



Załącznik Nr 2
Do zapytania ofertowego

UMOWA O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

zawarta w dniu 2021 r. w Olkuszu pomiędzy:

Zakładem Pielęgnacyjno - Opiekuńczym „Zacisze” Pielęgniarki i Położne Ewa Stanek, Bożena Mitka Spółka z o.o. , z siedzibą w Zimnodole nr 51 , kod pocztowy: 32-300 Olkusz, wpisanym do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000092239, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia, Wydział XII Gospodarczy KRS, NIP: 637-19-97-982, REGON: 356519657, reprezentowaną przez:

.....,
zwaną dalej ZAMAWIAJĄCYM

a

Panem(nią),

zamieszkałym(a),

PESEL (dla osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej)

lub

Panem(nią),

zamieszkałym(a),

prowadzącym(a) działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie, nr księgi rejestrowej i wpisaną pn. „.....” do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej, NIP:, REGON:, (dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą)

zwanym/ą dalej WYKONAWCĄ,

Umowa zostaje zawarta w wyniku zapytania ofertowego nr Z dnia r., dot. **udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej** w ramach projektu pod tytułem „Dzienny Dom Opieki Medycznej „ZACISZE” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020, Oś Priorytetowa 9. Region spójny społecznie, Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.1. Usługi społeczne i zdrowotne w regionie współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Nr projektu: RPMP.09.02.01-12-0013/18



1. Zamawiający zamawia a Wykonawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów DDOM w zakresie m. in:
 - 1) konsultacje specjalistyczne po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby,
 - 2) sprawowanie opieki zdrowotnej i prowadzenie kompleksowego postępowania leczniczego w odniesieniu do osób chorych i niesprawnych,
 - 3) zbadanie pacjenta z możliwością zapoznania się z aktualnymi badaniami dodatkowymi lub ich zlecenie,
 - 4) weryfikacja rozpoznań chorobowych, uzupełnienie lub postawienie nowych,
 - 5) opracowanie programu leczenia z uwzględnieniem kompleksowej rehabilitacji,
 - 6) kontrolowanie, nadzorowanie i monitorowanie przebiegu kompleksowej rehabilitacji,
 - 7) pomoc i edukacja chorego, rodziny i opiekunów,
 - 8) udział w poradach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego na koniec każdego miesiąca i 1 x w tygodniu,
 - 9) określenie występowania niewydolności serca u pacjenta (SKALA NYHA) po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - 10) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. W cotygodniowych poradach zespołu terapeutycznego musi uczestniczyć co najmniej 50% składu zespołu. Do udziału Wykonawcy w poradach wyznacza kierownik zespołu terapeutycznego.”

§ 2

1. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, Wykonawca nie podlega kierownictwu Zamawiającego, jest samodzielny i niezależny od Zamawiającego i ponosi wyłączną odpowiedzialność za udzielane świadczenia.
2. Wykonawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
3. Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania regulacji prawnych dotyczących udzielanych świadczeń.
4. Wykonawca oświadcza, że posiada aktualne badania lekarskie, określone odrębnymi przepisami, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową.
5. Wykonawca oświadcza, że posiada umiejętności i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, na co przedstawia stosowne dokumenty.

§ 3

1. Strony ustalają, że świadczenia zdrowotne będą udzielane w pomieszczeniach DDOM Zacisze, ul. Kazimierza Wielkiego 86 w Olkuszu, w dniach i godzinach ustalonych wspólnie przez strony.
2. **Umowa będzie wykonywana w okresie od 30 grudzień 2021 r. do 30 czerwiec 2022 r. w wymiarze do 126 godzin.** Rzeczywiste całkowite wynagrodzenie



Wykonawcy z tytułu wykonania niniejszej umowy będzie stanowiło iloczyn godzin świadczenia usługi i wartość jednostkowej 1 godziny usługi, z zastrzeżeniem limitu ustanowionego w zdaniu pierwszym. Wynagrodzenie za niepełną godzinę usługi zostanie wyliczone proporcjonalnie.

