

V- DK- ...../ 14

**UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE  
Z ZAKRESU ZABIEGÓW ..... NR ..... /14**

zawarta w dniu ..... w Bochni w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne zgodnie art. 26, art. 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 217 tekst jednolity) oraz odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy”  
im. bł. Marty Wieckiej z siedzibą w Bochni, przy ul. Krakowskiej 31, 32-700 Bochnia,  
zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem KRS 0000031986,  
NIP 868-16-04-021,  
reprezentowanym przez ..... ,  
zwanym dalej „Udzielającym zamówienia”**

oraz

**Panią /Panem lek. med. ....  
Prowadzącą/ym działalność jako**

.....  
**Adres: .....  
działającą na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej,  
NIP ..... REGON .....  
zwanym dalej „Przyjmującym zamówienie”,**

**§ 1**

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na wykonywanie zabiegów medycznych w zakresie ..... na rzecz pacjentów Oddziału ..... na podstawie harmonogramu ustalonego przez Udzielającego zamówienie.

**§ 2**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienie.
2. Udzielający zamówienia oświadcza, że miejsce wykonywania usług spełnia warunki stawiane podmiotom leczniczym nie będącym przedsiębiorcą w przedmiotowym zakresie.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie zgłasza w tym przedmiocie żadnych zastrzeżeń.
4. Minimalna ilość godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie przedmiotu umowy zgodnie z ofertą złożoną w postępowaniu konkursowym wynosi ..... godzin.
5. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w §1 udzielane będą zgodnie z harmonogramem sporządzonym przez Udzielającego zamówienie, zatwierdzonym przez Dyrektora/ Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.
6. Przyjmujący zamówienie oświadcza i zapewnia, iż w okresach wskazanych w harmonogramie świadczy usługi wyłącznie na rzecz Udzielającego Zamówienie. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za skutki ewentualnych nieprawdziwości oświadczenia, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w szczególności odpowiada finansowo za ewentualne kary nałożone na Udzielającego Zamówienie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, do których zwrotu może zostać zobowiązany w całości na żądanie Udzielającego Zamówienie
7. Przyjmujący zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek udzielania świadczeń medycznych w terminach i godzinach ściśle określonych w harmonogramie oraz w razie konieczności także poza takim harmonogramem.

**§ 3**

1. Uprawnionymi do bezpłatnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 są osoby, o których mowa w art. 2 i 3 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm).

**§ 4**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w warunkach ogólnych na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz warunków szczegółowych w zakresie objętym przedmiotową umową.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością zawodową, zgodnie z zasadami sztuki z wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny oraz na zasadach obowiązujących u Udzielającego zamówienie.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa podczas badań diagnostycznych i podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do osobistego wykonywania przedmiotu umowy. W przypadku wystąpienia przeszkody w osobistym wykonywaniu umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest zgłosić swoją nieobecność według załączonego do umowy wzoru. Zgłoszenie nieobecności winno nastąpić na **14 dni przed planowaną nieobecnością** lub niezwłocznie po powzięciu informacji o niemożności wykonania usługi. W przypadku niemożności osobistego świadczenia usługi Przyjmujący zamówienie zapewni zastępcę z równorzędnymi kwalifikacjami i uprawnieniami do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymania ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania przepisów BHP i p/poż. oraz Regulaminu Organizacyjnego obowiązującego u Udzielającego zamówienia oraz innych dokumentów wewnątrzzakładowych również powstałych po dacie zawarcia umowy.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania i realizowania procedur Systemu Zarządzania Jakością, Kontroli Zarządczej oraz procedur akredytacyjnych wprowadzanych i obowiązujących u Udzielającego zamówienia.
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się we własnym zakresie i na własny koszt zabezpieczyć posiadanie aktualnych i wymaganych badań profilaktycznych o których mowa w ustawie o służbie medycyny pracy, które dostarczy Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu świadczenia usługi.
9. Przyjmujący zamówienie w trakcie świadczenia usługi zobowiązany jest do noszenia odzieży ochronnej i roboczej spełniającej wymogi stosowane u Udzielającego zamówienie w zakresie parametrów użytkowych, asortymentu i wzornictwa – zakupionej na swój koszt oraz utrzymywania jej w należytej czystości zgodnie z wymogami sanitarno – epidemiologicznymi.
10. Na wniosek Udzielającego zamówienia Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania lub opracowania niezbędnych informacji związanych z wykonywanymi w ramach umowy usługami (np. wykazy realizowanych procedur medycznych ze specyfikacją).
11. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do noszenia w widocznym miejscu identyfikatora zawierającego imię i nazwisko oraz funkcję.
12. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do ochrony i przetwarzania powierzonych danych osobowych zgodnie z obowiązującą ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) oraz Polityką Bezpieczeństwa SPZOZ w Bochni i innymi regulacjami wewnątrzzakładowymi w tym zakresie. Dane osobowe mogą być wykorzystywane w celu i zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu Umowy.
13. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania w czasie realizacji zadań wynikających z niniejszej umowy zapisów Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2012 r. poz. 159).
14. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do współpracy z lekarzami oraz pozostałym personelem medycznym udzielającym świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego zamówienia

