Fundusze Europejskie Program Regionalny | Śląskie. | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Zał. nr 3.4

Umowa o świadczenie usług nr .....

z dnia .....

Zawarta pomiędzy:

Wielospecjalistycznym Szpitalem Powiatowym S.A. z siedzibą w Tarnowskich Górach, 42-612 Tarnowskie Góry ul. Pyskowicka 47-51, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000349762, NIP 6452501353, REGON 2415129400, kapitał zakładowy 18.441.000,00 opłacony w całości reprezentowanym przez:

dr n. med. Leszka Jagodzińskiego – Prezesa Zarządu

zwany dalej **Świadczeniodawcą,**

a

Panem/nią .....,

zamieszkałym w .....,

.....

prowadzącym działalność gospodarczą pod

nazwą:.....

.....

.....

.....

zwana dalej **Świadczeniobiorcą,**

Niniejsza umowa zawarta została w celu realizacji projektu pn: ***"Centrum Wsparcia Zdrowia 65+ w Tarnowskich Górach"*** w ramach otrzymanego dofinansowania Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Podstawa prawna

Do niniejszej umowy mają zastosowanie, w szczególności:

1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Z 2016r. Poz. 1638 z późn. zm.);

2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.);

3) ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016., poz. 922 z późn. zm.);

4) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 2020 z późn zm.);

5) Kodeks Cywilny

6) Kodeks Etyki Lekarskiej, Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej

7) warunki realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w odpowiednich zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych;

8) ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. 2015 poz. 1994, z późn. zm.)

9) wewnętrzne regulaminy i procedury obowiązujące u Udzielającego zamówienia.

§1

Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze fizykoterapeuty/ki, zgodnie z założeniami określonym w projekcie.
Świadczenia będą udzielane uczestnikom projektu po wypełnieniu dokumentów zgłoszeniowych oraz zakwalifikowaniu do udziału w projekcie zgodnie z wytycznymi projektu. Osoby zakwalifikowane do udziału w projekcie będą zapisywane w wyodrębnionym w tym celu rejestrze, oraz na liście rezerwowej osób chętnych do udziału w projekcie. Dla każdego uczestnika projektu zostanie sporządzona i archiwizowana dokumentacja medyczna z przebiegu udzielonych świadczeń zdrowotnych, także z zakresu świadczeń udzielonych w ramach niniejszej umowy.

§ 2

Udzielanie świadczeń zdrowotnych następować będzie w budynku Centrum przy ul. Opolskiej 21 Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego w Tarnowskich Górach, w wymiarze odpowiadającym godzinowo 1/2 etatu, od poniedziałku do piątku w godzinach funkcjonowania Centrum – zgodnie z zapotrzebowaniem Świadczeniodawcy, w czasie uzgodnionym pomiędzy stronami.

§3

1. Do obowiązków Świadczeniobiorcy należy w szczególności:

1.1 wykonania świadczeń z należytą starannością i dbałością o interesy Świadczeniodawcy, wykorzystując wiedzę i umiejętności medyczne oraz postęp medycyny w tym zakresie,

1.2 prowadzenia odpowiedniej dokumentacji i jej udostępniania uprawionym organom zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz osobom upoważnionym przez Świadczeniodawcę

1.3 realizowanie świadczeń zdrowotnych osobiście w sposób samodzielny, z troską o dobro pacjenta, zgodnie z Regulaminami i innymi aktami wewnętrznymi obowiązującymi u Świadczeniodawcy, w tym wszelkimi zmianami tych aktów dokonanymi w okresie obowiązywania umowy, Kartą Praw Pacjenta oraz innymi obowiązującymi w tym zakresie regulacjami prawnymi, z zasadami etyki zawodowej, aktualną wiedzą medyczną.

1.4 poddanie się kontroli prowadzonej przez Świadczeniodawcę, a w szczególności:

- sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych i ich jakości,
- gospodarowania użytkowanym sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami zapewniającymi prawidłowe udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- prowadzonej dokumentacji medycznej.

