# UMOWA Nr ……………………

**o świadczenie specjalistycznych usług medycznych z zakresu:   
……………………………….**

Zawarta w dniu ……………………………….roku w Poznaniu pomiędzy

***Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem*,**

prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego   
pod numerem: 0000003220, posiadającym numer NIP: 7781128565

przy ul. Krysiewicza 7/8, 61-825 Poznań, reprezentowanym przez:

Dyrektora Naczelnego – Izabelę Grzybowską

zwanym dalej “***Udzielającym zamówienie”***

a

***………………………………………….***

Adres ul. ……………………………….., ………………..

wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem ewidencyjnym: …………, posiadającym numer NIP: ……….

zwanym dalej “***Przyjmującym zamówienie”***

na podstawie art.26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2018 roku poz.2190 ze zm. ),   
o następującej treści:

***1***

Ilekroć w umowie będzie mowa o:

1. Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu rozumianym jako organizacja wraz z jej wszystkimi strukturami, infrastrukturą i lokalizacjami nazywać się go będzie „*Zespołem*”.
2. *„****Koordynatorze Miejsca Świadczenia Usług****”* rozumieć przez to należy osobę, która koordynuje i nadzoruje całością działalności komórki organizacyjnej ***Zespołu***, w której realizowany jest przedmiot niniejszej umowy.
3. *„****Pacjencie Przyjmującego zamówienie****”* rozumieć przez to należy pacjenta na rzecz, którego ***Przyjmujący zamówienie*** świadczy usługi medyczne w oparciu o niniejszą umowę.

***2***

1. ***Udzielający zamówienie*** zleca, a ***Przyjmującym zamówienie*** przyjmuje zlecenie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **…………………….**. Szczegółowy zakres świadczeń zamieszczony jest w załączniku do niniejszej umowy zatytułowanym ***Przedmiot umowy***.
2. Miejscem udzielania ww. świadczeń zdrowotnych jest ***Zespół***, lub w szczególnych, uwzględnionych w umowie sytuacjach w siedzibie ***Udzielającego zamówienie***.

***3***

1. Czynności, o których mowa w 2 ***Przyjmujący zamówienie*** wykonuje w ***Zespole***, w czasie uzgodnionym z ***Koordynatorem Miejsca Świadczenia Usług*** i według zasad określonych w załączniku zatytułowanym ***Zasady Realizacji Usług***.
2. ***Przyjmujący zamówienie*** wykonuje niniejszą umowę w sposób zapewniający pełną realizację praw pacjenta.
3. Szczegółowy harmonogram świadczenia usług w ramach niniejszej umowy, uzgadniany będzie przez ***Koordynatora Miejsca Świadczenia Usług*** i ***Przyjmującym zamówienie*** w nieprzekraczalnym terminie do 28 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc realizacji usług.
4. ***Przyjmujący zamówienie*** zastrzega sobie prawo do jednej dłuższej przerwy w świadczeniu usług objętych umową nieprzekraczającej 14 dni kalendarzowych w roku. Dodatkowo ***Udzielający zamówienia*** może uzgodnić z ***Przyjmującym zamówienie*** większą liczbę przerw w świadczeniu usług.
5. Na czas swojej nieobecności w ***Zespole***, w terminie ustalonym zgodnie w ust. 3 ***Przyjmujący zamówienie*** zapewni zastępstwo***.***
6. W przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust. 5 na ***Przyjmującym zamówienie*** spoczywa obowiązek wykazania przed ***Udzielającym zamówienia*** spełnienia przez podmiot zastępujący wszystkich wymogów przewidzianych niniejszą umową dla ***Przyjmującego zamówienie***.