## §5

1. Udzielający zamówienia zobowiązuje się wobec Przyjmującego zamówienie do nieodpłatnego zapewnienia leków i materiałów medycznych, sprzętu medycznego i bazy lokalowej niezbędnych przy realizacji usług określonych niniejszą umową.
2. Korzystanie z wymienionych w ust.1 środków może odbywać się jedynie w zakresie niezbędnym do świadczenia usługi określonej w §1.
3. Konserwacja oraz naprawa aparatury i sprzętu medycznego odbywa się na koszt Udzielającego zamówienia.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest zgłaszać zgodnie z obowiązującymi regulacjami wewnątrzzakładowymi informacje o niesprawności sprzętu, aparatury medycznej i urządzeń, które mogłyby spowodować ujemne następstwa u pacjentów w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przy ich wykorzystywaniu.
5. W przypadku uszkodzenia lub zniszczenia aparatury i sprzętu medycznego przez Przyjmującego zamówienie, Udzielający zamówienia obciąży Przyjmującego zamówienie kosztami naprawy udostępnionego sprzętu medycznego.



### Załącznik nr 3 projekt umowy na zabiegi lekarskie dla indywidualnych praktyk lekarskich

6. Przyjmujący zamówienie nie może wykorzystywać udostępnionych przez Udzielającego zamówienia pomieszczeń, wyposażenia medycznego, środków transportu oraz materiałów medycznych do udzielania innych niż objęte niniejszą umową świadczeń zdrowotnych, bez zgody Udzielającego zamówienia.
7. Przyjmujący zamówienie, oświadcza, że znany jest mu rodzaj i jakość sprzętu oraz aparatury medycznej udostępnionej przez Udzielającego zamówienia.

#### § 6

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest poddać się kontroli Udzielającego zamówienia, w tym również kontroli przeprowadzonej przez osoby upoważnione przez Udzielającego zamówienia w zakresie objętym umową.
2. Kontrola obejmuje wykonywanie umowy, w szczególności:
  - a) w zakresie oceny merytorycznej udzielanych świadczeń zdrowotnych,
  - b) sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - c) liczby i rodzaju świadczeń zdrowotnych,
  - d) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej,
  - e) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości,
  - f) terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia niezbędnych do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy i wyraża na to zgodę.

#### § 7

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do bieżącego i starannego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów według zasad wynikających z obowiązujących przepisów prawa, regulacji obowiązujących u Udzielającego zamówienia oraz zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązującymi podmioty lecznicze zarówno, co do sposobu, jak i zakresu.
2. Obowiązujące druki i formularze zapewnia Udzielający zamówienia.
3. Przyjmujący zamówienie obowiązany jest do posiadania uprawnień do orzekania o czasowej niezdolności do pracy na druku ZUS-ZLA i posiadania w/w druków we własnym zakresie.

