

Znak sprawy: M/3/19/2023

Załącznik nr 3 do SWKO

UMOWA ZLECENIE NR/2023

zawarta w dniu 2023 r. pomiędzy:

- 109 Szpitalem Wojskowym z Przychodnią Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Szczecinie, ul. Piotra Skargi 9-11, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Szczecinie pod numerem 2667, zwanym w dalszej części umowy **ZLECENIODAWCĄ**, reprezentowanym przez

Komendanta – plk mgr Krzysztofa JURKOWSKIEGO

a

- Panią/em

Zwaną/ymw dalszej części umowy **ZLECENIOBIORCĄ**.

§ 1

Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie przez ZLECENIOBIORCĘ na rzecz ZLECENIODAWCY całodobowych świadczeń pielęgniarских w siedzibie ZLECENIODAWCY ze szczególnym uwzględnieniem Oddziału w dniach i godzinach ustalonych przez strony.

§ 2

1. Harmonogram wykonywanych czynności określa ZLECENIODAWCA w porozumieniu ze ZLECENIOBIORCĄ.
2. Każdorazowa zmiana ustalonego harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych wymaga zgody obydwu stron.

§ 3

ZLECENIOBIORCA oświadcza, że posiada odpowiednie wykształcenie oraz kwalifikacje uprawniające go do wykonania przedmiotu niniejszej umowy, na dowód, czego przedkłada oryginały, a załącza kopie stanowiące załączniki do niniejszej umowy.

§ 4

1. ZLECENIOBIORCA zobowiązuje się wykonywać przedmiot umowy zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami oraz ze szczególną starannością.
2. ZLECENIOBIORCA zobowiązuje się przestrzegać obowiązujących u ZLECENIODAWCY przepisów sanitarnych, BHP, PPOŻ, a także wewnętrznych przepisów regulujących działalność ZLECENIODAWCY, wydanych w formie zarządzeń lub rozkazów Komendanta oraz dokumentów Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

3. ZLECENIOBIORCA zobowiązuje się do posiadania:

- a) aktualnej polisy OC,
- b) aktualnego orzeczenia lekarskiego oraz orzeczenia do celów sanitarno - epidemiologicznych,
- c) aktualnego szkolenia BHP.

§ 5

Dla zapewnienia realizacji niniejszej umowy ZLECENIODAWCA zobowiązuje się zapewnić:

1. nieodpłatnie pomieszczenie do wykonywania usługi wraz z niezbędnym wyposażeniem,
2. nieodpłatnie leki i materiały jednorazowe oraz środki opatrunkowe niezbędne do wykonywania usługi,
3. dostęp do dokumentacji medycznej, mającej związek z realizacją niniejszej umowy.

§ 6

ZLECENIOBIORCA ponosi pełną odpowiedzialność za szkody powstałe z jego przyczyny w mieniu lub sprzęcie ZLECENIODAWCY.

§ 7

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony **od do**
2. Strony mogą rozwiązać umowę z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, a także w drodze porozumienia stron bez zachowania tego okresu.
3. Termin oznaczony w miesiącach kończy się z upływem dnia, który nazwą lub datą odpowiada początkowemu dniowi terminu, a gdyby takiego dnia w ostatnim miesiącu nie było – w ostatnim dniu tego miesiąca.
4. ZLECENIODAWCA wskazuje, że integralną część niniejszej umowy stanowi Załącznik do Decyzji Nr 145/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie zasad postępowania w kontaktach z wykonawcami, do przestrzegania których ZLECENIOBIORCA się zobowiązuje.
5. ZLECENIODAWCA jest uprawniony do rozwiązania niniejszej umowy z powodu zawinionego podjęcia przez ZLECENIOBIORCĘ działań określonych w decyzji jako niedopuszczalne.
6. Zleceniobiorca zobowiązany jest w trakcie umowy jak i po jej ukończeniu do:
 - zachowania tajemnicy i poufności w zakresie dokumentacji medycznej, danych osobowych, oraz wszelkich informacji uzyskanych przy wykonywaniu niniejszej umowy, dotyczących tak ZLECENIODAWCY, jak jego pacjentów, a także do ścisłego przestrzegania przepisów dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej;
 - ochrony wszelkich danych, w tym osobowych, pozyskanych w trakcie realizacji umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