***4***

1. ***Przyjmujący zamówienie*** oświadcza, iż jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z dnia 30 grudnia 2011 r - Dz.U.2011.293.1729.), kopię formularza polisy ubezpieczeniowej ***Przyjmujący zamówienie*** zobowiązuje się dostarczyć ***Udzielającemu zamówienie*** najpóźniej w dniu rozpoczęcia wykonywania niniejszej umowy.
2. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wygasa w trakcie obowiązywania umowy ***Przyjmujący zamówienie*** zobowiązany jest dostarczyć kopię nowej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej.
3. Niewypełnienie warunków określonych w ust. 1 nie zwalnia od odpowiedzialności strony umowy w związku  
   z wykonywaniem treści umowy.
4. ***Przyjmujący zamówienie*** oświadcza, iż świadczy usługi na rzecz ludności i w ramach prowadzonej działalności gospodarczej rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym.
5. ***Przyjmujący zamówienie*** oświadcza, iż zgłosił swoją działalność w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.
6. ***Przyjmujący zamówienie*** zobowiązany jest do wykonania na własny koszt i przedłożenia ***Udzielającemu zamówienia***, najpóźniej w dniu rozpoczęcia świadczenia usług, aktualnego zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego, iż spełnia on wymagania zdrowotne niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy.
7. W przypadku, gdy zaświadczenie lekarskie stwierdzające, iż spełnia on wymagania zdrowotne niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych, wynikających z niniejszej umowy, wygasa w trakcie obowiązywania umowy ***Przyjmujący zamówienie*** zobowiązany jest dostarczyć kopię nowego zaświadczenia lekarskiego na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniego.
8. ***Przyjmujący zamówienie*** zobowiązany jest, w przypadku takiego wymogu ustawowego do wykonania na własny koszt i przedłożenia ***Udzielającemu zamówienie***, w trakcie trwania umowy aktualnego zaświadczenia/orzeczenie o ukończeniu szkolenia i uzyskania certyfikatu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta.
9. W przypadku, gdy ***Przyjmujący zamówienie*** posiada certyfikat, o którym mowa przekłada go ***Udzielającemu zamówienie*** najpóźniej w dniu rozpoczęcia świadczenia usług.
10. W przypadku, gdy certyfikat, o którym mowa w ust. 8, traci ważność w trakcie obowiązywania umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest dostarczyć kopię nowego na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniego.
11. ***Przyjmujący zamówienie*** zobowiązuje się, we własnym zakresie, zaopatrzyć w odzież roboczą (trwale ją oznakować) i obuwie robocze, z wyłączeniem jednorazowej odzieży i obuwia używanych na Bloku Operacyjnym oraz Bloku Porodowym, które zapewnia **Udzielający zamówienie**. **Udzielający zamówienie** zobowiązuje się do prania dostarczonej przez **Przyjmującego zamówienie** odzieży roboczej.
12. ***Przyjmujący zamówienie*** zobowiązany się do wykonania na własny koszt i przedłożenia ***Udzielającemu zamówienia***, w okresie do **12 miesięcy** od daty rozpoczęcia świadczenia usług zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny prac zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. Nr 180, poz. 1860) oraz art. 237 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 ze zm.).

***5***

***Przyjmujący zamówienie*** oświadcza, że nie ciążą nad nim wyroki Sądów Powszechnych ani sądów zawodowych, a w chwili zawierania Umowy nie toczy się przeciwko niemu żadne postępowanie przygotowawcze, które mają lub mogą mieć wpływ na możliwość wykonywania niniejszej umowy.

***6***

1. ***Przyjmujący zamówienie*** oświadcza, że:
   1. posiada stosowne kwalifikacje i uprawnienia do świadczenia usług, o których mowa w 2.
   2. spełnia wymogi prawem określone do prowadzenia działalności medycznej jako podmiot gospodarczy.
   3. zobowiązuje się do dołożenia należytej staranności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej Umowy.
2. ***Przyjmujący zamówienie*** ma obowiązek przedstawienia dokumentów potwierdzających prawdziwość oświadczeń wskazanych w ust. 1 pkt. 1 i pkt. 2 powyżej, a ich kopie zostaną dołączone do egzemplarzy umowy przeznaczonych dla ***Udzielającego zamówienie***.

