie lekarz kierujący Oddziałem Neurochirurgicznym Udzielającego Zamówienia. Ostateczną decyzję objęcia pacjenta odpowiednią procedurą podejmować będzie lekarz Przyjmującego Zamówienie.

9. Wstępnej kwalifikacji pacjentów do udzielenia im świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wykonywanych w trybie pilnym dokonywać będzie lekarz dyżurny oddziału, na którym pacjent się znajduje, bądź inny wskazany przez Udzielającego Zamówienie lekarz. Ostateczną decyzję objęcia pacjenta odpowiednią procedurą podejmować będzie lekarz Przyjmującego Zamówienie.
10. Osobą koordynującą wykonywanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych będzie lekarz kierujący Oddziałem Neurochirurgicznym Udzielającego Zamówienia lub osoba przez niego upoważniona.
11. Przyjmujący Zamówienie w czasie wykonywania obowiązków wynikających z realizacji umowy zobowiązany jest do nieprzerwanego pozostawania w miejscu wykonywania świadczeń.
12. Każda zmiana powodująca niemożność wykonania przedmiotu umowy, w terminach wynikających z umowy musi zostać uzgodniona z osobą koordynującą nie później niż 3 dni przed planowanym wykonaniem świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego Zamówienie.
13. Przyjmujący Zamówienie udostępni pielęgniarce koordynującej pracę w Pracowni nalepki ze sprzętu zawierające (rozmiar, numer serii, numer lot), który został wykorzystywany w trakcie zabiegu do uzupełnienia ewidencji zabiegów w księdze zabiegów operacyjnych.
15. Szczegółowy zakres obowiązków Przyjmującego Zamówienie wynika z obowiązujących aktów prawnych ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych, ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym wraz z aktami wykonawczymi wydanymi na ich podstawie oraz innych przepisów prawnych szczegółowo regulujących pracę lekarza, a ponadto zasad etycznych dotyczących pracy lekarza oraz innych zasad obowiązujących w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

.....

.....

**MINIMALNA LICZBA OSÓB UDZIELAJACYCH SWIADCZEŃ  
WRAZ Z OKREŚLENIEM ICH UPRAWNIEN I KWALIFIKACJI**

**I. Lekarze (w tym również lekarzeanestezjododzy)**

Lp.	Imię i nazwisko	Tytuł zawodowy	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie (w latach)	Uwagi
1					
2					
3					
4					
5					

**II. Pielęgniarki (w tym również pielęgniarkianestezjologiczne)**

Lp.	Imię i nazwisko	Tytuł zawodowy	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie (w latach)	Uwagi
1					
2					
3					
4					
5					

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

.....

.....



**WZÓR SPRAWOZDANIA Z WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE NEURORADIOLOGII INTERWENCYJNEJ NAZINTEGROWANYM BLOKU  
OPERACYJNYM**

1. Imię i nazwisko pacjenta .....
2. PESEL pacjenta .....
3. Numer księgi .....
4. Godzina rozpoczęcia zabiegu.....
5. Godzina zakończenia zabiegu.....
6. Lekarze wykonujący procedurę (w tym lekarz anestezjolog)  
.....  
.....  
.....
7. Pielęgniarki wykonujące procedurę (w tym pielęgniarka anestezjologiczna)  
.....  
.....  
.....
8. Wykonane procedury ICD-9 .....
9. Dane do rozliczenia z NFZ:
  - grupa JGP.....
  - lek .....

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

.....

.....







**WZÓR WYKAZU-ZINTEGROWANY BLOK OPERACYJNY – ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU NEURORADIOLOGII**  
**INTERWENCYJNEJ ZAŁĄCZNIK DO FAKTURY NR .....**

LP	NAZWISKO	IMIĘ	PESEL	KOD GRUPY ICD-10	PODANIE LEKU

**ŁĄCZNE ZESTAWIENIE**

JGP	ILOŚĆ PUNKTÓW WG JGP 10 na jedną procedurę	WARTOŚĆ (PLN) WG JGP 10 na jedną procedurę	STAWKA ZA PROCEDURĘ WG UMOWY (PLN)	ILOŚĆ JGP	WARTOŚĆ OGÓLEM PLN
Q31					
Q32					
Q33					
Q48					
A45					
<b>RAZEM</b>					

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

.....

