

**UMOWA W ZAKRESIE REALIZACJI
BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH – scyntygrafii**

zawarta w dniu2024 r. w Wałbrzychu pomiędzy :

Specjalistycznym Szpitalem im. dra Alfreda Sokolowskiego z siedzibą 58-309 Wałbrzych ul. Sokolowskiego 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:

Jolantę Królak – p.o. Dyrektora Szpitala

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 z zakresu scyntygrafii 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 diagnostycznych – scyntygrafii wymienionych w **Załączniku nr 1 do Umowy**, zwanych dalej „**Przedmiotem Umowy**” lub „**Badaniami**”.
2. Sposób realizacji Przedmiotu Umowy, w tym zakres, sposób organizację oraz terminy udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących Przedmiot Umowy określa **Załącznik nr 2 do Umowy**.
3. *Przyjmującemu Zamówienie* nie przysługuje, żadne roszczenie wobec *Zamawiającego* w przypadku zmniejszenia szacowanej ilości badań wskazanych w postępowaniu konkursowym.

§ 2

1. Przedmiot Umowy będzie wykonywany 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* wykonania Badań objętych przedmiotem umowy w zależności od potrzeb.
3. 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

Załącznik nr 4 do SWKO - Wzór Umowy

wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia, będącego w posiadaniu *Przyjmującego Zamówienie*.

4. Przedmiot Umowy będzie realizowany przez personel zatrudniony u *Przyjmującego Zamówienie*. Wykaz personelu *Przyjmującego Zamówienie*, który będzie realizował Przedmiot Umowy wraz z jego kwalifikacjami, zwany dalej „Personelem”, określa **Załącznik nr 3 do Umowy**.
5. Na każde wezwanie Zamawiającego, Przyjmujący Zamówienie przedstawi w terminie 7 dni od otrzymania takiego wezwania, dokumenty potwierdzające posiadanie przez Personel wymaganych kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych Przedmiotem Umowy
6. *Przyjmujący Zamówienie* przyjmuje pełną odpowiedzialność za realizację Przedmiotu Umowy.

§ 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- tego każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Do każdej faktury *Przyjmujący Zamówienie* dołącza zestawienie wykonanych Badań objętych tą fakturą zawierające: dane identyfikacyjne pacjenta Pierwsze 6**2 ostatnie cyfry peselu, cenę badania, komórka zlecająca, imię i nazwisko lekarza zlecającego, datę wykonania badania oraz rodzaj Badania” – **Załącznik nr 5 do Umowy**.
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, *Przyjmujący Zamówienie* 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 *Udzielającego Zamówienia*.
6. Wynagrodzenie określone w niniejszym paragrafie stanowi całość wynagrodzenia należnego *Przyjmującemu Zamówienia* z tytułu realizacji Umowy, w szczególności uwzględnia wszelkie ponoszone przez niego koszty z tym związane.
7. *Przyjmujący Zamówienie* będzie dostarczał faktury do *Zamawiającego*:

Załącznik nr 4 do SWKO - Wzór Umowy

- a) W wersji papierowej
- b) Na adres efaktury@zdrowie.walbrzych.pl

8. *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 **poddać kontroli** przeprowadzanej przez przedstawicieli Narodowego Funduszu 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:
 - 1) 10% wartości umowy w przypadku nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych Przedmiotem Umowy,
 - 2) 15% wartości umowy w przypadku rozwiązania przez *Zamawiającego* Umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn wskazanych w § 7 ust. 4.
7. *Zamawiający* może dokonać potrącenia kwot kar umownych z wynagrodzenia *Przyjmującego Zamówienie* przysługującego mu na podstawie Umowy. Jeżeli powstała szkoda przewyższa wysokość kar umownych, *Udzielający Zamówienie* jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

§ 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 4 do Umowy**.

§ 7

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony **od dnia 01.01.2025 r. roku do 31.12.2026 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.
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.

§ 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.

Załączniki do umowy:

- Załącznik nr 1 – dot. rodzaju badania oraz ceny;
- Załącznik nr 2 – organizacja udzielania świadczeń;
- Załącznik nr 3 – wykaz personelu *Przyjmującego Zamówienie*;
- Załącznik nr 4 – Informacja Administratora;
- Załącznik nr 5 – zestawienie wykonanych badań do faktury;
- Polisa OC;
-
-

ZAMAWIAJĄCY

PRZYJMUCY ZAMÓWIENIE

Lp.	Rodzaj badania	Cena brutto za jedno badanie
1	Scyntygrafia tarczycy	
2	Badanie scyntygraficzne narządowe planarne	
3	Badanie narządowe techniką SPECT	
4	Scyntygrafia całego ciała WHOLE BODY	
5	Scyntygrafie klirensowe (renoscyntygrafia, scyntygrafia dróg żółciowych)	
6	Próba kaptoprilowa	
7	Limfoscyntygrafia	
8	Scyntygrafia z pochodnymi somatostatyny (Oktreoscan)	
9	Scyntygrafia tarczycy – jodowa (131-1)	
10	Scyntygrafia perfuzyjna płuc	

Zamawiający

.....

Przyjmujący Zamówienie

.....

**Załącznik nr 2 do Umowy
z dnia**

Organizacja udzielania świadczeń:

1. Badania diagnostyczne (scyntygrafia) będą wykonywane od poniedziałku do piątku w godzinach pracy *Przyjmującego Zamówienie*.
2. Pacjenci z wydanym skierowaniem, w celu wykonania badania będą informowani przez *Zamawiającego* o konieczności wcześniejszej rejestracji.
3. W przypadku pacjentów hospitalizowanych *Zamawiający* ma obowiązek uzgodnić termin wykonania badania z *Przyjmującym Zamówienie*.
4. Transport pacjenta hospitalizowanego na badanie leży po stronie *Zamawiającego*.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Badania diagnostyczne będą zakończone pisemnym wynikiem podpisanym przez osobę/y z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami.
9. 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*.
10. 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.
11. *Przyjmujący Zamówienie* jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej stosownie do obowiązujących przepisów w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Zamawiający

.....

Przyjmujący Zamówienie

.....

WYKAZ PERSONELU PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

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

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
2. Informujemy, że Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IODO), kontakt możliwy jest za pośrednictwem e-mail: 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,

Załącznik nr 4 do SWKO - Wzór Umowy

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

**Załącznik nr 5 do Umowy
z dnia**

.....
pieczęć Przyjmującego Zamówienie

Zestawienie wykonanych badań do faktury nr z dnia

Lp.	Dane identyfikacyjne pacjenta (pierwsze 6**2 ostatnie cyfry peselu)	Cena badania	Komórka zlecająca	Imię i nazwisko lekarza zlecającego	Data wykonania badania	Rodzaj badania

.....
podpis i pieczęć sporządzającego zestawienie