ZAŁĄCZNIK NR 2

do Specyfikacji istotnych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne wszczętego Zarządzeniem Dyrekcji SZOZnMiD w Poznaniu nr DN – 021 – 3 – 67/21

Projekt

UMOWA NR «NRUMOWY»

o świadczenie specjalistycznych usług medycznych z zakresu: NEONATOLOGIA

Zawarta w dniu «DataZaw» roku w Poznaniu pomiędzy

Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu,

prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

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

Dyrektora Naczelnego – Izabelę Marciniak

zwanym dalej "***Udzielającym zamówienie"***

a

«Imię» «Nazwisko» prowadzącym działalność gospodarczą pod nazwą firmy: «NazwaFirmy»

adres: «Adres», «KodPocztFir» «Miasto»

prowadzącym działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach, wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem ewidencyjnym: «NrRejestrowy», posiadającym nr NIP «NIP»

zwanym dalej "***Przyjmującym zamówienie"***

na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2021.711 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 ***Przyjmujący zamówienie*** przyjmuje zlecenie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie NEONATOLOGII. Szczegółowy zakres świadczeń zamieszczony jest w załączniku do niniejszej umowy zatytułowanym ***PRZEDMIOT UMOWY***.
2. Miejscem udzielania ww. świadczeń zdrowotnych jest ***Zespół***.

§ 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 ***Przyjmującego 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 z ust. 4 ***Przyjmujący zamówienie*** zapewni zastępstwo.
6. W przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust. 5 na ***Przyjmujący zamówienie*** spoczywa obowiązek wykazania przed ***Udzielającym zamówienie*** 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 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2019.866), wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, 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.

2. **Przyjmujący zamówienie** ma obowiązek poddania się kontroli uprawnionych podmiotów kontrolujących **Udzielającego zamówienia**, w szczególności **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się poddać kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie realizowanych przez niego świadczeń stanowiących przedmiot niniejszej umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez **Udzielającego zamówienie** z NFZ.

§ 12

1. Niniejsza Umowa zawarta jest na czas określony **od «DataRozp» r. do «DataZakon» r.**
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 prawidłowo wystawionego rachunku/faktury za miesiąc poprzedni – dostarczonego w terminie do 12 dnia miesiąca następnego, po zrealizowaniu wszystkich usług rozliczanego okresu.
3. Warunkiem uiszczenia wynagrodzenia za wykonywanie umowy w danym miesiącu jest prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej przez ***Przyjmującego zamówienie***, w zakresie świadczeń zdrowotnych, objętych fakturą.
4. Okresem rozliczeniowym dla niniejszej umowy, za który ***Przyjmujący zamówienie*** wystawia rachunek/fakturę, jest miesiąc kalendarzowy.
5. Kolejne okresy rozliczeniowe winny być rozliczane odrębnymi rachunkami/fakturami.
6. ***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.
7. 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.
8. 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.
9. W razie zwłoki w uiszczeniu przez ***Udzielającego zamówienie*** kwot należności wynikających z umowy, ***Przyjmującemu zamówienie*** przysługują odsetki w wysokości ustawowej za opóźnienie.

§ 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:
   a. uczestniczenia w zaznajomieniu przez **Inspektora Ochrony Danych** ***Udzielającego zamówienie*** z przepisami o ochronie danych osobowych oraz z zasadami środowiska informatycznego ***Udzielającego zamówienie,***
   b. zachowania w tajemnicy wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z realizacją umowy, a w szczególności danych osobowych, w tym dotyczących pacjenta,
   c. 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),
   d. przestrzegania ustanowionych u ***Udzielającego zamówienie*** zasad zapewnienia bezpieczeństwa danych i środowiska informatycznego ***Udzielającego zamówienie,***
   e. 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) WZÓR/-Y WYKAZU WYKONANYCH USŁUG.

