

**UMOWA W ZAKRESIE REALIZACJI
BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH – z zakresu elektromiografii (EMG)**

zawarta w dniu2022 r. w Wałbrzychu pomiędzy :

Specjalistycznym Szpitalem im. dra Alfreda Sokołowskiego z siedzibą 58-309 Wałbrzych ul. Sokołowskiego 4, wpisanym do rejestru stowarzyszeń i innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji, publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem **KRS: 0000046016; NIP: 886-23-85-315; Regon: 890047446**

zwanym dalej „**Zamawiającym**”

reprezentowanym przez:

Mariusza Misiunę – Dyrektora

a

zwanym dalej „**Przyjmującym Zamówienie**”

reprezentowanym przez:

Przyjmujący Zamówienie został wybrany w wyniku konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze określone w art. 26 ust.1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej do świadczenia usług zdrowotnych obejmujących badania diagnostyczne zgodnie ze złożoną przez *Przyjmującego Zamówienie* ofertą stanowiącą integralną część umowy.

§ 1

1. *Zamawiający* zleca, a *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań z zakresu elektromiografii (EMG) wymienionych w **Załączniku nr 1 do Umowy**, zwanych dalej „**Przedmiotem Umowy**” lub „**Badaniami**”.
2. Szczegółowy zakres, sposób, organizację i terminy udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiący Przedmiot Umowy oraz obowiązki *Przyjmującego Zamówienie* określa **Załącznik nr 2 do Umowy**.

§ 2

1. Badania będą udzielane ze szczególną starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.
2. *Zamawiający* zleca *Przyjmującemu Zamówienie* wykonania Badań objętych przedmiotem umowy w zależności od potrzeb.
3. *Przyjmujący Zamówienie* przyjmuje pełną odpowiedzialność za wykonywanie badań.
4. Wykaz personelu *Przyjmującego Zamówienie*, który będzie realizował Przedmiot Umowy wraz z jego kwalifikacjami, zwany dalej „**Personelem**”, określa **Załącznik nr 3 do Umowy**.
5. Badania, o których mowa w § 1 ust. 1 wykonywane będą w pomieszczeniach *Przyjmującego Zamówienie*, z użyciem aparatury i sprzętu medycznego

gwarantującego skuteczną diagnostykę, spełniającą wymagania określone przepisami prawa oraz wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia, będącego w posiadaniu *Przyjmującego Zamówienie*.

§ 3

1. *Przyjmującemu Zamówienie* za należyte wykonanie Umowy przysługuje wynagrodzenie w wysokości wynikającej z cen jednostkowych poszczególnych Badań określonych w **Załączniku nr 1 do Umowy** i ilości wykonanych Badań.
2. Badanie objęte Przedmiotem Umowy jest badaniem kompletnym. Jeżeli istnieje konieczność jego powtórzenia z przyczyn leżących po stronie *Przyjmującego Zamówienie*, cena za badanie obejmuje jego powtórzenie.
3. Ceny jednostkowe Badań określone w **Załączniku nr 1 do Umowy** obejmują wszystkie koszty *Przyjmującego Zamówienie* związane z realizacją Przedmiotu Umowy i pozostają niezmiennie przez cały okres trwania umowy.