1.5 współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Świadczeniodawcy;

1.6 dokumentowanie wykonanych procedur medycznych, przebiegu udzielonych świadczeń, wykonanych zabiegów, wyników pomiarów i obserwacji oraz przekazywanie tych informacji ustalonymi drogami (wersja elektroniczna i papierowa)

1.7 dbałość o powierzony sprzęt i aparaturę medyczną oraz inne powierzone mienie Świadczeniodawcy;
1.8 udział w naradach organizowanych przez Świadczeniodawcę;
1.9 posiadanie aktualnej książeczki badań do celów sanitarno-epidemiologicznych;
1.10 planowanie i analizowanie postępu zabiegów fizykoterapii
1.11 odpowiadanie za prowadzenie dokumentacji w zakresie fizykoterapii
1.12 wykonywanie zabiegów fizykoterapeutycznych
1.13 doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych
1.14 usprawnianie ruchowe
1.15 udział w pracach zespołu terapeutycznego
1.16 przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne)
1.17 realizowanie indywidualnego planu wsparcia - planu pracy terapeutycznej z uczestnikiem, tworzonego na podstawie sporządzonej diagnozy potrzeb oraz diagnozy możliwości psychofizycznych uczestnika i wspólnie z nim realizowany.

§4

2. Świadczeniobiorca oświadcza, że posiada stosowne kwalifikacje i uprawnienia do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie.
3. Świadczeniobiorca zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz sprzętu i aparatury medycznej należących do Świadczeniodawcy, zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w niniejszej umowie zgodnie z zasadami bhp i właściwymi instrukcjami obsługi. Zobowiązuje się każdorazowo informować Świadczeniodawcę o konieczności zmiany, rozszerzenia, zawężenia pozostawionych do dyspozycji zasobów koniecznych do prawidłowej realizacji niniejszej umowy.
4. Aparatura i sprzęt oraz leki, wyroby medyczne i inne materiały udostępnione przez Świadczeniodawcę nie mogą być używane w innych celach niż określone umową.
5. W przypadku uszkodzenia, zniszczenia i/lub zagubienia sprzętu medycznego lub aparatury medycznej z winy Świadczeniobiorcy ponosi on odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
6. Świadczeniobiorca pełni nadzór nad stanem i prawidłową eksploatacją przekazanych mu pomieszczeń oraz ich wyposażeniem, z uwzględnieniem następstw normalnego zużycia, a także za prawidłowe gospodarowanie lekami, wyrobami medycznymi, i innymi materiałami udostępnionymi przez Świadczeniodawcę

§5

1. Za świadczenia określone w § 1, ,Świadczeniodawca zobowiązuje
się płacić Świadczeniobiorcy wynagrodzenie zgodnie z kalkulacją przyjętą w projekcie oraz złożoną ofertą w wysokości ..... zł brutto brutto miesięcznie.
2. Strony potwierdzają, iż z wynagrodzenia, o którym mowa w ustępie 1 potrącone zostaną wszelkie należności publicznoprawne zarówno te do których odprowadzenia zobowiązany jest pracownik, jak i te do których odprowadzenia zobowiązany jest pracodawca.
3. Należność za wykonane usługi wypłacana będzie miesięcznie na podstawie przedłożonego rachunku i wypełnionego załącznika nr 1 do niniejszej umowy. Świadczeniobiorca jest zobowiązany dostarczyć rachunek wraz z załącznikiem nr 1 za pierwszy miesiąc świadczenia do dnia 28.08.2019 roku. W kolejnych miesiącach

świadczenia wynagrodzenie płatne jest w terminie 30 dni od dnia złożenia przez Świadczeniobiorcę prawidłowo wystawionego rachunku.

4. Następnie Zleceniobiorca będzie przedstawiał do dnia 5 każdego miesiąca po zakończonym miesiącu zestawienie zbiorcze, które będzie zawierało ilość przeprowadzonych godzin.

Wyżej wymienione informacje należy sporządzić na załączniku nr 1 do niniejszej umowy.

Dane zawarte w w/w zestawieniu akceptowane są przez Świadczeniodawcę lub osobę przez niego upoważnioną i podlegają kontroli. W razie wątpliwości odnoszących się do informacji w niej wykazanych, Świadczeniodawca niezwłocznie skontaktuje się ze Świadczeniobiorcą w celu ich wyjaśnienia.

4. Zapłata wynagrodzenia przekazywana będzie na rachunek bankowy Świadczeniobiorcy:

Nr konta bankowego:.....

Nazwa banku:.....

§6

1. Świadczeniobiorca ponosi pełną odpowiedzialność wobec osób trzecich za nienależyte wykonywanie świadczeń określonych w § 1 niniejszej umowy, w tym za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, będących w szczególności skutkiem błędu w sztuce lub niedbalstwa.

2. Świadczeniobiorca zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz aktualnych badań lekarskich potwierdzających brak przeciwwskazań zdrowotnych i epidemiologicznych do pracy w charakterze określonym w § 1.