#### § 8

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że recepty uzyskane za pośrednictwem Udzielającego zamówienia wykorzystywane będą w SP ZOZ Szpital Powiatowy w Bochni im. bł. Marty Wieckiej.
2. W przypadku zakwestionowania zasadności i celowości wydania recepty Przyjmujący zamówienie odpowiada do pełnej wysokości kary nałożonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na Udzielającego zamówienie.

#### § 9

1. Przyjmujący zamówienie ma prawo kierowania pacjentów na badania diagnostyczne, konsultacje i zabiegi rehabilitacyjne oraz do oddziałów szpitalnych zakładów opieki zdrowotnej, z którymi Udzielający zamówienia podpisał stosowne umowy lub umowy takie podpisał NFZ.
2. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do kierowania na badania, konsultacje i zabiegi rehabilitacyjne jedynie w wypadkach, gdy jest to celowe i uzasadnione.
3. Przyjmujący zamówienie ma prawo wzywania na konsultacje innych lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych u Udzielającego zamówienia.
4. Udzielający zamówienia upoważnia Przyjmującego zamówienie do kierowania na dalsze leczenie do innych jednostek opieki zdrowotnej w razie takiej konieczności.
5. Przyjmujący zamówienie ma prawo zlecać transport medyczny zgodnie z obowiązującymi przepisami (*Stosowne przepisy zawiera Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 27.08.2004r. tekst jednolity: Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027*).
6. W przypadku zlecenia transportu niezgodnie z opisem zawartym w ust. 5 Udzielający zamówienia obciąża kosztami transportu Przyjmującego zamówienie.

#### § 10

1. Za świadczenia zdrowotne określone w niniejszej umowie Przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał wynagrodzenie stanowiące:
  - iloczyn punktów wykonanych i rozliczonych z NFZ procedur medycznych zgodnie z kontraktem NFZ/iloczyn liczby pacjentów i ceny zgodnie ze złożoną ofertą

Udzielający zamówienie przyznaje Przyjmującemu zamówienie roczny limit punktów w wysokości ..... w ramach kontraktu ....., co stanowi miesięczny limit punktów w wysokości ..... Punkty wypracowane miesięcznie będą rozliczane narastająco w okresie 12 miesięcy. Punkty wypracowane powyżej przyznanego rocznego limitu punktów nie będą finansowane przez Udzielającego zamówienie. Jednocześnie Udzielający zamówienie zobowiązuje Przyjmującego zamówienie do wypracowania rocznego limitu punktów proporcjonalnie w całym okresie trwania umowy oraz z zachowaniem ciągłości udzielanych świadczeń zgodnie z harmonogramem<sup>1</sup>.

2. Przyjmujący zamówienie po upływie każdego miesiąca przedkłada Udzielającemu zamówienia – łącznie z rachunkiem lub fakturą - szczegółowe informacje o udzielonych przez niego świadczeniach zdrowotnych (wg. załącznika nr 1) potwierdzone przez osobę upoważnioną przez Udzielającego zamówienie (Ordynatora Oddziału, Zastępcę Ordynatora, Dyrektora/ Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa).
3. Wynagrodzenie obliczone stosownie do § 10 ust. 1 Udzielający zamówienia wypłaci Przyjmującemu zamówienie na podstawie przedłożonego potwierdzonego zestawienia, o którym mowa w ust.2 powyżej oraz zgodnego z nim rachunku lub faktury, przelewem na wskazane na fakturze/rachunku konto, w terminie do **30 dni** od daty otrzymanego i prawidłowo wystawionego dokumentu księgowego.
4. Poprawnie wystawiony rachunek lub fakturę wraz z załącznikiem nr 1 należy wystawić na koniec każdego miesiąca, za miesiąc, w którym świadczona była usługa i przedłożyć nie wcześniej niż **pierwszego** dnia i nie później niż do **siódmego** dnia następnego miesiąca.
5. Za datę zapłaty za spełnione świadczenie uznawany będzie dzień obciążenia rachunku Udzielającego zamówienia.
6. Przyjmujący zamówienie samodzielnie rozlicza się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