§ 4

1. Wynagrodzenie należne zgodnie z Umową *Przyjmującemu Zamówienie* naliczane będzie w miesięcznych okresach rozliczeniowych, na podstawie jednej faktury obejmującej wszystkie Badania wykonane w danym miesiącu.
2. Fakturę wystawia *Przyjmujący Zamówienie* jeden raz w miesiącu i dostarcza *Zamawiającemu* w terminie do 10-go każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Do każdej faktury *Przyjmujący Zamówienie* dołącza zestawienie wykonanych Badań objętych tą fakturą zawierające: PESEL pacjenta, datę zlecenia, imię i nazwisko lekarza zlecającego, datę wykonania Badania oraz rodzaj wykonanych Badań.
3. Wynagrodzenie płatne będzie na rachunek bankowy *Przyjmującego Zamówienie* wskazany na fakturze w terminie 30 dni od daty doręczenia *Zamawiającemu* prawidłowo wystawionej faktury wraz z prawidłowo sporządzonym zestawieniem, o którym mowa w ust. 2.
4. W przypadku wystawienia faktury lub zestawienia, o którym mowa w ust. 2, niezgodnie z Umową lub obowiązującymi przepisami prawa, zobowiązany jest do ich odpowiedniego skorygowania. Do czasu otrzymania prawidłowo wystawionej lub skorygowanej faktury lub zestawienia, o którym mowa w ust. 2, *Zamawiający* nie jest zobowiązany do zapłaty na rzecz *Przyjmującego Zamówienia* jakichkolwiek kwot objętych nieprawidłowo wystawionymi lub sporządzonymi dokumentami.
5. Za datę zapłaty uważa się datę obciążenia rachunku bankowego *Zamawiającego*
6. *Zamawiający* dopuszcza następujące dostarczanie faktur (zaznaczyć właściwe*):
 - a) W wersji papierowej *
 - b) Na adres efaktury@zdrowie.walbrzych.pl *
 - c) Platformę Elektronicznego Fakturowania <https://www.brokerinfinite.efaktura.gov.pl> *
7. *Przyjmujący Zamówienie* oświadcza, że:
 - 1) numer rachunku bankowego płatności wskazany na fakturze wystawionej dla *Zamawiającego* będzie numerem właściwym dla dokonania rozliczeń na zasadach podzielnej płatności zgodnie obowiązującymi przepisami prawa,
 - 2) jest płatnikiem podatku od towarów i usług VAT i posiada numer identyfikacyjny
 - 3) *Przyjmujący Zamówienie* oświadcza, iż właściwym dla niego jest Urząd Skarbowy w

- 4) numer rachunku bankowego wskazany na fakturze, jest wpisany do wykazu podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT prowadzonego przez Ministerstwo Finansów RP (tzw. „biała lista podatników VAT”).

§ 5

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń objętych Przedmiotem Umowy ponoszą solidarnie *Zamawiający* i *Przyjmujący Zamówienie*.
2. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się **poddać kontroli** przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, *Zamawiającego* lub osoby przez niego upoważnione, w zakresie realizacji Umowy, a w szczególności sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.
4. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest przez cały okres wykonywania Umowy posiadać aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 25 ustawy o działalności leczniczej. *Przyjmujący Zamówienie* każdorazowo zobowiązany jest w ciągu 7 dni (od chwili wygaśnięcia poprzedniego ubezpieczenia) przesłać do *Zamawiającego*, kopię aktualnego ubezpieczenia potwierdzoną za zgodność z oryginałem.
5. *Przyjmujący Zamówienie* nie może powierzyć wykonywania zobowiązań wynikających z niniejszej umowy innej osobie/podmiotowi bez zgody *Zamawiającego*.
6. *Zamawiający* może naliczyć *Przyjmującemu Zamówienie* karę w wysokości:
 - 10% wartości umowy w przypadku nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych Przedmiotem Umowy,
 - 15% wartości umowy w przypadku rozwiązania przez *Zamawiającego* Umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn wskazanych w § 7 ust. 4.

§ 6

W okresie obowiązywania niniejszej Umowy, a także po jej rozwiązaniu Strony będą traktować wszystkie informacje uzyskane od drugiej Strony jako poufne i podejmą wszelkie niezbędne środki ostrożności, aby zapobiec ujawnieniu ich osobom trzecim.

§ 7

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony **od dnia 01.01.2023 r. roku do 31.12.2024 roku (24 miesiące)**.
2. Każdej ze stron przysługuje prawo wypowiedzenia Umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.
3. *Przyjmujący Zamówienie* ma prawo rozwiązać umowę, bez zachowania okresu wypowiedzenia wskazanego w ust. 2, w przypadku:
 - 1) gdy *Zamawiający* dopuścił się zwłoki w zapłacie ustalonego Umową wynagrodzenia za co najmniej dwa pełne okresy rozliczeniowe, pod warunkiem, że *Przyjmujący Zamówienie*, przed złożeniem oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy, wezwał na piśmie *Zamawiającego* do zapłaty należnego wynagrodzenia, wyznaczając mu w tym celu odpowiedni termin, nie krótszy niż 30 dni, a *Zamawiający* pomimo tego nie uregulował należności,
 - 2) rażącego naruszenia przez *Zamawiającego* innych postanowień Umowy.

Załącznik nr 3 do SWKO - Wzór Umowy

4. *Zamawiający* ma prawo rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia wskazanego w ust. 2 w przypadku:
 - 1) czasowej lub stałej utraty przez *Przyjmującego Zamówienie* uprawnień niezbędnych do wykonywania Przedmiotu Umowy,
 - 2) zaprzestania wykonywania Przedmiotu Umowy przez *Przyjmującego Zamówienie* trwającego ponad 7 dni,
 - 3) rażącego naruszenia przez *Przyjmującego Zamówienie* innych postanowień Umowy.
5. Wypowiedzenie Umowy wymaga zachowania formy pisemnej.