.....

OM



**Wykaz aparatury medycznej służącej do wykonywania procedur będących przedmiotem umowy, których zapewnienie jest obowiązkiem Udzielającego Zamówienie**

- Angiograf Philips Allura XP
- Defibrylator (dostęp do jednego urządzenia w czasie zabiegu)
  - Cardio Aid 200b
  - Cardioserw
  - Cardio Aid mc +
  - Lifepak 12
- Aparat do znieczuleń
- Multiplate (wielokanałowy agregometr impedencyjny)
- Aparaty do szybkiego przetaczania płynów infuzyjnych
- Aparat do pomiaru ACT
- Glukometr
- Aparat do pomiaru RR

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

.....

.....





## INFORMACJA ADMINISTRATORA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 osobowych) Dz. U. UE. L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r., dalej jako „RODO” informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją **umów, porozumień , świadczenia usług zawartych na podstawie Kodeksu Cywilnego i innych ustaw** jest Specjalistyczny Szpital im dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu ul. Sokołowskiego 4, 58-309 Wałbrzych, telefon 74/6489600, e-mail: [sekretariat@zdrowie.walbrzych.pl](mailto:sekretariat@zdrowie.walbrzych.pl)
2. Informujemy, że Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IODO), kontakt możliwy jest za pośrednictwem e-mail: [iodo@zdrowie.walbrzych.pl](mailto:iodo@zdrowie.walbrzych.pl), numer (74) 6489600 oraz osobę zastępującą IODO, kontakt za pośrednictwem e-mail: [iod@zdrowie.walbrzych.pl](mailto:iod@zdrowie.walbrzych.pl), numer (74) 6489696 lub korespondencyjnie na adres Administratora.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja czynności poprzedzających zawarcie umowy, realizacja warunków i zobowiązań określonych w zawartej umowie, w tym obowiązków prawnych (m. in. odprowadzania składek ubezpieczeniowych, podatków). Podstawą prawną ich przetwarzania będą art. 734-751 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny (umowa zlecenie, umowa o współpracy, umowa o świadczenie usług)), czy też art. 42 - 44 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Przesłanką legalizującą przetwarzanie tych danych osobowych na gruncie „RODO” jest art. 6 ust. 1 lit. b i c;
4. Dane przekazane przez Panią/Pana będą podlegały udostępnieniu następującym kategoriom odbiorców: organy władzy publicznej, organy ścigania, inne uprawnione podmioty, w zakresie i celach, gdy występują z żądaniem w oparciu o stosowną podstawę prawną w tym np. NFZ, inne podmioty, które świadczą usługi na rzecz administratora np. podmiotom świadczącym obsługę prawną, podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę przetwarzania danych w imieniu administratora, (np. usługi IT), serwisanci lub Poczta Polska.
5. Administrator nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania i realizacji umowy. Po jej wygaśnięciu przez okres 5 lat. W zakresie wymaganym przepisami prawa o systemie ubezpieczeń społecznych, okres ten liczy się od wypłaty wynagrodzenia z tytułu umowy, która podlegała oskładkowaniu. Okres ten dotyczy również celów podatkowych i liczy się go od końca roku kalendarzowego, w którym upłynął termin płatności podatku, chyba że odrębne przepisy przewidują dłuższy okres ich przechowywania. Po tych terminach dane będą protokolarnie niszczone.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz otrzymywania ich kopii, sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych, gdy są niezgodne ze stanem rzeczywistym, a także prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Można również skorzystać z prawa do przenoszenia danych w przypadku spełnienia określonych wymogów i możliwości technicznych w odniesieniu do tych zebranych na podstawie przesłanki określonej w art. 6 ust. 1 lit. b „RODO”.

8. Jeżeli Pani/Pan uzna, iż przetwarzanie danych narusza przepis „RODO” przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ( adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych , ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa ).
9. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do zawarcia umowy, w oparciu o obowiązujące przepisy prawa i niezbędne do realizacji zawartej umowy. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwości jej zawarcia.
10. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w rozumieniu podejmowania decyzji w indywidualnych przypadkach, które mogą wywołać określony skutek prawny, w tym w formie profilowania.