Kserokopie powyższych dokumentów stanowią załączniki do niniejszej umowy. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej ulega rozwiązaniu w trakcie obowiązywania niniejszej umowy, Świadczeniobiorca zobowiązany jest dostarczyć Świadczeniodawcy kopię nowej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.

3. Świadczeniobiorca ponosi odpowiedzialność za powstałe z jego winy szkody w mieniu Świadczeniodawcy.

4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada:

- zdolność do wykonywania świadczeń zdrowotnych potwierdzoną orzeczeniem lekarskim wydanym przez uprawnionego lekarza i nie istnieją przeciwwskazania zdrowotne lub epidemiologiczne do świadczenia świadczeń zdrowotnych określonych niniejsza umową,
- zaświadczenie o odbyciu szkolenia okresowego w zakresie BHP, posiada stosowną wiedzę.

Zapewnienia określone w ust. 4 zostaną spełnione przez Świadczeniobiorcę w całym okresie trwania niniejszej umowy.

§ 7

1. Świadczeniobiorca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy warunków realizacji umowy oraz wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z jej zawarciem i wykonywaniem.

2. Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. Z 2015 poz 2135.) Świadczeniodawca powierza Świadczeniobiorcy przetwarzanie danych osobowych w zakresie objętym niniejszą umową oraz w celu jej wykonywania zgodnie z załącznikiem nr

2 do umowy.

§ 8

1. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron lub za dwutygodniowym okresem wypowiedzenia
2. Zleceniodawca zastrzega możliwość natychmiastowego rozwiązania umowy w przypadku utraty przez Zleceniobiorcę stosownych uprawnień niezbędnych do realizacji przedmiotu umowy lub wystąpienia innych okoliczności faktycznych lub prawnych, które mogą mieć wpływ na prawidłową realizację przedmiotu zamówienia.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.
2. Spory powstałe w związku z realizacją umowy rozstrzyga Sąd właściwy dla siedziby Świadczeniodawcy.

§10

Umowa zostaje zawarta z dniem .....na czas określony t.j. od 01.08.2019 r. do 31.07.2020 r.

§10

Wszelkie zmiany do umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem jej nieważności.

§11

Niniejszą umowę sporządzono w pięciu jednobrzmiących egzemplarzach, z czego cztery są dla Świadczeniodawcy i jeden egzemplarz dla Świadczeniobiorcy.

....

Świadczeniobiorca ***Świadczeniodawca***

Fundusze Europejskie
Program Regionalny

Śląskie.

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Zał nr 1 do umowy
nr WSP SA/RU/ /2017
z dnia

L.p.	Data	Godzina rozpoczęcia pracy	Podpis	Godzina zakończenia pracy	Podpis	Ilość godzin
		-				

Podpis Świadczeniobiorcy.....

Podpis osoby wyznaczonej przez Świadczeniodawcę.....

Fundusze Europejskie
Program Regionalny

Śląskie.

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Zał nr 2 do umowy
nr WSP SA/RU/ /2019
z dnia

UPOWAŻNIENIE nr_____

DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Z dniem ..... r, na podstawie:

3. art. 37, w związku z art. 31 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.),

- Umowy nr UDA-RPSL.09.02.06-24-06AF/17-00, z dnia 11 lipca 2018 roku,

o dofinansowanie projektu pt:

„Centrum Wsparcia Zdrowia 65+ w Tarnowskich Górach”,

upoważniam Panią/Pana*: .....

do przetwarzania danych osobowych w zbiorze:

DANE UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW RPO WSL 2014-2020

w zakresie realizacji powyższego projektu.

Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pani/Pana* zatrudnienia w Wielospecjalistycznym Szpitalu Powiatowym Spółka Akcyjna, lub z chwilą jego odwołania lub z chwilą zakończenia realizacji projektu.

.....
Czytelny podpis osoby upoważnionej do wydawania
i odwoływania upoważnień w imieniu Beneficjenta.

Fundusze Europejskie Program Regionalny | Śląskie. | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

OŚWIADCZENIA OSOBY UPOWAŻNIANEJ

Oświadczam, że zapoznałem/am* się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.), a także z obowiązującymi w Wielospecjalistycznym Szpitalu Powiatowym Spółka Akcyjna, Polityką bezpieczeństwa oraz Instrukcją zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych i sposobów ich zabezpieczeń, zgodnie z art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182), również po ustaniu zatrudnienia, odwołaniu upoważnienia, upływie jego ważności.

Mam świadomość odpowiedzialności karnej wynikającej z 49 i art. 51-52 Ustawy o ochronie danych osobowych, a także art. 266 Kodeksu karnego.

.....

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

*niepotrzebne skreślić