Załącznik Nr 5 do Warunków konkursu ofert

**Umowa – Zlecenie Nr …/2020**

zawarta w dniu **………………..** r., w Łukowie,

**pomiędzy**

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Łukowie**, 21 – 400 Łuków, ul. Doktora Andrzeja Rogalińskiego 3, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Sądzie Rejonowym Lublin-Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku VI Wydziale Gospodarczym Krajowego Rejestru Sądowego, KRS Nr 0000056773, REGON: 000306472, NIP: 825 – 17 – 11 – 719, reprezentowanym przez …………………………………………………………, zwanym dalej **Udzielającym Zamówienia,**

**a**

**……………………..** posiadającą prawo wykonywania zawodu położnej numer **………………..., wydane przez ………………………………..,** adres zam. **……………………………….**, PESEL: ………………………….., zwaną dalej **Przyjmującym Zamówienie**,

**o treści następującej:**

**§ 1.**

1. Podstawą zawarcia niniejszej umowy jest art. 26 i 27 ustawy z  dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t .j. Dz. U. z 2020 r., poz. 295), na podstawie których przeprowadzony został konkurs na udzielanie świadczeń położnej środowiskowej.

2.**Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca przyjmuje do wykonania:**

1. **prowadzenie edukacji przedporodowej kobiety w ciąży (od 21 do 40 tygodnia ciąży),**
2. **prowadzenie profilaktyki cytologicznej zgodnie z wymaganiami programu Ministra Zdrowia,**
3. **zapisywanie pacjentów do lekarza rodzinnego podstawowej opieki zdrowotnej podległego Udzielającemu zamówienia,**
4. **wykonanie wizyty patronażowej noworodka.**

3. Zlecenia dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w ust. 2 odbywać się będą na **terenie powiatu łukowskiego: w Poradniach Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Łukowie, w Oddziale Ginekologiczno – Położniczym i Patologii Ciąży oraz w miejscu zamieszkania pacjenta**, według potrzeb **Przyjmującego zamówienie**, w czasie uzgodnionym z Działem Analiz i Rozliczeń **Udzielającego zamówienia**. Ograniczenie lub brak zleceń, a także sporadyczne przydzielanie zleceń nie może stanowić podstawy roszczeń Przyjmującego zamówienie wobec Udzielającego zamówienia.

4. Udzielający zamówienia ma obowiązek stawić się na swój koszt w miejscu wykonywania zlecenia określonym w  ust.  2 w czasie umożliwiającym bezproblemowe rozpoczęcie świadczenia usług.

5. Ilekroć w umowie jest mowa o koordynatorze rozumiemy przez to Naczelną Pielęgniarkę Udzielającego zamówienia.

**§ 2.**

1. Udzielający zamówienia zabezpiecza opiekę lekarską, obsługę administracyjną oraz sprzęt i aparaturę medyczną w  zakresie niezbędnym dla realizacji niniejszej umowy. Wytworzona przez Przyjmującego zamówienie dokumentacja medyczna będzie przechowywana i archiwizowana przez Udzielającego zamówienie.

2. Przy realizacji zadań objętych niniejszą umową Przyjmujący zamówienie uprawniony jest do realizacji świadczeń zdrowotnych, organizacyjnych oraz  obowiązany jest  do współpracy z  personelem medycznym Udzielającego zamówienia.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz sprzętu i aparatury medycznej, należących do Udzielającego zamówienia zgodnie z ich przeznaczeniem i  w celach określonych w  umowie.

4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poniesienia kosztów napraw aparatury i sprzętu medycznego należącego do  Udzielającego zamówienia, uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez Przyjmującego zamówienie, w terminie 14 dni od dnia pisemnego wezwania przez Udzielającego zamówienia. Udzielający zamówienia w  razie zwłoki Przyjmującego zamówienie w zapłacie kosztów naprawy może potrącić należną mu kwotę z należności Przyjmującego zamówienie.

**§ 3.**

1. Przyjmujący zamówienie uprawniony jest do dokonywania czynności w imieniu Udzielającego zamówienia. Podjęcie konkretnych czynności zawodowych Przyjmującego zamówienie uzależnione jest od bieżących potrzeb Udzielającego zamówienia.

2. Do obowiązków Przyjmującego zamówienie należy ponadto:

1. sprawdzanie ubezpieczeń pacjentek w systemie EWUś w dniu udzielenia świadczenia,
2. sporządzanie deklaracji przynależności do położnej i ich zaewidencjonowanie w systemie informatycznym, do 3 dni roboczych po zakończonym okresie sprawozdawczym,
3. uzupełnianie i zaewidencjonowanie edukacji przedporodowej kobiety w ciąży (od 21 do 40 tygodnia ciąży) w   wersji elektronicznej oraz w wersji  papierowej, do 3 dni roboczych po  zakończonym okresie sprawozdawczym,
4. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie,
5. dbanie o sprzęt medyczny i mienie Udzielającego zamówienia,
6. zachowanie tajemnicy zawodowej, według zasad określonych w odrębnych przepisach,
7. prowadzenie sprawozdawczości na potrzeby Udzielającego zamówienia i Narodowego Funduszu Zdrowia,
8. wykonywanie zawodu i wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością,
9. przestrzeganie praw pacjenta oraz przepisów o ochronie danych osobowych.