§ 21

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

Udzielający zamówienie ***Przyjmujący zamówienie***

Radca Prawny
Ewelina [illegible]ska

PRZEDMIOT UMOWY

załącznik do umowy nr «NrUmowy» o świadczenie specjalistycznych usług medycznych zawartej pomiędzy:
SZOZnMiD w Poznaniu
a
«NazwaFirmy»

Zakres świadczeń udzielanych Pacjentowi Przyjmującego zamówienia w ramach Umowy nr «NrUmowy» o świadczenie usług medycznych z zakresu NEONATOLOGIA:

1. Wykonanie wszystkich czynności fachowych związanych z działalnością ***Zespołu*** w zakresie NEONATOLOGII 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 ***Udzielającego 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. Niezbędny nadzór nad stanem zdrowia pacjenta ***Przyjmującego zamówienie*** w trakcie jego pobytu w ***Zespole***.
8. Wykonywanie niezbędnych czynności medycznych ***Pacjentowi Udzielającego zamówienie***.
9. Kontrola stanu zdrowia ***Pacjenta Przyjmującego zamówienie***.
10. Udział w koordynacji działań służb medycznych i administracyjnych ***Zespołu*** w celu zoptymalizowania jakości procesu leczniczego pacjenta ***Przyjmującego zamówienie***.
11. Wykonywanie czynności leczniczych zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

Udzielający zamówienie ***Przyjmujący zamówienie***

ZASADY REALIZACJI USŁUG

załącznik do umowy nr «NrUmowy» o świadczenie specjalistycznych usług medycznych zawartej pomiędzy:
SZOZnMiD w Poznaniu
a
«NazwaFirmy»

Strony postanawiają wprowadzić następujące zasady szczegółowe:

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***,
3) Usługa, której realizacja odbywa się w ostatnim dniu danego miesiąca i w sposób nieprzerwany kontynuowana jest w pierwszym dniu miesiąca następnego zaliczyć należy do miesiąca, w którym ich realizacja została rozpoczęta,
4) Usługi, o których mowa w pkt. 3) wchodzą w limit miesiąca, do którego zostały zaliczone,

Szczegółowe postanowienia w zakresie usług realizowanych w Zespole:

5) Dokonując czynności rozliczeniowych ***Przyjmujący zamówienie*** dokonuje rozróżnienia na godziny kontraktu zrealizowane w dzień powszedni i godziny zrealizowane w dzień świąteczny:
   a) do godzin świątecznych zaliczyć należy wszystkie godziny realizacji kontraktu przypadające w sobotę, niedzielę i święta oraz godziny mieszczące się w przedziale od 24.00 do 07.00 w dzień powszedni, jeżeli godziny te stanowią kontynuację godzin kontraktowych realizowanych w dzień poprzedni a dzień ten był dniem świątecznym lub ustawowo wolnym od pracy,
   b) do godzin zrealizowanych w dzień powszedni zaliczyć należy godziny realizacji kontraktu przypadające w wszystkie dni powszednie oraz w sobotę, święta i inne dni ustawowo wolne od pracy od godziny 24.00 do 07.00, jeżeli godziny te stanowią kontynuację godzin kontraktowych realizowanych w dzień poprzedni, który był dniem powszednim.

Udzielający zamówienie ***Przyjmujący zamówienie***

CENNIK USŁUG

załącznik do umowy nr «NrUmowy» o świadczenie specjalistycznych usług medycznych zawartej pomiędzy:
SZOZnMiD w Poznaniu
a
«NazwaFirmy»

LP	Nazwa usługi	Stawka
1	Godziny w dni robocze Oddział od 7.00 do 15.00	
2	Godziny w dni robocze Oddział od 15.00 do 7.00	
3	Godziny w dni świąteczne	

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

załącznik do umowy nr «NrUmowy» o świadczenie specjalistycznych usług medycznych zawartej pomiędzy:
SZOZnMiD w Poznaniu
a
«NazwaFirmy»

Wzór

.....
(pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie)

Wykaz wykonanych usług w miesiącu .....

*Dni miesiąca**	*Godziny realizacji usług (od-do)*	*Ilość zrealizowanych godzin dni robocze: od 07.00 do 15.00*	*Ilość zrealizowanych godzin dni robocze: od 15.00 do 07.00*	*Ilość zrealizowanych godzin dni świąteczne*
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
Razem				

**) soboty, niedziele i inne dni świąteczne wyróżnić kolorem czerwonym*

Ilość godzina świadczenia usług w dni robocze: od 07.00 do 15.00 - .....

Ilość godzina świadczenia usług w dni robocze: od 15.00 do 07.00 - .....

Ilość godzina świadczenia usług w dni świąteczne: - .....

Zatwierdzam

.....
(podpis i pieczęć Koordynatora Miejsca Świadczenia Usług)

Udzielający zamówienie ***Przyjmujący zamówienie***