***7***

1. ***Przyjmujący zamówienie*** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej według metod i zasad obowiązujących   
   w ***Zespole***.
2. ***Przyjmujący zamówienie*** ponosi odpowiedzialność za szkodę, jaką wyrządzi ***Udzielającemu zamówienie*** w związku z niewłaściwym sporządzaniem dokumentacji medycznej związanej z realizowanymi przez siebie usługami.
3. Tylko prawidłowo wypełniona dokumentacja pacjenta stanowi podstawę do zapłaty za wykonane usługi.
4. Dokumentacja medyczna pacjentów przechowywana jest w ***Zespole***.

***8***

***Przyjmujący zamówienie*** zobowiązuje się w trakcie realizacji zamówienia do przestrzegania obowiązujących przepisów prawnych, BHP, przeciwpożarowych, ochrony radiologicznej oraz wewnętrznych regulaminów i zarządzeń, a także procedur związanych z systemem zarządzania jakością, z wyjątkiem ustaleń inaczej uregulowanych w niniejszej umowie.

***9***

Dla realizacji Umowy ***Zespół*** zobowiązuje się do dołożenia wszelkich starań by zapewnić ***Przyjmującemu zamówienie*** pełny i nieodpłatny dostęp do środków i aparatury niezbędnych do wykonywania niezakłóconej działalności w zakresie czynności objętych Umową.

***10***

* 1. Za szkodę zawinioną powstałą z nierzetelnego wypełniania postanowień umowy ***Przyjmujący zamówienie*** odpowiada na zasadach określonych prawem zarówno w stosunku do ***Udzielającego zamówienie*** jak i osób trzecich.
  2. Za szkodę zawinioną powstałą z nierzetelnego wypełniania postanowień umowy ***Udzielający zamówienie*** odpowiada na zasadach określonych prawem zarówno w stosunku do ***Przyjmującego zamówienie*** jak i osób trzecich.
  3. Ryzyko niezawinione lub bez określonej i udowodnionej winy którejś ze stron z wyłączeniem ust. 1 i 2 z wykonania umowy wobec osób trzecich strony ponoszą solidarnie.

***11***

1. ***Udzielający zamówienie*** zastrzega sobie prawo kontroli jakości udzielanych świadczeń.
2. ***Przyjmujący zamówienie*** zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub organ założycielski ***Udzielającego zamówienie*** w zakresie obejmującym realizację usług świadczonych w oparciu o niniejszą umowę.

***12***

1. Niniejsza Umowa zawarta jest na czas określony **od ………………. do …………………. .**
2. Umowa wygasa, gdy zajdą okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają dalsze wykonywanie Umowy.

***13***

Umowa może być wypowiedziana przez ***Udzielającego zamówienie*** ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:

1. Rażącego naruszenia przez ***Przyjmującego zamówienie*** warunków Umowy,
2. Popełnienia przez ***Przyjmującego zamówienie*** w czasie trwania Umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalszą realizację Umowy, jeżeli zostało ono stwierdzone prawomocnym wyrokiem,
3. Utraty przez ***Przyjmującego zamówienie*** uprawnień koniecznych dla realizacji Umowy.

***14***

Strony mogą rozwiązać Umowę z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