3. Udzielający zamówienia uprawniony jest do żądania pokrycia przez Przyjmującego zamówienie szkody spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar pieniężnych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w kontraktach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia a Udzielającym zamówienia, jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było  wynikiem niewłaściwego udzielenia świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie

**§ 4.**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych w umowach zawartych przez  Udzielającego zamówienia z  Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi kontrahentami.

**§ 5.**

Umowa zostaje zawarta na okres od **1 stycznia 2021 r. do 31 grudnia 2022 r**.

**§6.**

1. Potwierdzeniem czasu wykonywania czynności określonych w §1 umowy jest ewidencja godzin wykonywania umowy - zlecenia , której wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

2. Ewidencja wymieniona w ust. 1 obejmuje okres miesiąca kalendarzowego i wskazuje liczbę godzin przepracowanych przez Zleceniobiorcę. Ewidencja jest dostarczana Zleceniodawcy przez Zleceniobiorcę do ostatniego dnia roboczego miesiąca, którego dotyczy.

3. W razie wątpliwości odnoszących się do ilości przepracowanego czasu podanego przez Zleceniobiorcę Zleceniodawca niezwłocznie skontaktuje się z nim w celu ich wyjaśnienia.

4. Zestawienie przepracowanych godzin przez Zleceniobiorcę musi zostać potwierdzone przez koordynatora,   
a w przypadku jego nieobecności osobę wyznaczoną przez Zleceniodawcę.

**§7.**

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się wystawić i przedłożyć Zleceniodawcy rachunek, z uwidocznionym numerem umowy do 5 dnia miesiąca następującego, po  miesiącu rozliczeniowym. Płatność za wykonane zlecenia nastąpi w terminie do 14 dni od  dnia doręczenia prawidłowo wystawionego rachunku, na  rachunek bankowy, wskazany przez Zleceniobiorcę. Termin płatności liczony jest od dnia doręczenia rachunku wraz ze sprawozdaniem, przy czym bieg terminu płatności nie  może rozpoczynać się wcześniej, niż 1 dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu rozliczeniowym. Za dzień zapłaty uznaje się dzień zaksięgowania należności na rachunku bankowym Zleceniodawcy. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę lub  w dzień ustawowo wolny od pracy płatności dokonuje się następnego dnia roboczego.

2. Wyjątek od § 7 ust. 1 stanowi pierwszy miesiąc wykonywania zlecenia, gdzie Zleceniobiorca składa dwa rachunki:

1) za pierwsze 20 dni – w ciągu 7 kolejnych dni roboczych. Płatność za wykonane zlecenie nastąpi do ostatniego dnia roboczego danego miesiąca.

2) za dni od 21 do ostatniego dnia miesiąca zgodnie z zapisem §7 ust.1 zdanie pierwsze i drugie.

**3. Zleceniobiorca otrzymuje wynagrodzenie z tytułu wykonywanych świadczeń, w  wysokości brutto …………. za każdą godzinę zlecenia.**

4. Zleceniobiorca oświadcza, że kwoty, o których mowa w ust. 3 wyczerpują całość zobowiązań finansowych Zleceniodawcy na rzecz Zleceniobiorcy, związanych z wykonaniem umowy.

5. Z wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 3, zgodnie z obowiązującymi przepisami, zostaną potrącone należne świadczenia publicznoprawne.

6. Wzór rachunku oraz oświadczenia stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

**§ 8.**

1. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:

z upływem czasu, na który została zawarta,

1. z dniem zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie dotyczącym niniejszej umowy (bez  wypowiedzenia, ze skutkiem natychmiastowym),
2. na mocy porozumienia stron,
3. wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 1 – miesięcznego okresu wypowiedzenia,
4. wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

2. Strony dopuszczają możliwość zmiany niniejszej umowy w sytuacji, jeżeli konieczność ich wprowadzenia wynika z  okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy oraz zmian korzystnych dla Udzielającego zamówienia, o ile da się to wykazać w sposób nie budzący wątpliwości.

**§ 9.**

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w tracie wykonywania Umowy, w tym danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia.

2. Zleceniobiorca może przetwarzać dane osobowe wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w Umowie.

3. Wszelkie zmiany lub uzupełnienia niniejszej umowy wymagają zgody obu stron, wyrażonej pod rygorem nieważności w formie pisemnej, z zastrzeżeniem prawa Zleceniodawcy do jednostronnej zmiany harmonogramów zleceń.

