



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



## 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, wpisaną 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 zł opłacony w całości reprezentowaną przez:

dr n. med. Leszka Jagodzińskiego – Prezesa Zarządu

zwanym dalej **Świadczeniodawcą,**

*a*

Panią/Panem

zwanym dalej **Świadczeniobiorcą,**

**W wyniku postępowania konkursowego prowadzonego na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (DZ.U. 2020 poz.295)**

**Niniejsza umowa zawarta została w celu realizacji projektu pn: "Profilaktyka raka jelita grubego - to w Tarnowskich Górach nic strasznego! III" 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 2020 r. Poz. 295 z późn. zm.);
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.);
- 3) ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019., poz. 1781 z późn. zm.);
- 4) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 514 z późn.

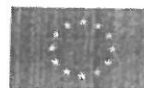


Fundusze  
Europejskie  
Program Regionalny



Śląskie.

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



zm.);

5) Kodeks Cywilny

6) Kodeks Etyki Lekarskiej,

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

8) wewnętrzne regulaminy i procedury obowiązujących u Udzielającego zamówienia.

### §1

Przedmiotem umowy jest przeprowadzanie znieczulenia ogólnego u pacjentów, u których będzie przeprowadzane badanie kolonoskopii zgodnie z harmonogramem założeń określonym w projekcie. Badania będą przeprowadzane po wypełnieniu przez osobę zgłaszającą się do badania ankiety oraz zakwalifikowaniu do udziału w projekcie zgodnie z wytycznymi projektu. Osoby zakwalifikowane do udziału w projekcie będą zapisywane w wyodrębnionym w tym celu rejestrze, umawiane na dany dzień oraz będzie im wydawany lek przygotowujący do badania. Do każdej przeprowadzonej kolonoskopii zostanie sporządzona i archiwizowana dokumentacja z przebiegu przeprowadzonego badania.

### § 2

Badania kolonoskopii przeprowadzone będą w pracowni endoskopii Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego w Tarnowskich Górach.:

1. od poniedziałku do piątku w godzinach od 6.00 – 8.00; i od 15.00-17.00
2. w soboty w godzinach od 8.00-12.00

### §3

1. Do obowiązków Świadczeniobiorcy należy w szczególności:

- wykonywania świadczeń z należytą starannością i dbałością o interesy Świadczeniodawcy, wykorzystując wiedzę i umiejętności medyczne oraz postęp medycyny w tym zakresie;
- prowadzenia odpowiedniej dokumentacji i udostępnianie jej uprawnionym organom zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz osobom upoważnionym przez Świadczeniodawcę;
- 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 lekarskiej, aktualną wiedzą medyczną;
- poddania się kontroli prowadzonej przez Świadczeniodawcę, a w szczególności dot.:
  - a) sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych i ich jakości;
  - b) gospodarowania użytkowanym sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami zapewniającymi prawidłowe udzielanie świadczeń zdrowotnych;
  - c) zakresu prowadzonej dokumentacji medycznej.
- współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Świadczeniodawcy;
- prowadzenia dokumentacji medycznej wykonanych procedur medycznych;
- dbałość o powierzony sprzęt i aparaturę medyczną oraz inne powierzone mienie



Świadczeniodawcy;

- udział w naradach organizowanych przez Świadczeniodawcę;
- posiadanie aktualnej książeczki badań do celów sanitarno-epidemiologicznych;

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. 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.

#### §4

1. Za świadczenia określone w § 1, Świadczeniodawca zobowiązuje się płacić Świadczeniobiorcy wynagrodzenie obliczane na podstawie ilości wykonanych badań i stawki za badanie kolonoskopowe, tj. ....zł/ za wykonanie 1 badania.

2. 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 5.10.2020 roku. W kolejnych miesiącach świadczenia wynagrodzenie płatne jest w terminie do 30 dni od dnia złożenia rachunku wystawionego przez Świadczeniobiorcę.

3. Następnie Zleceniobiorca będzie przedstawiał do dnia 5 każdego miesiąca po zakończonym miesiącu zestawienie zbiorcze, które będzie zawierało:

- ilość przeprowadzonych badań,
- datę przeprowadzonych badań,
- zakres przeprowadzonego badania (podstawowe czy z komplikacjami – jaki zakres),
- czy badanie wykonano ze znieczuleniem,
- koszt przeprowadzonego badania.

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.



Fundusze  
Europejskie  
Program Regionalny



Śląskie.

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



4. Zapłata wynagrodzenia przekazywana będzie na rachunek bankowy Świadczeniobiorcy:

Nr konta bankowego:.....

Nazwa banku:.....

#### §5

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 medycznej 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:  
- 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.

#### § 6

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 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (RODO) Świadczeniodawca upoważnia Świadczeniobiorcę do przetwarzania danych osobowych w zakresie objętym niniejszą umową oraz w celu jej wykonywania zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy.

#### § 7

1. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron lub za dwutygodniowym okresem wypowiedzenia.
2. Świadczeniodawca 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.

#### § 8

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

8



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Śląskie.**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



2. Spory powstałe w związku z realizacją umowy rozstrzyga Sąd właściwy dla siedziby Świadczeniodawcy.

### §9

Umowa zostaje zawarta od dnia podpisania do dnia .....

### §10

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

### §11

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

.....  
*Świadczeniobiorca*

.....  
*Świadczeniodawca*

SPRAWDZONO POD WZGŁĘDEM  
POD ADWOKAT  
2017



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny


**Śląskie.**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1 do umowy nr WSP SA/RU/ /2020 z dnia .....

[illegible]

Podpis Świadczeniobiorcy.....

Podpis osoby wyznaczonej przez Świadczeniodawcę.....



Fundusze  
Europejskie  
Program Regionalny



Śląskie.

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 2 do umowy nr WSP S.A./RU/ /2020 z dnia .....

UPOWAŻNIENIE nr .....

## DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Z dniem ....., na podstawie:

- art. 29 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016, w sprawie ochrony 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) Dz. U.UE.L.2016.119.1) – dalej RODO (GDPR),
- Umowy nr **UDA RPSL 08.03.02.-24-04G4/19-00**, z dnia.....  
o dofinansowanie projektu pt:

**„Profilaktyka raka jelita grubego - to w Tarnowskich Górach nic strasznego!III”**,

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, a w szczególności z Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych Osobowych (RODO), a także z obowiązującymi w Wielospecjalistycznym Szpitalu Powiatowym S.A. Polityką bezpieczeństwa i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach oraz w rozporządzeniu o ochronie danych (RODO).

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych i sposobów ich zabezpieczeń, również po ustaniu zatrudnienia, odwołaniu upoważnienia, upływie jego ważności.

Mam świadomość odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 266 Kodeksu karnego.

.....  
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

\*niepotrzebne skreślić