***15***

1. ***Udzielający zamówienie*** będzie dokonywać zapłaty za świadczenia zdrowotne udzielone przez ***Przyjmującego zamówienie***,z zachowaniem należytej jakości, według cennika zawartego w załączniku do Umowy zatytułowanym: ***Cennik Usług***.
2. ***Przyjmujący zamówienie*** otrzymuje należność z tytułu realizacji przedmiotu Umowy według przedstawionego co miesiąc rachunku/faktury za miesiąc poprzedni – dostarczonego w terminie do 12 dnia miesiąca następnego, po zrealizowaniu wszystkich usług rozliczanego okresu.
3. Okresem rozliczeniowym dla niniejszej umowy, za który ***Przyjmujący zamówienie*** wystawia rachunek/fakturę, jest miesiąc kalendarzowy.
4. Kolejne okresy rozliczeniowe winny być rozliczane odrębnymi rachunkami/fakturami.
5. ***Udzielający zamówienie*** dopuszcza możliwość wystawienia i dostarczenia rachunku/faktury przez ***Przyjmującego zamówienie*** przed zakończeniem miesiąca rozliczeniowego, w którym usługi zostały zrealizowane, jeżeli świadczenie usług w tym miesiącu zostało zakończone.
6. Należności realizowane w oparciu o ust. 2 będą regulowane przelewem na konto ***Przyjmującego zamówienie,*** w terminie do …. dni od momentu przedłożenia ***Udzielającemu zamówienie*** rachunku/faktury, wraz z dołączonymi ***Wykazami wykonanych usług***, według wzorów/-u stanowiących załączniki do Umowy na wskazane przez ***Przyjmującego zamówienie*** konto.
7. W przypadku przekroczenia przez ***Przyjmującego zamówienie*** terminu, o którym mowa w ust. 2, ***Udzielającego zamówienie*** przestaje obowiązywać termin ….. dni od daty złożenia rachunku/faktury u Udzielającego zamówienie na realizację rachunku/faktury i w jego miejsce obowiązywać będzie termin 60 dniowy z zachowaniem zasady dokonywania płatności w ostatnich dniach przysługującego ***Przyjmującemu zamówienie*** terminu.
8. W razie zwłoki w uiszczeniu przez ***Udzielającego zamówienie*** kwot należności wynikających z umowy, ***Przyjmującemu zamówienie*** przysługują odsetki w wysokości ustawowej.

***16***

1. Żadna ze stron nie może ujawnić treści niniejszej umowy osobom trzecim bez zgody drugiej strony, z wyłączeniem sytuacji, gdy obowiązek ten wynika z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, albo z prawomocnego orzeczenia sądu lub organu administracji, a także w związku z korzystaniem przez stronę z pomocy prawnej.
2. ***Przyjmujący zamówienie*** zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji organizacyjnych oraz wszelkich innych ustaleń dotyczących ***Udzielającego zamówienie*** niepodanych do wiadomości publicznej.
3. ***Przyjmujący zamówienie*** zobowiązuje się ponadto do:
   1. uczestniczenia w zaznajomieniu przez **Inspektora Ochrony Danych *Udzielającego zamówienie*** z przepisami o ochronie danych osobowych oraz z zasadami środowiska informatycznego ***Udzielającego zamówienie*,**
   2. zachowania w tajemnicy wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z realizacją umowy, a w szczególności danych osobowych, w tym dotyczących pacjenta,
   3. przestrzegania przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób 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),
   4. przestrzegania ustanowionych u ***Udzielającego zamówienie*** zasad zapewnienia bezpieczeństwa danych i środowiska informatycznego ***Udzielającego zamówienie***,
   5. przestrzegania standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez ***Udzielającego zamówienie*** i procedur NFZ.
4. ***Przyjmujący zamówienie*** przyjmuje do wiadomości, że zostanie upoważniony do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji umowy i wpisany do ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych ***Udzielającego zamówienie*.**
5. Obowiązek zachowania tajemnicy nie pozostaje w sprzeczności z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”

***17***

1. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Strony zobowiązują się do zawarcia aneksu zmieniającego zasady wynagradzania ***Przyjmującego zamówienie*** za wykonywanie niniejszej umowy w przypadku, gdy zmianie ulegnie sposób lub zakres finansowania przez publicznego płatnika świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową. Aneks zmieniający powinien zostać zawarty przed wejściem w życie nowych zasad rozliczeń ***Udzielającego*** ***zamówienia*** z publicznym płatnikiem.

***18***

W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową stosuje się przepisy *Kodeksu Cywilnego*.

***19***

Spory mogące wyniknąć z realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez sąd właściwy rzeczowo dla siedziby ***Udzielającego zamówienie***.

***20***

Integralną część umowy stanowią załączniki:

1. Przedmiot umowy,
2. Zasady realizacji usług,
3. Cennik Usług,
4. Wykaz Wykonanych Usług Ambulatoryjnych,
5. Wzór/-y wykazu wykonanych usług.

