Załącznik nr 2 do SWKO

***Wzór***

**UMOWA**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

zawarta w dniu **…………………..** w Ropczycach, pomiędzy:

Zespołem Opieki Zdrowotnej ul. Ks. Kard. Stefana Wyszyńskiego 54, 39-100 Ropczyce, reprezentowanym przez ………………………. zwanym w dalszej treści umowy **Udzielającym zamówienia**

**a**

Panią/Panem **……………………** zamieszkałą/ym **…………………** posiadającą prawo wykonywania zawodu numer **………….** wpisaną do rejestru indywidualnych praktyk prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą: **………………………………………….** wpisaną do **Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej** posiadającą REGON: **……………** NIP: **…………………..** zwaną w dalszej treści umowy **Przyjmującym zamówienie**

Umowa zawarta na podstawie Ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.)

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

**§ 1**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom **Udzielającego zamówienia** przez fizjoterapeutę posiadającego wymagane przepisami prawa kwalifikacje w zakresie **fizjoterapii**.
2. Zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Przyjmującego zamówienie określają umowy zawarte przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia.

**POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE**

***OBOWIĄZKI PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE***

**§ 2**

* 1. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że :

1. posiada wszelkie niezbędne dokumenty wymagane i uprawniające do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,
2. posiada znajomość obsługi sprzętu, aparatury medycznej oraz komputera i programów komputerowych udostępnionych przez **Udzielającego zamówienia,**

**2**. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w Zespole Fizjoterapeutów (obejmującym Szpital Powiatowy i Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy) **Udzielającego zamówienia** w dniach   
i godzinach ustalonych z **Udzielającym zamówienia** z dostępnością od poniedziałku do piątku w godzinach pomiędzy 7.00 a 17.00 oraz w soboty w godzinach pomiędzy 7.00 a 15.00.

**3**. Realizując świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy P**rzyjmujący zamówienie** zobowiązuje

się do:

1. przebywania w godzinach ustalonych niniejszą umową na terenie komórek organizacyjnych **Udzielającego zamówienia**, z wyłączeniem wypadków losowych, o których należy niezwłocznie zawiadomić koordynatora fizjoterapeutów lub dyrektora ZOZ lub jego zastępcę,
2. dokładnego, starannego i systematycznego sporządzania dokumentacji medycznej w formie papierowej   
   i elektronicznej oraz sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami   
   i uregulowaniami wewnętrznymi,
3. wykonywania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności zgodnie z zasadami sztuki oraz   
   z wykorzystaniem swoich kwalifikacji zgodnie z postępem wiedzy medycznej przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i innych środków **Udzielającego zamówienia** niezbędnych do udzielenia określonego świadczenia zdrowotnego zgodnie ze standardami określonymi przepisami prawa,
4. wykonania na własny koszt badań lekarskich i przedstawienia **Udzielającemu zamówienia** zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń, kserokopii orzeczenia lekarskiego z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych lub kserokopii książeczki badań sanitarno-epidemiologicznych zawierającej aktualne wpisy. W przypadku konieczności wykonania dodatkowych badań, wynikających z rodzaju wykonywanych czynności zobowiązuje się do pokrycia kosztów takich badań i wydania ewentualnych zaświadczeń,
5. wykonania we własnym zakresie i na własny koszt obowiązkowego przeszkolenia bhp, ppoż. w zakresie określonym Rozporządzeniem MGiP z dnia 27 lipca 2004r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa   
   i higieny pracy (Dz. U. z 2024, poz.1327 ze zm.) i przedstawienia **Udzielającemu zamówienia** stosownego zaświadczenia ukończenia kursu,
6. przestrzegania przepisów bezpieczeństwa, higieny pracy i przeciwpożarowych obowiązujących w ZOZ   
   w Ropczycach oraz uczestniczenia w szkoleniach z tego zakresu,
7. przestrzegania przepisów ustawy o ochronie danych osobowych, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, statutu, regulaminów oraz zarządzeń obowiązujących w ZOZ w Ropczycach,
8. dbania o mienie ZOZ w Ropczycach ze szczególnym uwzględnieniem mienia wykorzystywanego przy realizacji niniejszej umowy,
9. poddania się kontroli przeprowadzonej przez **Udzielającego zamówienia**, a po uzyskaniu zgody **Udzielającego zamówienia** poddania się kontroli innych organów i osób,
10. ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej na cały okres trwania niniejszej umowy a kopię każdej polisy ubezpieczeniowej dostarczyć **Udzielającemu zamówienia,**
11. współdziałania z innymi osobami realizującymi świadczenia zdrowotne oraz z kierownictwem **Udzielającego zamówienia**.
12. przestrzegania zasad wynikających z art. 3041 kp, w szczególności zapoznania się z ryzykiem zawodowym związanym z wykonywanymi czynnościami,
13. współdziałania z Udzielającym zamówienia w zakresie wdrażania, utrzymania i przestrzegania zasad systemu jakości ISO.