**§ 10.**

Niniejsza umowa została sporządzona w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Przyjmujący zamówienie Udzielający zamówienia**

Załącznik numer 1

do Umowy –Zlecenia

**EWIDENCJA GODZIN WYKONYWANIA UMOWY-ZLECENIA**

miesiąc ................................... rok **………..**

**Imię i nazwisko .................................................................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czas rozpoczęcia udzielania świadczenia** | | **Czas zakończenia udzielania świadczenia** | | **Miejsce świadczenia usług**  **(nazwa oddziału, poradni, kom.org.)** | **Suma godzin w dniu roboczym w miejscu zlecenia\*** |
| **Godzina** | **Data** | **Godzina** | **Data** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | |  |

\*wpis obejmuje godziny oraz minuty rozliczone w systemie dziesiętnym

..............................................................

Podpis Zleceniobiorcy

Zgodnie z grafikiem rzeczywistym ............................................................... .....................................

Podpis osoby odpowiedzialnej data

za wprowadzanie danych do grafików rzeczywistych

Potwierdzenie wykonania ............................................................... .....................................

Podpis koordynatora data

Załącznik nr 2 do Umowy - Zlecenia

………………………………………...  
 (Imię i nazwisko wystawcy rachunku)

**RACHUNEK**

dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łukowie

za wykonanie wg umowy ZLECENIA nr…………………………….. z dnia ………………………………

pracy:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Należność wynosi zgodnie z załącznikiem …………………………………… zł brutto

(słownie złotych:……………………………………………………………………………………………….)

……………………………………  
 (Data i podpis wystawcy rachunku)

Stwierdzam, że wymieniona praca została wykonana i przyjęta.

…………………………………….  
 (Data i podpis przyjmującego pracę)

Należność proszę wypłacić gotówką/przekazać na konto

…………………………………………………………………………………………………………………...  
(Nazwa i numer konta bankowego)

|  |
| --- |
|  |

Rachunek sprawdzono pod Sprawdzono pod względem  
względem merytorycznym formalno-rachunkowym

………………………. …………………………  
 (Data i podpis) ( Data i podpis)

Zatwierdzono na sumę zł ………………………  
słownie:………………………………………………………………………………………………………….

………………………. ….……………………..  
 (Główny Księgowy) (Dyrektor)

Dane osobowe niezbędne do obliczania podatku dochodowego

Nazwisko:………………………………………… Nazwisko rodowe: ……………………………………….

Imiona 1………………………………………….. 2………………………………………………………….

Adres email………………………………………………. Tel ………………………………………………

…………………………………………………… ……………………………………………………….  
 PESEL NIP (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)

Urząd Skarbowy

Nazwa …………………………………… Adres …………………………………………………………….

Miejsce zamieszkania

Gmina/Dzielnica: ……………………………… Powiat……………………………………………………..

Poczta…………………………………………… Województwo …………………………………………….

Ulica …………………………………………….. Nr domu…………….. m. ……………………………….

Kod pocztowy ………………….. Miejscowość ……………………………………………………………..  
Kraj …………………………….. Obywatelstwo …………………………………………………………….

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam, że: \* niewłaściwe skreślić lub zakreślić właściwe

a) jestem/nie jestem\*zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę, w innym zakładzie pracy (nazwa zakładu pracy) ………………………………………………………………………………………………………………………….

osiągam dochód wyższy/niższy\* niż minimalne wynagrodzenie.  
b) wykonuję/nie wykonuję\* w innych zakładach pracy umowę zlecenia

1. Okres obowiązywania umowy zlecenia od dnia …………………….. do dnia ………………………….
2. Okres obowiązywania umowy zlecenia od dnia …………………….. do dnia ………………………….
3. z tytułu umowy zlecenia osiągam dochód wyższy/niższy niż minimalne wynagrodzenie i podlegam/nie podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym.

c) prowadzę/nie prowadzę\* działalność gospodarczą- z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne TAK/ NIE\*  
d) jestem/nie jestem\* uprawniony do emerytury/renty\* ustalonej decyzją oddziału ZUS z dnia ……………………. znak ……………………………………………(w przypadku uprawnienia należy dołączyć kserokopię decyzji ZUS)  
e) posiadam/nie posiadam\* orzeczony stopień niezdolności do pracy (w przypadku orzeczonego stopnia niezdolności do pracy należy dołączyć orzeczenie organu orzekającego).  
f) jestem/nie jestem\* uczniem-studentem  
Nazwa uczelni/szkoły ……………………………………………………………………………………………………..  
g) wnoszę/nie wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

**Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniłem zgodnie z prawdą i że świadomy jestem odpowiedzialności karnej z art.235 § 1 kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.  
O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Zamawiającego**.

…………………………………… ………………………………………….  
 (Miejscowość i data) (Podpis osoby składającej oświadczenie)