3. Wykonawca zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych osobiście z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. O przejściowej niemożności udzielania świadczeń objętych umową Wykonawca zobowiązany jest poinformować Zamawiającego co najmniej z 7 dniowym wyprzedzeniem. Nie dotyczy to sytuacji nadzwyczajnych, kiedy dotrzymanie powyższego terminu jest niemożliwe z przyczyn niezależnych od Wykonawcy. W takim wypadku o niemożności udzielania świadczeń Wykonawca zobowiązany jest poinformować Zamawiającego niezwłocznie.
5. W sytuacjach, o których mowa w ust. 4 Wykonawca zobowiązany jest powierzyć wykonywanie oznaczonej części świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, w szczególności w razie przerwy w udzielaniu świadczeń, innemu wykonawcy, powiadamiając o tym niezwłocznie Zamawiającego. Osoba, której Wykonawca powierzył wykonanie umowy musi legitymować się stosownymi uprawnieniami wymaganymi przy udzielaniu świadczeń będących przedmiotem nin. umowy, nie niższymi niż zawarte w zapytaniu ofertowym. Wykonawca odpowiada za działania wykonawcy, któremu powierzył czasowe udzielanie świadczeń jak za własne.

§ 4

1. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach nin. umowy Wykonawca będzie korzystać z pomieszczeń, urządzeń, sprzętu medycznego, materiałów medycznych, druków formularzy i materiałów biurowych Zamawiającego.
2. Koszt zlecanych badań diagnostycznych leży po stronie Zamawiającego.
3. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za udostępnioną mu aparaturę medyczną i sprzęt znajdujący się na wyposażeniu Zamawiającego w zakresie, w jakim wykorzystanie tego sprzętu wiąże się z wykonywanymi świadczeniami przez Wykonawcę. W razie zawinionego ich uszkodzenia bądź ich utraty Wykonawca zobowiązuje się do naprawienia wyrządzonej szkody.
4. Wykonawca oświadcza, że będzie korzystać z pomieszczeń i urządzeń Zamawiającego wyłącznie w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem niniejszej umowy.
5. Zamawiający zapewnia Wykonawcy obsługę ze strony wykwalifikowanego personelu medycznego. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, na zasadach wynikających z przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza oraz przepisów o zawodzie pielęgniarki i położnej Wykonawca ma prawo zlecenia określonych czynności fachowemu personelowi medycznemu pracującemu u Zamawiającego.

§ 5

1. **Wykonawca oświadcza, że posiadać będzie aktualne ubezpieczenie w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia w okresie od 30 grudzień 2021 r. do 30 czerwiec 2022 r.**



§ 6

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie bądź nienależyte wykonanie niniejszej umowy przez zapłatę kar umownych w wysokościach i w przypadkach określonych poniżej:
 - 1.a) z powodu nieprzybycia w celu realizacji usługi bez uzasadnienia (dotyczy także nie zapewnienia w tym czasie osoby innego wykonawcy) - 10% wynagrodzenia za miesiąc, w którym w którym zdarzenie miało miejsce;
 - 1.b) w przypadku stwierdzenia, że dokumentacja medyczna jest prowadzona przez Wykonawcę nierzetelnie, nie uwzględnia wszystkich procedur lub nie informuje o wszystkich podanych lekach – 5% wynagrodzenia należnego za miesiąc, w którym zdarzenie miało miejsce,
 - 1.c) odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z powodu okoliczności za które odpowiada Wykonawca lub gdy Wykonawca odstąpi od umowy w całości lub części z własnej winy lub woli – w wysokości 20% wynagrodzenia Wykonawcy za okres pozostały do końca trwania umowy obliczony jako iloczyn ilości godzin świadczenia usługi pozostałych do zrealizowania do końca trwania umowy i wartość jednostkowej 1 godziny usługi. Wynagrodzenie za niepełny miesiąc oblicza się proporcjonalnie.
2. Kary mogą być potrącone przez Zamawiającego z wynagrodzenia Wykonawcy.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do dochodzenia na zasadach ogólnych odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych.
4. Kara umowna nie będzie naliczana jeżeli nieobecność lub spóźnienie spowodowane zostało chorobą udokumentowaną zaświadczeniem lekarskim albo zostało uzgodnione z Zamawiającym. Kara umowna nie będzie także naliczana jeżeli Wykonawca zapewnił zastępcę na czas swojej nieobecności.