**4.** **Przyjmujący zamówienie** ma prawo do nieodpłatnej przerwy w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych   
na pisemny wniosek i po uzyskaniu zgody **Udzielającego zamówienia.**

**5.** **Przyjmujący zamówienie** składa wniosek o przerwę w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych **Udzielającemu zamówienia** z co najmniej 5-dniowym wyprzedzeniem.

**6.** Świadczenia zdrowotne będą udzielane przez **Przyjmującego zamówienie** osobiście.

**7.** **Przyjmujący zamówienie** może przenieść na osobę trzecią prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy   
w szczególnie uzasadnionych wypadkach, po uzyskaniu pisemnej zgody **Udzielającego zamówienia.**

**8.** Przeniesienie praw i obowiązków **Przyjmującego zamówienie** następuje na jego pisemny, uzasadniony wniosek.

**9.** **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania wymogów umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych podpisanej z NFZ przez **Udzielającego zamówienia**.

***OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE***

**§ 3**

1. **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się do:
2. terminowej wypłaty należności za wykonanie świadczeń zdrowotnych,
3. zapewnienia korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej, środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji niniejszej umowy,
4. zapewnienia ciągłego wykonywania badań diagnostycznych niezbędnych w obowiązujących procedurach medycznych,
5. zapewnienia druków związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej i statystyki,
6. zapewnienia korzystania z pomieszczeń do wykonywania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi wymogami dla pomieszczeń zakładów opieki zdrowotnej,
7. zapewnienia korzystania z pomieszczeń socjalnych ZOZ w Ropczycach,
8. konserwowania i naprawy sprzętu i aparatury medycznej oraz utrzymywania go w odpowiednim stanie technicznym.
9. **Udzielający zamówienia** ponosi odpowiedzialność za stan sanitarny pomieszczeń, w których udzielane   
   są świadczenia zdrowotne, pomieszczeń socjalnych oraz stan sanitarny sprzętu i środków medycznych oraz utylizację odpadów powstających w trakcie realizacji umowy.

***ZASADY USTALANIA ZAPŁATY ZA WYKONANE***

***ŚWIADCZENIA ZDOROWOTNE I TERMINY ICH REALIZACJI***

**§ 4**

1. Za wykonane przez **Przyjmującego zamówienie** w danym okresie rozliczeniowym świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową przysługują następujące stawki wynagrodzenia brutto brutto w kwocie: ……….. za 1 godzinę udzielonych świadczeń zdrowotnych.
2. Z tytułu wykonania świadczeń zdrowotnych **Przyjmującemu zamówienie** przysługuje wynagrodzenie miesięczne w kwocie stanowiącej iloczyn udokumentowanej liczby godzin udzielonych świadczeń zdrowotnych i stawki   
   za 1 godzinę.
3. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.
4. Podstawą wystawienia rachunku/faktury jest miesięczny wykaz wykonanych świadczeń zdrowotnych   
   z uwzględnieniem ust. 1, zatwierdzony odpowiednio przez koordynatora fizjoterapeutów.
5. Rachunek/fakturę za miesiąc, za który ma zostać wypłacona należność, **Przyjmujący zamówienie** składa **Udzielającemu zamówienia** w terminie do dwunastego dnia kalendarzowego następnego miesiąca. Zapłata nastąpi nie wcześniej niż 20 dnia i nie później niż 28 dnia kalendarzowego miesiąca następującego po miesiącu, za który ma zostać wypłacona należność na konto numer wskazane przez **Przyjmującego Zamówienie**.
6. Ewidentnie nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej lub kwalifikowanie procedur medycznych niezgodnie z obowiązującymi wymogami płatnika skutkujące zakwestionowaniem przez NFZ świadczenia zdrowotnego w części lub w całości może skutkować obniżeniem wynagrodzenia **Przyjmującego zamówienie**   
   w kolejnym okresie rozliczeniowym.
7. Wszelkie kary nałożone na **Udzielającego zamówienia** przez NFZ związane z nieprawidłowym wykonywaniem świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy rzez **Przyjmującego zamówienie** w całości obciążają **Przyjmującego Zamówienie.**
8. Z zastrzeżeniem ust. 14 **Przyjmujący zamówienie** osobiście rozlicza się z tytułu podatków związanych   
   z uzyskiwanymi z niniejszej umowy dochodami oraz z tytułu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
9. W przypadku uznania **Przyjmującego zamówienie** (lub osób, którymi się posługuje przy wykonywaniu niniejszej umowy) za pracownika **Udzielającego zamówienie** w rozumieniu art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1230) z kwoty wynagrodzenia określonej w ust. 1 **Udzielający zamówienia** od przychodów uzyskanych na podstawie niniejszej umowy dokonuje potrącenia należnych składek   
   na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne zarówno w części płaconej przez pracownika jak również w części płaconej przez pracodawcę. Powyższa zasada odnosi się do innych przypadków określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, w których **Udzielający zamówienia** jest zobowiązany do naliczania należności o charakterze publicznoprawnym.