#### §11

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie dokona przeniesienia wierzytelności pieniężnych związanych z realizacją niniejszej umowy na rzecz osób trzecich, bez zgody Udzielającego zamówienia oraz nie dokona żadnych innych czynności w wyniku, których doszłoby do zmiany strony umowy. Ewentualna zgoda Udzielającego zamówienia na zmianę wierzyciela będzie uzależniona od wyrażenia zgody podmiotu tworzącego zgodnie z art. 54 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz. U. 2013, poz. 217, tekst jednolity). Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela z naruszeniem w/w zasad jest nieważna.

#### § 12

1. Za każde uchybienie w prowadzeniu dokumentacji medycznej Udzielający zamówienia może naliczać kary umowne do wysokości 10% wartości wynagrodzenia miesięcznego, w którym nastąpiło zdarzenie.
2. Za każdy przypadek nieuzasadnionego odstąpienia od wykonywania świadczeń zdrowotnych wg ustalonego harmonogramu i objętych niniejszą umową z przyczyn niezależnych od Udzielającego zamówienia, Udzielający zamówienia może naliczać kary umowne w wysokości dwukrotnej należności za świadczenie, którego nie wykonano w związku z takim odstąpieniem.
3. Za każdy przypadek błędnie wystawionej faktury/rachunku Udzielający zamówienia może naliczać kary umowne w wysokości 10% należności miesięcznej, za miesiąc, w którym błędnie fakturę/rachunek wystawiono.
4. Za każdy przypadek nie wywiązania się przez Przyjmującego zamówienie z obowiązków określonych w niniejszej umowie a niewymienionych w niniejszym paragrafie Udzielający zamówienie może naliczać kary umowne w wysokości 1 000,00 zł (słownie: jeden tysiąc) złotych brutto.
5. Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo do dochodzenia na zasadach ogólnych odszkodowań przewyższających wysokość kar umownych, w przypadku gdy naliczone kary nie pokrywają wysokości szkody.

<sup>1</sup> Dotyczy tylko umów na świadczenia ortopedyczne i traumatologii



6. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do potrącania kar umownych z bieżących jak również przyszłych należności Przyjmującego zamówienie, wynikających z realizacji niniejszej umowy.

### § 13

1. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za osobiste ordynowanie leków, materiałów medycznych, środków leczniczych i pomocniczych oraz wykonywane zabiegi.
2. Ordynowanie leków powinno odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz zgodnie z Receptariuszem Szpitalnym wprowadzonych przez Udzielającego zamówienia.
3. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienia i przyjmujący zamówienie. Przyjmujący zamówienie i Udzielający zamówienia. Udzielającemu zamówienia przysługuje w stosunku do Przyjmującego zamówienie roszczenie regresowe w wysokości kwoty wypłaconej przez Udzielającego zamówienia osobie trzeciej, z tytułu szkody wyrządzonej przez Przyjmującego zamówienie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
4. Odpowiedzialność cywilną, deliktową (ex delicto) wynikającą z popełnienia przez Przyjmującego zamówienie czynu niedozwolonego w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych ponosi wyłącznie Przyjmujący zamówienie.
5. W przypadku wystąpienia przez osobę trzecią w stosunku do Udzielającego zamówienie z jakimikolwiek roszczeniami mającymi związek z udzieleniem tej osobie świadczeni zdrowotnego przez Przyjmującego zamówienie, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od wystąpienia z takim wnioskiem przez Udzielającego zamówienie, przedstawić mu pisemną odpowiedź na zgłoszone roszczenia

### § 14

1. Przyjmujący zamówienie obowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 przez cały okres obowiązywania umowy.
3. Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie doręczyć Udzielającemu zamówienia najpóźniej na 1 dzień przed dniem rozpoczęcia wykonania zamówienia.
4. Brak aktualnej polisy o której mowa w ust. 1 stanowi podstawę do rozwiązaniu niniejszej umowy ze skutkiem natychmiastowym.