§ 7

1. Wykonawca z tytułu wykonania niniejszej umowy otrzyma wynagrodzenie miesięczne w wysokości stanowiącej iloczyn stawki godzinowej w wysokości zł brutto za 1 godzinę świadczenia usługi i ilości godzin świadczenia usługi. Z tytułu należytego i terminowego wykonania umowy Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Wykonawcy wynagrodzenie za czas trwania umowy w maksymalnej kwocie zł brutto, słownie:
2. Wykonawca oświadcza, że sam opłaca składki na ubezpieczenie społeczne i w związku z tym Zamawiający nie jest obowiązany do ich odprowadzania, na co składa stosowne oświadczenie stanowiące załącznik do nin. Umowy. *(dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą)*
lub
Zamawiający jako płatnik potrąci z wypłacanego wynagrodzenia obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne (zgodnie z oświadczeniem stanowiącym zał. nr 1 do umowy) oraz podatek od osób fizycznych. *(dla osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej)*
3. Wynagrodzenie będzie płatne do 29 każdego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu wykonaniu usługi, a stosowny rachunek/faktura prawidłowo wystawione powinny być złożone do 5 dnia każdego miesiąca kalendarzowego następującego po wykonaniu usługi. Do rachunku/faktury obligatoryjnie dołącza się kartę zadań i czasu udzielania świadczeń potwierdzoną



- przez Zamawiającego, pod rygorem wstrzymania zapłaty do czasu jej dołączenia, co oznacza iż za ten czas Wykonawcy nie należą się ustawowe odsetki za opóźnienie.
4. Wyłącza się wystawianie faktur/rachunków za okresy dłuższe niż 1 miesiąc, pod rygorem przesunięcia zapłaty na następny termin płatności bez prawa naliczania odsetek za opóźnienie.
 5. Wynagrodzenie będzie płatne przelewem na wskazany przez Wykonawcę rachunek bankowy.
 6. Za datę zapłaty przyjmuje się obciążenie rachunku Zamawiającego.

§ 8

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od **30.12.2021 r. do dnia 30.06.2022 r.**
2. Zamawiającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem 2 tygodniowego okresu wypowiedzenia:
 - 1.a) w razie zaprzestania wykonywania Projektu przez Zamawiającego,
 - 1.b) gdy Wykonawca nie wykonał umowy w 2 umówionych terminach lub wykonuje obowiązki umowne niezgodnie z umową.
3. Wypowiedzenie winno być dokonane na piśmie z podaniem jego przyczyny.

§ 9

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności. Niedopuszczalna jest jednak pod rygorem nieważności zmiana postanowień zawartej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy chyba, że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w momencie zawarcia umowy lub zmiany te są korzystne dla Zamawiającego.
2. Umowa wchodzi w życie z dniem zawarcia.
3. Ewentualne spory wynikłe z nin. umowy rozstrzygać będą właściwe rzeczowo sądy powszechne właściwe ze względu na siedzibę Zamawiającego.
4. Umowę sporządzono w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, 1 egzemplarz dla Wykonawcy, 2 egzemplarze dla Zamawiającego.