***TERMIN OBOWIĄZYWANIA, ZMIANA I ROZWIĄZANIE UMOWY***

**§ 5**

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia **01.04.2025 r.** do dnia **31.03.2027 r**.
2. Zmiana umowy następuje w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Umowa ulega rozwiązaniu:

1) po upływie okresu na który została zawarta,

2) za pisemnym porozumieniem stron umowy w uzgodnionym terminie.

**4**. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania umowy na piśmie za 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia.

**5.** **Udzielający zamówienie** może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia z powodu:

1) ograniczenia przez **Przyjmującego zamówienie** dostępności udzielanych świadczeń,

2) nieodpowiedniej jakości usług świadczonych przez **Przyjmującego zamówienie**,

3) nieterminowego przekazywania przez **Przyjmującego zamówienie** wymaganych sprawozdań,

4) utraty uprawnień do wykonywania zawodu przez **Przyjmującego zamówienie**,

5) popełnienia przez **Przyjmującego zamówienie** w czasie trwania umowy przestępstwa uniemożliwiającego dalsze wykonywanie świadczeń zdrowotnych,

6) nie doręczenia przez **Przyjmującego zamówienie** w ciągu 14 dni od podpisania niniejszej umowy kopii polisy ubezpieczenia OC lub nie dostarczenia kopii nowej polisy tego ubezpieczenia w przypadku upływu terminu obowiązywania poprzedniej polisy,

7) innego rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy

***KONTROLA***

**§ 6**

**1**. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się poddać kontroli ze strony **Udzielającego zamówienia**, osób przez niego upoważnionych oraz ze strony podmiotu kontrolującego **Udzielającego zamówienia** w szczególności   
w zakresie:

1) rodzaju, sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,

2) prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej,

3) przestrzegania przepisów bhp, ppoż. i innych wynikających z obowiązujących przepisów prawa, regulaminów   
i zarządzeń **Udzielającego zamówienia.**

**2.** Zasady i warunki kontroli pod względem formalnym i merytorycznym określają obowiązujące przepisy i umowy **Udzielającego zamówienia** zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia.

***ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SZKODĘ***

**§ 7**

Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie **Udzielający zamówienia** i **Przyjmujący zamówienie** zgodnie z art. 27 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 poz. 799).

**§ 8**

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
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.**
4. Strony wzajemnie upoważniają się do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji niniejszej Umowy, jednocześnie zobowiązując się do ich przetwarzania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

***POZOSTAŁE POSTANOWIENIA***

**§ 9**

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r.   
   o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 poz. 799).
2. Spory wynikające z niniejszej umowy strony będą rozstrzygały w drodze negocjacji, a w przypadku braku porozumienia spory rozstrzyga właściwy miejscowo dla **Udzielającego zamówienia** sąd powszechny.
3. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla **Przyjmującego zamówienie** dwa dla **Udzielającego Zamówienie.**

**Przyjmujący Zamówienie Udzielający Zamówienia**