### § 15

Umowa obowiązuje na czas określony od dnia ..... roku do 31.12.2017 roku.

### § 16

Każda zmiana warunków umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

### § 17

1. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach (zgodnie z Art. 27 ust.8 ustawy o działalności leczniczej):
  - a) z upływem czasu, na który została zawarta,
  - b) z dniem zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - c) wskutek oświadczenia jednej ze stron z zachowaniem okresu wypowiedzenia,
  - d) wskutek oświadczenia jednej ze Stron, **bez zachowania okresu wypowiedzenia**, w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.
2. Udzielający zamówienie może rozwiązać niniejszą umowę z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia, w przypadku:
  - a) stwierdzenia przez Udzielającego zamówienia powtarzających się nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej i innej niezbędnej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
  - b) powtarzającego się naruszenia porządku obowiązującego u Udzielającego zamówienie,
  - c) zmian organizacyjnych polegających na likwidacji, ograniczeniu lub określeniu innego sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,
3. Udzielający zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę w formie pisemnej ze skutkiem natychmiastowym, w przypadkach, gdy Przyjmujący zamówienie:

### **Załącznik nr 3 projekt umowy na zabiegi lekarskie dla indywidualnych praktyk lekarskich**

- a) został tymczasowo aresztowany na okres powyżej 1 miesiąca,
  - b) utracił prawo wykonywania zawodu lub został w tym prawie zawieszony przez organ uprawniony,
  - c) zgłosił się do pracy lub udzielał świadczeń zdrowotnych w stanie nietrzeźwym,
  - d) popełnił w czasie trwania umowy przestępstwo, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie, jeżeli przestępstwo zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym,
  - e) nie udokumentuje przed upływem obowiązywania dotychczasowego ubezpieczenia podpisania umowy zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na dalszy okres wykonywania świadczeń zdrowotnych
  - f) rozwiązania lub wygaśnięcia umowy pomiędzy Udzielającym zamówienia, a płatnikiem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Udzielającego zamówienia o zaistnieniu okoliczności, o których mowa w ust. 3 (z wyjątkiem ust. 3f), oraz spowodowanej innymi przyczynami niemożności udzielania świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w niniejszej umowie.
5. Wypowiedzenie umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6. Każda ze Stron może wypowiedzieć umowę za 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia, dokonany na koniec miesiąca kalendarzowego.
7. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron.

#### **§ 18**

Przyjmujący zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.

#### **§ 19**

Strony umowy zobowiązane są do zachowania tajemnicy w zakresie warunków i treści niniejszej umowy.

#### **§ 20**

Jeżeli którekolwiek z postanowień niniejszej Umowy okaże się nieważne w całości lub w części, pozostałe postanowienia pozostają w mocy, strony zaś zobowiązują się na wniosek którejkolwiek z nich do zastąpienia nieważnych postanowień postanowieniami, których moc prawna i skutek ekonomiczny są najbardziej zbliżone do postanowień zastępowanych.

#### **§ 21**

W czasie trwania umowy, a także przez okres 5 lat od dnia jej rozwiązania lub wygaśnięcia, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w ścisłej tajemnicy informacji ekonomicznych, handlowych.

#### **§ 22**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności leczniczej i Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert.

#### **§ 23**

Wszelkie spory wynikające z niniejszej umowy rozpatrywać będzie Sąd powszechny właściwy miejscowo dla siedziby Udzielającego zamówienia.