Zamawiający:

Wykonawca:



Załącznik
do Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
zawartej w Olkuszu w dniu
(dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą)

Dane dotyczące Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie
zamówienia

Nazwa (firma)/imię i nazwisko Wykonawcy*

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

Siedziba/miejsce zamieszkania i adres Wykonawcy*

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

OŚWIADCZENIE

JA, MY* NIŻEJ PODPISANY/NI*

Oświadczam/my, że sam/i opłacam/my składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne w związku z prowadzoną przez/e mnie/nas działalnością gospodarczą i w związku z tym Zamawiający nie jest obowiązany do ich odprowadzania.

....., r.

Miejscowość

Data

.....
(podpis i pieczęć imienna upoważnionego przedstawiciela/przedstawicieli Wykonawcy)

*) niepotrzebne skreślić



Załącznik
do Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
zawartej w Olkuszu w dniu
(dla osób fizycznych nie prowadzących działalność gospodarczą)

OŚWIADCZENIE DO ZGŁOSZENIA
do ubezpieczenia społecznego i ubezpieczenia zdrowotnego

1. Nazwisko i imię

.....

2. Nazwisko panieńskie

.....

3. Data i miejsce urodzenia

.....

4. Adres zamieszkania

.....

5. Adres zameldowania

.....

6. Adres do korespondencji

.....

7. PESEL,

8. NIP,

9. Oświadczam, że:

a. wykonuję umowę zlecenia/ agencyjną*) na rzecz
.....

..... i podlegam/nie podlegam*) obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu z tytułu tej umowy, a wynagrodzenie wypłacane mi z tytułu tej umowy jest równe lub większe*)/mniejsze*) od minimalnego wynagrodzenia

b. jestem/nie jestem*) zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę w
.....



..... w wymiarze etatu i osiągam z tego zatrudnienia wynagrodzenie równe lub większe/mniejsze*) od minimalnego wynagrodzenia,

przebywam/nie przebywam*) na urlopie bezpłatnym
przebywam/nie przebywam*) na urlopie wychowawczym

c. jestem objęty(a) odrębnymi przepisami w zakresie zaopatrzenia emerytalnego lub ubezpieczenia społecznego tj.:

d. jestem uprawniony(a) do świadczenia emerytalnego, rentowego ustalonego decyzją ZUS z dnia numer,

e. prowadzę/nie prowadzę*) pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegam/nie podlegam*) z tego tytułu ubezpieczeniu społecznemu od kwoty równej lub większej/mniejszej*) od minimalnego wynagrodzenia,

f. podlegam/nie podlegam*) ubezpieczeniom społecznym z tytułu współpracy przy prowadzonej działalności,

g. podlegam/nie podlegam*) ubezpieczeniom społecznym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego,

h. jestem/nie jestem*) uczniem/studentem*) szkoły/uczelni

..... w wieku przed ukończeniem 26 roku życia,

10. W związku z powyższym zgłoszeniem z tytułu umowy zlecenia wnoszę/nie wnoszę*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem:

społecznym - tak/nie*)

chorobowym - tak/nie*)

od dnia

11. Ze świadczeń zdrowotnych z tytułu opłaconej w moim imieniu składki korzystać będą następujący członkowie rodziny:

L.p.	Nazwisko i imię członka rodziny	Adres zamieszkania członka rodziny	Stopień pokrewieństwa	Nr PESEL	Nr NIP	Stopień niepełnospr. **)
1						
2						
3						
4						



Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniłem(am) zgodnie z prawdą i że świadomy(a) jestem odpowiedzialności karnej z art. 247 § 1 kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajanie prawdy

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek:

- 11) zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia, w tym również od zadłużenia powstałego w związku z nieopłaceniem składek w części finansowanej przez płatnika,
- 12) wyrażam zgodę na potrącenia powyższych należności z wypłacanego mi w przyszłości wynagrodzenia.

.....

data i podpis

*) niewłaściwe skreślić

***) określenie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany, lekki – wpisać zgodnie z orzeczeniem lekarskim