

Umowa Nr

o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

zawarta na podstawie przepisu art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 11.112. 654 ze zm.), w dniuroku w oparciu o postępowanie konkursowe z dniaroku, pomiędzy:

• Szpitalem Dziecięcym Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku sp. z o.o., 80-308 Gdańsk, ul. Polanki 119, reprezentowanym przez :

1.
2.

zwanym dalej Udzielającym zamówienie

a

• Panem/ Panią, zam., prowadzącym praktykę lekarską pod nazwą, NIP, REGON, wpisaną do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich pod numerem oraz do ewidencji działalności gospodarczej pod numerem prowadzonej przez, zwanym dalej „Przyjmującym Zamówienie”

§ 1.

„Udzielający Zamówienie” powierza prowadzenie samodzielnej opieki lekarskiej pacjenta wentylowanego mechanicznie w warunkach domowych –, zam.

§ 2.

1. Świadczenia zdrowotne będą udzielane w miejscu zamieszkania pacjenta.
2. Dojazd do pacjenta, o których mowa w § 1 następuje środkiem transportu „Przyjmującego Zamówienie” i na jego koszt.

§ 3.

„Przyjmujący Zamówienie” oświadcza, że posiada kwalifikacje zawodowe:

- 1) prawo wykonywania zawodu:
- 2) dokument uprawniający do działania jako:

§ 4.

1. „Przyjmujący Zamówienie” zobowiązuje się do:

- 1) rzetelnego wykonywania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem wiedzy medycznej, umiejętności zawodowych oraz z uwzględnieniem postępów w medycynie – nie rzadziej niż 1 raz w tygodniu przez 1,5 godziny,
 - 2) przestrzegania standardów udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 3) pozostawania w stałej dostępności pod telefonem – gotowości do udzielania świadczeń
 - 4) starannego prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej pacjentów na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem czytelnego sporządzania informacji o istotnych i ważnych problemach medycznych,
 - 5) prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej,
 - 6) przestrzegania praw pacjenta i przepisów dotyczących ochrony danych osobowych,
 - 7) w terminie do 5-go każdego następnego miesiąca przedkładać druk recepty potwierdzający wykonanie świadczenia – do Sekcji Statystyki Medycznej „Udzielającego Zamówienie”.
2. „Przyjmujący Zamówienie” zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanych przez „Udzielającego Zamówienie”, jak i przez NFZ, w zakresie sposobu realizacji niniejszej umowy.
3. „Przyjmujący Zamówienie” ponosi odpowiedzialność za wykonywane zadania.
4. Dokumentacja medyczna, o której mowa w ust.1, pkt 4 będzie przechowywana w siedzibie „Udzielającego Zamówienie”.

§ 5.

„Przyjmujący Zamówienie” oświadcza, że:

- 1) stan jego zdrowia pozwala na wykonywanie zadania określonego niniejszą umową,
- 2) zna ryzyko zawodowe, które wiąże się z wykonywanym zadaniem oraz zna zasady ochrony przed zagrożeniami.

§ 6.

1. „Przyjmujący Zamówienie” w celu realizacji zadań, o których mowa w § 1, korzysta bezpłatnie z: aparatury i sprzętu medycznego będącego w użytkowaniu „Udzielającego Zamówienie”.
2. Korzystanie z wyżej wymienionych środków może odbywać się w zakresie niezbędnym do świadczenia zleconych umową świadczeń.
3. Konserwacja i naprawa sprzętu odbywa się na koszt „Udzielającego Zamówienie”.
4. W przypadku uszkodzenia lub zniszczenia aparatury lub sprzętu medycznego z winy „Przyjmującego Zamówienie”, „Udzielający Zamówienie” obciąży „Przyjmującego Zamówienie” pełną kwotą poniesionej naprawy.
5. „Przyjmujący Zamówienie” nie może wykorzystywać środków, o których mowa w ust. 1 na cele odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych, chyba że odpłatność wynika z uprawnień „Udzielającego Zamówienie” i jest przekazywana na jego konto.

§ 7.

1. „Przyjmujący Zamówienie” zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie i przedstawienia kserokopii polisy ubezpieczeniowej niezwłocznie, nie później jednak niż w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń.
2. „Przyjmujący Zamówienie” na okres urlopów lub przewidywanej niezdolności do wykonywania świadczeń, jest zobowiązany zapewnić na czas tych nieobecności zastępcę posiadającego kwalifikacje konieczne do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową. O fakcie ustanowienia zastępcy należy poinformować „Udzielającego Zamówienie” nie później niż na 14 dni przed terminem planowanej nieobecności i uzyskać jego zgodę.
3. W sytuacjach nagłych, niemożliwych do przewidzenia za „Przyjmującego Zamówienie” zastępcstwo pełnić będzie osoba wskazana przez „Udzielającego Zamówienie”, na warunkach obustronnie uzgodnionych.