#### **§ 24**

Umowa niniejsza sporządzona została w czterech jednobrzmiących egzemplarzach: jednym dla Przyjmującego zamówienie i trzech dla Udzielającego zamówienie.

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**ZAŁĄCZNIK NR 1**  
**ZABIEGI OKULISTYCZNE**

Przyjmujący zamówienie : .....

(nazwa przyjmujący zamówienie)

Wykaz wykonanych zabiegów medycznych w zakresie okulistyki oraz związanych z nimi świadczeń tj. kwalifikacji i konsultacji w miesiącu: .....

W .....  
miejsce wykonywania świadczeń

| L.p. | Imię i nazwisko pacjenta | Pesel pacjenta |
|------|--------------------------|----------------|
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |
|      |                          |                |

Zatwierdził: .....

Osoba upoważniona przez Udzielającego zamówienie

.....

podpis Przyjmującego zamówienie

**ZAŁĄCZNIK NR 1  
ZABIEGI ORTOPEDYCZNE**

Przyjmujący zamówienie : .....  
(nazwa przyjmujący zamówienie)

Wykaz wykonanych procedur medycznych **w zakresie ortopedii i traumatologii narządów ruchu w pododdziale ortopedii traumatologii narządów ruchu** w miesiącu:

.....

- ☐ specjalista w określonej dziedzinie medycyny\*
- ☐ specjalizujący się w określonej dziedzinie medycyny\*

| L.p. | Imię i nazwisko operatora | Data świadczenia usług | Ilość punktów za procedurę/zabieg | Uczestnictwo w zabiegu charakterze operatora | Uczestnictwo w zabiegu charakterze asystenta | Wykonywanie zabiegu samodzielnie |
|------|---------------------------|------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
|      |                           |                        |                                   |                                              |                                              |                                  |
|      |                           |                        |                                   |                                              |                                              |                                  |
|      |                           |                        |                                   |                                              |                                              |                                  |
|      |                           |                        |                                   |                                              |                                              |                                  |
|      |                           |                        |                                   |                                              |                                              |                                  |
|      |                           |                        |                                   |                                              |                                              |                                  |

\* zaznaczyć właściwe

Zatwierdził: .....

Osoba upoważniona przez Udzielającego zamówienie

.....

podpis Przyjmującego zamówienie



Przyjmujący zamówienie : .....  
(nazwa przyjmujący zamówienie)

Wykaz wykonanych procedur medycznych **w zakresie ortopedii i traumatologii narządów ruchu w oddziale chirurgii ogólnej i urazowej** w miesiącu: .....

- ☐ specjalista w określonej dziedzinie medycyny\*
- ☐ specjalizujący się w określonej dziedzinie medycyny\*

| L.p. | Imię i nazwisko operatora | Data świadczenia usług | Ilość punktów za procedurę/zabieg | Uczestnictwo w zabiegu charakterze operatora | Uczestnictwo w zabiegu charakterze asystenta | Wykonywanie zabiegu samodzielnie |
|------|---------------------------|------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
|      |                           |                        |                                   |                                              |                                              |                                  |
|      |                           |                        |                                   |                                              |                                              |                                  |
|      |                           |                        |                                   |                                              |                                              |                                  |
|      |                           |                        |                                   |                                              |                                              |                                  |
|      |                           |                        |                                   |                                              |                                              |                                  |
|      |                           |                        |                                   |                                              |                                              |                                  |

\* zaznaczyć właściwe

Zatwierdził: .....

Osoba upoważniona przez Udzielającego zamówienie

.....

podpis Przyjmującego zamówienie

Bochnia .....

Do Dyrekcji  
SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy”  
32-700 Bochnia , ul. Krakowska 31

### **Zgłoszenie nieobecności**

Nazwisko i imię .....

Miejsce wykonywania świadczeń .....

Okres nie wykonywania świadczeń medycznych .....

Zastępstwo .....

.....  
Podpis Przyjmującego Zamówienie