§ 8

1. Z tytułu wykonywania przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ZLECENIOBIORCA otrzymywać będzie wynagrodzenie w wysokości zł (słownie: złotych 00/100) brutto za każdą przepracowaną godzinę, zgodną z harmonogramem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową i zatwierdzonym przez Naczelną Pielęgniarkę.
2. ZLECENIOBIORCY, który w kolejnych 6 miesiącach trwania umowy udzielił w każdym miesiącu co najmniej 168 godzin świadczeń zdrowotnych, przysługuje dodatkowe świadczenie pieniężne do każdej godziny udzielonych świadczeń powyżej 168 godzin w kwocie 1 zł/godz.. Rozliczenie i wypłata należności następuje w miesiącu następnym po okresie 6 miesięcy udzielania świadczeń.
3. Na podstawie Porozumienia zawartego pomiędzy 109 Szpitalem Wojskowym z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie a Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych Międzyzakładową Organizacją Związkową przy Szpitalach Wojewódzkich z Siedzibą w Szczecinie, ZLECENIOBIORCA otrzyma dodatek do wynagrodzenia za udzielanie świadczeń w Oddziale w wysokości:
 - a) za miesiąc -..... zł za jedną godzinę (słownie: /100) brutto,
4. Wypłata wynagrodzenia następować będzie na podstawie złożonego ZLECENIODAWCY prawidłowo wystawionego rachunku za wykonane świadczenia, najpóźniej do 12-go dnia miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym. Termin wskazany na złożenie rachunku jest ostateczny, po jego upływie wszelkie uzupełnienia lub korekty będą skutkowały opóźnieniem w zapłacie należności. Wzór rachunku zał. nr 1.
5. Termin płatności za rachunek ustala się na 25-ty dzień każdego miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym. W przypadku gdy termin ten wypadnie w dzień wolny od pracy wypłata następować będzie w kolejnym dniu roboczym z uwzględnieniem zapisu § 8 ust.4.
6. Integralną częścią umowy jest rozliczenie z realizacji wykonanych usług potwierdzone przez Pielęgniarkę Oddziałową i Naczelną Pielęgniarkę, które ZLECENIOBIORCA zobowiązuje się dostarczyć do Sekcji Kadr do 10-go dnia każdego miesiąca. Wzór zał. nr 2.
7. W przypadku zaistnienia zmian nieprzewidzianych w chwili zawarcia umowy, a w szczególności zmian zasad finansowania świadczeń zdrowotnych przez ich płatników w kolejnym roku obowiązywania umowy łączącej Szpital z płatnikiem lub innych zmian organizacyjnych mających wpływ na koszty funkcjonowania jednostki, w której ZLECENIOBIORCA wykonuje umowę, każda ze stron zobowiązuje się na uzasadniony wniosek drugiej strony przystąpić do renegocjowania niniejszej umowy. W przypadku braku osiągnięcia porozumienia w terminie 30 dni od daty wystąpienia z uzasadnionym wnioskiem o renegocjację, każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem 14 -dniowego okresu wypowiedzenia.

§ 9

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową stosuje się Przepisy Kodeksu Cywilnego oraz przepisy dotyczące zakładów opieki zdrowotnej.
2. Ewentualne spory, wynikłe na tle wykonywania postanowień niniejszej umowy, strony zobowiązują się rozstrzygać w drodze negocjacji. W przypadku nie osiągnięcia przez strony porozumienia spór rozstrzygnięty zostanie przez właściwy rzeczowo Sąd Powszechny w Szczecinie.
3. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§10

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, przy czym dwa egzemplarze umowy otrzymuje ZLECENIODAWCA, a jeden ZLECENIOBIORCA.

.....
/ZLECENIODAWCA/

.....
/ZLECENIOBIORCA/

UZGODNIONO:

1.
/sprawdzono pod względem merytorycznym/

2.
/Radca prawny/

3.
/Główny Księgowy/

Załącznik do umowy Nr 1

109 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SP ZOZ W SZCZECINIE

Szczecin, dnia

.....
/ Nazwisko i imię/

.....
/ Adres zamieszkania/

PESEL:

RACHUNEK

Dla 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Szczecinie, ul. Piotr Skargi 9-11, za wykonane prace:

.....

w okresie od do zgodnie z umową nr

..... z dnia: na kwotę brutto

..... zł

słownie złotych:

.....
.....
/Czytelny podpis wystawiającego rachunek/

Stwierdzam, że praca ta została wykonana w sposób należyty i zgodny z umową.

.....
.....
/pieczęć i podpis osoby dokonującej odbioru zlecenia
wskazanej w umowie/

Sprawdzono pod względem merytorycznym.

.....
.....
/Z-ca Komendanta/

Wyszczególnienie	Liczba godzin w miesiącu	Stawka godzinowa	Wartość
Wymiar z umowy zlec.			
Dodatek			
Pozostawanie w gotowości			
Razem godzin			

.....
Podpis pracownika

.....
Podpis pracownika Sekcji Płac

Załącznik do umowy Nr 2

ul.

.....

Tel.

Rozliczenie z realizacji umowy nr z dnia r.

za okres

- I. Rozliczenie umowy – wykonywanie usług będących w zakresie uprawnień
..... (pielęgniarki, ratownika med., itp.)

Lp.	Wykonanie świadczeń zdrowotnych w dniu:	Ilość godzin	Uwagi
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
Razem godzin		 h	

.....
ZLECENIOBIORCA.....
Pielęgniarka Oddziałowa.....
Naczelna Pielęgniarka.....
Pracownik Sekcji Kadr