***21***

Umowę sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

***Udzielający zamówienie Przyjmujący zamówienie***

# Przedmiot Umowy

**załącznik do umowy nr ……………………o świadczenie usług medycznych**

**zawartej pomiędzy:**

**SZOZnMiD w Poznaniu a   
……………………………………………………….**

**Zakres świadczeń udzielanych Pacjentowi *Przyjmującemu zamówienie* w ramach Umowy Nr ……………….. o świadczenie usług medycznych z zakresu ……………………..:**

1. Wykonanie wszystkich czynności fachowych związanych z działalnością ***Zespołu***w zakresie ………………… na terenie ***Zespołu***.
2. Znajomość i stosowanie zasad przyjmowania ***Pacjenta Zespołu*** do leczenia zgodnie z regułami ustalonymi przez ***Zespół***.
3. Wybór i uzgodnienie z pacjentem właściwej metody leczenia.
4. Znajomość historii choroby pacjenta ***Przyjmującego zamówienie***, nad którym sprawuje opiekę.
5. Dokonywanie wpisów do dokumentacji pacjenta ***Przyjmującego zamówienie*** zgodnie z zasadami obowiązującymi w ***Zespole*** oraz obowiązującymi przepisami prawa.
6. Przygotowywanie dokumentów koniecznych do rozliczenia leczenia ***Pacjenta Zespołu***z Narodowym Funduszem Zdrowia.
7. Wykonywanie niezbędnych czynności medycznych pacjentowi ***Przyjmującego zamówienie***.
8. Udział w koordynacji działań służb medycznych i administracyjnych ***Zespołu*** w celu zoptymalizowania jakości procesu leczniczego pacjenta ***Przyjmującego zamówienie***.
9. Wykonywanie czynności leczniczych zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

**Udzielający zamówienie Przyjmujący zamówienie**

# Zasady Realizacji Usług

**załącznik do umowy nr ……………………..o świadczenie usług medycznych**

**zawartej pomiędzy:**

**SZOZnMiD w Poznaniu a   
……………………………………………………**

Strony postanawiają wprowadzić następujące zasady:

### Zasady ogólne:

1. Ilość realizowanych w ramach niniejszej umowy usług, za wykonanie których ***Udzielający zamówienie*** zobowiązuje się zapłacić ***Przyjmującemu zamówienie***, może być ograniczona limitami - w przypadku ustalenia limitów umowa zawiera dodatkowy załącznik zatytułowany WYKAZ LIMITÓW,
2. ***Przyjmujący zamówienie*** zobowiązuje się uzgadniać czynności wykonywane na podstawie niniejszej umowy z ***Koordynatorem Miejsca Świadczenia Usług***,

### Szczegółowe postanowienia w zakresie usług realizowanych w ambulatorium:

1. w ogólnej liczbie porad w przeliczeniu kwartalnym min. 25 % powinno być porad pierwszorazowych,
2. ***Udzielający zamówienie*** zapłaci ***Przyjmującemu zamówienie*** za każdego pacjenta zgłaszającego się do poradni na zasadach komercyjnych na zasadach analogicznych do płatności za pacjentów legitymujących się ubezpieczeniem w NFZ – pacjenci komercyjni nie umniejszają limitu, o którym mowa w ust.1),
3. strony dopuszczają możliwość zmiany określonego w umowie limitu usług ambulatoryjnych o ile wyrażą na to zgodę ***Przyjmujący zamówienie*** oraz w imieniu ***Udzielającego zamówienie*** *Koordynator Miejsca Świadczenia Usług*.
4. zgoda, o której mowa w punkcie poprzedzającym winna być wyrażona na piśmie i załączona do rachunku/faktury wystawianego przez ***Przyjmującego zamówienie.***
5. ***Przyjmujący zamówienie*** będzie dokonywać zapłaty za zleconą ***Udzielającemu zamówienie*** lub obciążającą ***Udzielającego zamówienie*** diagnostykę, na podstawie zestawień sporządzanych według aktualnie obowiązującego Szpitalnego Cennika Usług oraz faktur przesłanych przez jednostki zewnętrzne za badania zlecone przez ***Przyjmującego zamówienie*** na zewnątrz,
6. zapisy pkt. 7) nie obejmują diagnostyki, za którą ***Udzielający zamówienie*** otrzymuje zapłatę na podstawie odrębnych umów z innych źródeł finansowania,
7. ***Udzielający zamówienie*** obciąży ***Przyjmującego zamówienie*** z tytułu realizacji zapisu zawartego w pkt. 7), wystawiając fakturę do 15 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni,
8. w razie zwłoki w uiszczeniu przez ***Przyjmującego zamówienie*** kwot należności wynikających z umowy, ***Udzielającemu zamówienie*** przysługują odsetki w wysokości ustawowej.