§ 8.

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy realizacji zadań objętych niniejszą umową ponoszą solidarnie „Udzielający Zamówienie” i „Przyjmujący Zamówienie”.
2. „Przyjmujący Zamówienie” ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń objętych niniejszą umową zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

§ 9.

„Przyjmujący Zamówienie” zobowiązany jest do dostarczenia aktualnego zaświadczenia lekarskiego wystawionego przez Lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy. Koszty z tym związane pokrywa we własnym zakresie.

§ 10.

1. „Przyjmujący Zamówienie” za wykonane zadanie, o którym mowa w § 1 będzie otrzymywał wynagrodzenie brutto w wysokości: zł. (słownie:) za każdą dobę wykonanego zadania na rzecz pacjenta objętego opieką.
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 obejmuje koszty dojazdu do pacjenta oraz koszty rozmów telefonicznych.
3. W przypadkach nie wykonywania świadczeń, o których mowa w § 1, wynagrodzenie zostanie pomniejszone o wartość wskazaną w ust. 1 za każdą dobę nie wykonywania świadczeń.
4. „Przyjmujący Zamówienie” zobowiązany jest do comiesięcznego wystawiania rachunku za świadczone usługi w danym miesiącu i przedłożenia go „Udzielającemu Zamówienie” w terminie do 5-go następnego miesiąca po miesiącu wykonywania świadczeń, wraz z kartą wizyt w domu chorego stanowiącą załącznik do umowy.
5. Wynagrodzenie z tytułu realizacji niniejszej umowy wypłaca się, za miesiąc poprzedni, w terminie do 30 dni, licząc od daty złożenia poprawnie sporządzonego rachunku na konto wskazane przez „Przyjmującego Zamówienie”.
6. Nie zachowanie przez „Przyjmującego Zamówienie” terminu, o którym mowa w ust. 4 powoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia w dostarczeniu rachunku.
7. Przedstawienie rachunku sporządzonego w sposób nieprawidłowy i nierzetelny powoduje wstrzymanie płatności całości wynagrodzenia będącego przedmiotem niniejszej umowy.

§ 11.

„Przyjmujący Zamówienie” rozlicza się osobiście z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

§ 12.

1. Umowa niniejsza została zawarta na czas określony od dnia roku do dnia.....roku.
2. Umowa ulega rozwiązaniu :
 - 1) z upływem czasu, na który została zawarta,
 - 2) z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych,
 - 3) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia dokonanego na piśmie na koniec miesiąca kalendarzowego,
 - 4) wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

§ 13.

Zmiany do umowy mogą być wprowadzone w każdym czasie w formie pisemnego aneksu po uprzednich uzgodnieniach między stronami, z zastrzeżeniem przepisów art. 27, ust 5 ustawy o działalności leczniczej.

§ 14.

1. Prawa i obowiązki stron wynikające z umowy nie mogą być przeniesione na osoby trzecie, z zastrzeżeniem zapisów § 7 pkt. 3 i 4.
2. Strony umowy zobowiązane są do zachowania postanowień i treści umowy w tajemnicy.

§ 15.

Spory wynikłe w trakcie realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla siedziby „Udzielającego Zamówienie”.

§ 16.

W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy:

1. kodeksu cywilnego,
2. ustawy o działalności leczniczej
3. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

-----Projekt-----

§ 17.

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, w tym 1 egz. dla „Przyjmującego Zamówienie” i 2 egz. dla „Udzielającego Zamówienie”.

„Przyjmujący Zamówienie”

„Udzielający Zamówienie”

.....

.....

KARTA WIZYT W DOMU CHOREGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

Pesel

Telefon kontaktowy do zespołu długoterminowej opieki domowej.

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA

- 1) porady lekarskie w domu pacjenta nie mniej niż 1 raz w tygodniu oraz stała dostępność pod telefonem oraz
- 2) wizyty pielęgniarskie w domu pacjenta nie mniej niż 2 razy w tygodniu oraz stała dostępność pod telefonem oraz
- 3) wizyty fizjoterapeuty nie mniej niż 2 razy w tygodniu

[illegible]