

**UMOWA W ZAKRESIE REALIZACJI  
BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH – elastografia wątroby**

zawarta w dniu .....**2023 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: 8862385315; Regon: 890047446**

zwanym dalej „**Zamawiającym**”

reprezentowanym przez:

**Mariusza Misiunę – Dyrektora**

a

.....  
.....  
zwanym dalej „**Przyjmującym Zamówienie**”

reprezentowanym przez:

.....  
*Przyjmujący Zamówienie* został wybrany zgodnie ze złożoną ofertą stanowiącą integralną część umowy oraz zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej na podstawie art. 26 ust.4 a.

**§ 1**

1. *Zamawiający* zleca, a *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w siedzibie *Zamawiającego*, polegających na wykonywaniu badań diagnostycznych – elastografii wątroby wykonywanych za pomocą urządzenia do nieinwazyjnej ilościowej oceny włóknienia i stłuszczenia wątroby, 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 1 do Umowy**.

**§ 2**

1. Badania będą udzielane przez *Przyjmującego Zamówienie* 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* udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy w zależności od potrzeb (po wcześniejszym uzgodnieniu terminu przyjazdu).
3. *Przyjmujący Zamówienie* ponosi 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 2 do Umowy**.

5. Badania, o którym mowa w § 1 ust. 1 wykonywane będą w pomieszczeniach *Zamawiającego* – Poradnia WZW lub innym uzgodnionym przez strony miejscu, z użyciem aparatury i sprzętu medycznego gwarantującego skuteczną diagnostykę, spełniającego wymagania określone przepisami prawa oraz wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia, będącego w posiadaniu *Przyjmującego Zamówienie*.
6. Osobą prowadzącą nadzór nad prawidłową realizacją postanowień umowy ze strony *Zamawiającego* jest dr n. med. p. Krystyna Augustyniak tel. 74 64 89 883, ze strony *Przyjmującego Zamówienie* jest ..... tel. ....

### § 3

1. *Przyjmującemu Zamówienie* za należyte wykonanie Przedmiotu Umowy przysługuje wynagrodzenie w wysokości wynikającej z ceny jednostkowej w kwocie ..... zł ( słownie: ..... zł) za badanie 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. Cena jednostkowa Badań określona w § 3 ust. 1 obejmuje wszystkie koszty *Przyjmującego Zamówienie* związane z realizacją Przedmiotu Umowy i pozostaje niezmienna 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 oraz datę wykonania 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. *Przyjmujący Zamówienie* będzie przysyłał faktury *Zamawiającemu*.....
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) 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 do poddania kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na zasadach określonych w ustawie i w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez szpital z NFZ.
4. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się poddać kontroli przeprowadzanej przez *Zamawiającego* lub osoby przez niego upoważnione w zakresie realizacji Umowy.
5. *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.
6. *Przyjmujący Zamówienie* nie może powierzyć wykonywania zobowiązań wynikających z niniejszej umowy innej osobie/podmiotowi bez zgody *Zamawiającego*.
7. *Zamawiający* może naliczyć *Przyjmującemu Zamówienie* karę w wysokości:
  - a) 350,00 zł w przypadku nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych Przedmiotem Umowy,
  - b) 4 000,00 zł w przypadku rozwiązania przez *Zamawiającego* Umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn wskazanych w § 7 ust. 4.

## § 6

1. Strony umowy potwierdzają, iż są odrębnymi Administratorami danych osobowych, którzy realizują swoje zadania związane z przetwarzaniem danych osobowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
2. Strony zobowiązują się do wypełnienia obowiązków informacyjnych, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 RODO, względem swoich pracowników oraz osób reprezentujących w związku z zawartą umową.
3. Obowiązek informacyjny *Zamawiającego* stanowi **Załącznik nr 3 do Umowy**.

## § 7

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony **od dnia 01.01.2024 r. roku do 31.12.2024 roku (12 miesięcy)**.
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.
  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) naruszenia przez *Przyjmującego Zamówienie* przy realizacji Umowy przepisów powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności dotyczących ochrony danych osobowych,
    - 4) rażącego naruszenia przez *Przyjmującego Zamówienie* innych postanowień Umowy.
  5. Wypowiedzenie Umowy wymaga zachowania formy pisemnej.

## § 9

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.

**PRZYJMUYJACY ZAMÓWIENIE**

**ZAMAWIAJĄCY**

.....