**Udzielający zamówienie Przyjmujący zamówienie**

# Wykaz Limitów

**załącznik do umowy nr ……………………………o świadczenie usług medycznych**

**zawartej pomiędzy:**

**SZOZnMiD w Poznaniu a   
………………………………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa Usługi | Opis limitu | Wielkość | Start pierwszego cyklu | Cykl\* |
| 1. | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej  przez NFZ | Minimalna ilość punktów zrealizowanych w ***………………***w ramach kontraktu Udzielającego zamówienie z NFZ  w okresie od 05.07.2019 r. - do 31.07.2019r. | …………… pkt. | 05-07-2019 | 0 |
| 2. | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej  przez NFZ | Minimalna ilość punktów zrealizowanych w ***………………***w ramach kontraktu Udzielającego zamówienie z NFZ | …………… pkt. | 01-08-2019 | 1 |

*\*) Cykl - oznacza długość kolejnych okresów rozliczeniowych, dla których ustalono limit, podaną w miesiącach*

**Uwaga**: ***Udzielający zamówienie*** zaznacza, że ilość punktów, za które zapłaci ***Przyjmującemu zamówienie*** to ilość wykonanych punktów danego okresu rozliczeniowego z uwzględnieniem ewentualnych zmian wykazanych przez NFZ w miesiącach poprzednich.

***Udzielający zamówienie*** ma prawozmienić w danym okresie rozliczeniowym ***Przyjmującemu zamówienie*** limit dla danej usługi o czym poinformuje go pisemnie za pośrednictwem Sekcji Analiz i Rozliczeń.

**Udzielający zamówienie** **Przyjmujący zamówienie**

# Cennik Usług

**załącznik do umowy nr ……………………o świadczenie usług medycznych**

**zawartej pomiędzy:**

**SZOZnMiD w Poznaniu a   
……………………………………………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa usługi** | **Stawka** |
| **1** | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ w ***Poradni ………………………*** | ………………. zł |

**Uwaga**: Wszystkie ewentualne limity ograniczające ilość wykonywanych usług wymienionych w powyższym cenniku,   
o ile zostały określone, znajdować się powinny w załączniku do Umowy zatytułowanym Wykaz Limitów

**Udzielający zamówienie** **Przyjmujący zamówienie**

# Wykaz Wykonanych Usług Ambulatoryjnych

**załącznik do umowy nr …………………………. o świadczenie usług medycznych**

**zawartej pomiędzy:**

**SZOZnMiD w Poznaniu a   
…………………………………………………………….**

**Wzór**

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

*Pieczęć Przyjmującego zamówienie*

**Wykaz wykonanych usług w miesiącu: ....................., w poradni\*: ............................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wartość rozliczana** | | **Ilości** |
| **1.** | Minimalny Limit punktów dla ubezpieczonych w NFZ określony w umowy | |  |
| **2.** | Zrealizowane punkty | Ubezpieczeni w NFZ |  |
| Pacjenci komercyjni |  |
| **3.** | Suma punktów  *(Ubezpieczeni w NFZ + Pacjenci komercyjni)* | |  |
| **4.** | Wartość punktu | |  |
| **5.** | Wartość zrealizowanego kontraktu: *(suma punktów x wartość punktu)* | |  |

\*) – niniejszy wykaz należy sporządzić oddzielnie dla każdej poradni, w której udzielano usługi

Zatwierdzam

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

(*podpis i pieczęć Koordynatora Miejsca Świadczenia Usług*

*lub pracownik Sekcji Analiz i Rozliczeń)*

***Udzielający zamówienie Przyjmujący zamówienie***