§ 8

1. Wszelkie zmiany Umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Wszelkie spory, które mogą powstać pomiędzy stronami w związku z Umową, będą rozpatrywane przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby *Zamawiającego*.
3. Załączniki stanowią integralną część Umowy.
4. *Przyjmujący Zamówienie* nie może bez pisemnej zgody *Zamawiającego* oraz podmiotu, który go utworzył, przenieść wierzytelności wynikającej z Umowy na osoby trzecie.
5. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.

ZAMAWIAJĄCY

PRZYJMUCY ZAMÓWIENIE

Lp.	Rodzaj badania	Cena netto za jedno badanie	Cena brutto za jedno badanie
1	Badanie mięśnia elektrodą igłową - ilościowe		
2	Badanie mięśnia elektrodą igłową - jakościowe		
3	Badanie przewodnictwa włókien ruchowych w jednym nerwie + fala F		
4	Badanie przewodnictwa włókien czuciowych w jednym nerwie		
5	Badanie jednego nerwu metodą krótkich segmentów (inching)		
6	Próba tężyczkowa (ischemiczna)		
7	Próba miasteniczna jednego mięśnia		
8	Odruch mrugania		
9	Badanie metodą pojedynczego włókna mięśniowego		

Zamawiający

.....

Przyjmujący Zamówienie

.....

**Załącznik nr 2 do Umowy
z dnia**

Organizacja udzielania świadczeń:

- Badania diagnostyczne (EMG) będą wykonywane od poniedziałku do piątku w godzinach pracy *Przyjmującego Zamówienie*.
- Pacjenci z wydanym skierowaniem, w celu wykonania badania będą informowani przez *Zamawiającego* o konieczności wcześniejszej rejestracji.
- W przypadku pacjentów hospitalizowanych *Zamawiający* ma obowiązek uzgodnić termin wykonania badania z *Przyjmującym Zamówienie*.
- Transport pacjenta hospitalizowanego na badanie leży po stronie *Zamawiającego*.
- Badania będą wykonywane wyłącznie na podstawie skierowania lekarza uprawnionego przez *Zamawiającego* (zatrudnionego lub pozostającego w stosunku cywilnoprawnym z *Zamawiającym*), które powinno zawierać: datę zlecenia badania, imię i nazwisko pacjenta, PESEL, pieczętkę nagłówkową komórki kierującej, pieczętkę imienną lekarza kierującego i jego podpis oraz rozpoznanie choroby.
- Badania diagnostyczne będą udzielane przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające kwalifikacje i uprawnienia, określone w odrębnych przepisach spełniających wymagania przewidziane przez NFZ.
- Badania diagnostyczne będą wykonywane przy użyciu aparatów lub urządzeń gwarantujących skuteczną diagnostykę i spełniających standardy określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz inne przepisy, które pozwalają na realizację świadczeń.
- Badania diagnostyczne będą zakończone pisemnym wynikiem podpisanym przez osobę/y z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami.
- Wyniki badań będą wydane bezpośrednio pacjentowi lub przesyłane do *Zamawiającego* za pośrednictwem Poczty Polskiej lub usług kurierskich na koszt *Przyjmującego Zamówienie* w zamkniętych i zabezpieczonych przed dostępem osób trzecich 2 kopertach – wewnętrzna z napisem Dokumentacja Medyczna – dedykowana do (wskazać gdzie mają trafić np. oddział, z którego pacjent został skierowany na badanie), albo przesłane drogą elektroniczną jako zaszyfrowana wiadomość po wcześniejszym ustaleniu adresu e-mail, na który ma zostać wysłana. Hasło do otworzenia pliku zostanie przesłane w sposób uzgodniony z *Zamawiającym*.
- W przypadku wystąpienia problemów z wykonaniem danego zlecenia lub przedłużającym się terminem jego realizacji *Oferent* powinien poinformować niezwłocznie kierownika komórki organizacyjnej zlecającej badanie lub lekarza dyżurnego o wszelkich problemach związanych z realizacją zlecenia.
- *Oferent* jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej stosownie do obowiązujących przepisów w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Zamawiający

.....

Przyjmujący Zamówienie

.....

**Załącznik nr 3 do Umowy
z dnia**

WYKAZ PERSONELU PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Imię i Nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Posiadane kwalifikacje (specjalizacja)

Przyjmujący Zamówienie

.....