.....

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

**Organizacja udzielania świadczeń:**

1. *Przyjmujący Zamówienie* wykonuje świadczenie będące Przedmiotem Umowy w siedzibie *Zamawiającego* - na terenie Poradni WZW lub innym wyznaczonym do tego celu miejscu przy użyciu urządzeń/aparatury umożliwiającej wykonanie Badania w miejscu określonym powyżej.
2. Badania diagnostyczne będą wykonywane od poniedziałku do piątku po wcześniejszej wewnętrznej rejestracji pacjentów i ustaleniu terminu przez *Zamawiającego z Przyjmującym Zamówienie*.
3. Badania będą wykonywane na podstawie kwalifikacji dokonanej przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych spośród pacjentów objętych leczeniem w Poradni WZW *Zamawiającego*.
4. 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.
5. 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.
6. Badania diagnostyczne będą zakończone pisemnym wynikiem podpisanym przez osobę/y z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami.
7. Wyniki badań będą wydane *Zamawiającemu* bezpośrednio po zakończeniu badania.
8. W przypadku wystąpienia problemów z wykonaniem danego zlecenia lub przedłużającym się terminem jego realizacji Oferent powinien poinformować niezwłocznie lekarza lub pracownika Poradni WZW o wszelkich problemach związanych z realizacją zlecenia.
9. Badanie objęte ofertą jest badaniem kompletnym. Jeżeli istnieje konieczność jego powtórzenia z przyczyn leżących po stronie *Oferenta*, cena za badanie obejmuje jego powtórzenie.
10. *Oferent* jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej stosownie do obowiązujących przepisów w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

**Przyjmujący Zamówienie**

.....

**Zamawiający**

.....

Załącznik nr 2 do Umowy  
z dnia .....

**WYKAZ PERSONELU PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

<b>Imię i Nazwisko</b>	<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>	<b>Posiadane kwalifikacje (specjalizacja)</b>

**Przyjmujący Zamówienie**

.....

## INFORMACJA ADMINISTRATORA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 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 danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych 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 postanowień i zobowiązań określonych w zawartej umowie, jak i wypełnienie ciężących obowiązków jakie wynikają z przepisów powszechnych prawa (np. o finansach publicznych, rachunkowych, podatkowych). Podstawą prawną ich przetwarzania będzie m.in. art. 734-751 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny (umowa zlecenie, umowa o współpracy) jak i art. 9 pkt 10 w związku z art. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych. Przesłanką legalizującą przetwarzanie tych danych osobowych na gruncie „RODO” jest art. 6 ust. 1 lit. b i c.
4. Przekazane dane 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 a po jej wygaśnięciu przez okres 5 lat mając na uwadze obowiązki wynikające z przepisów rachunkowo – podatkowych, chyba że odrębne przepisy lub przesłanki przewidują dłuższy okres ich przechowywania. Po tych terminach dane będą protokolarnie niszczone.
7. W związku z ich przetwarzaniem przysługuje 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. Osoba, której danymi dysponujemy, uzna, iż przetwarzanie danych osobowych

narusza przepisy „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. W przypadku pozyskania danych osobowych bezpośrednio od osoby, której dane dotyczą, ich podanie 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. Udostępnione nam dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w rozumieniu podejmowania decyzji w indywidualnych przypadkach, które mogą wywołać określony skutek prawny, w tym w formie profilowania.
11. W odniesieniu do postanowień art. 14 ust. 1 i 2 RODO, czyli **danych osobowych pozyskanych w sposób inny niż bezpośrednio od osoby, której dane dotyczą**, dodatkowo informujemy, że:
  - 1) będziemy tak pozyskane dane osobowe przetwarzać w celu spełnienia wymogów formalnych zawarcia umowy, wywiązania się z postanowień umownych jak również do prawidłowych ich koordynacji pomiędzy stronami umowy;
  - 2) dotyczy to następujących kategorii danych osobowych: imię i nazwisko, stanowisko, funkcja, telefon, adres skrzynki poczty elektronicznej;
  - 3) dane uzyskano bezpośrednio od: .....
  - 4) treści wskazane w punktach 1, 2, 3( z wyłączeniem celów), 4, 5, 6, 7, 8, 10 mają również zastosowanie

**Przyjmujący Zamówienie**

.....