

Znak sprawy: M/1/2025
Sprawa: Marketing.110.2.1.2025

Załącznik nr 5 do SWKO

WZÓR UMOWA ZLECENIE NR/2025

zawarta w Szczecinie w dniu 2025 r. pomiędzy:

109 Szpitalem Wojskowym z Przychodnią Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Szczecinie, ul. Piotra Skargi 9-11, 70-965 Szczecin, REGON: 810200960, NIP 851-25-43-558, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Szczecinie XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000002667, zwanym w dalszej części umowy, **ZLECENIODAWCĄ**, reprezentowanym przez Komendanta Szpitala: **plk mgr Krzysztofa JURKOWSKIEGO**

a

Panią/Panem**ur.** **r.**, zamieszkałą/ym w
....., przy ul., posiadającą/ym tytuł
....., w dalszej części umowy zwaną/ym
(ZLECENIOBIORCĄ)

Na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz w wyniku dokonania przez ZLECENIODAWCĘ wyboru oferty w trybie konkursu ofert, strony zawierają umowę następującej treści:

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie przez ZLECENIOBIORCĘ na rzecz ZLECENIODAWCY całodobowych świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego w siedzibie ZLECENIODAWCY ze szczególnym uwzględnieniem Oddziału....., w dniach i godzinach ustalonych przez strony. Szczegółowy wykaz zadań stanowi załącznik do umowy.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do realizacji średnio w okresie miesięcznym nie mniej niżgodzin, zgodnie z harmonogramem udzielania świadczeń ustalonym wraz z Pielęgniarką Oddziałową (dalej harmonogram). W sytuacji braku potrzeb we wskazanym Oddziale – po uzgodnieniu z Zleceniobiorcą i adekwatnie do posiadanych kwalifikacji – zostanie wskazana inna komórka organizacyjna Szpitala.

§ 2

1. Harmonogram udzielania świadczeń określa ZLECENIODAWCA w porozumieniu ze ZLECENIOBIORCĄ, do dnia 27 każdego miesiąca kalendarzowego.
2. Harmonogram o którym mowa w ust. 1 prowadzony jest w systemie informatycznym szpitala i stanowi podstawę do rozliczania udzielanych świadczeń. ZLECENIOBIORCA potwierdza realizację świadczenia poprzez złożenie podpisu na liście obecności udostępnionej przez ZLECENIODAWCĘ.
3. 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 potwierdzone za zgodność z oryginałem, 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 r. do r.
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 zgodne z Załącznikiem finansowym, który stanowi integralną część niniejszej umowy.
2. ZLECENIOBIORCA, który w kolejnych 3 msc 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 10 zł/godz.
3. Wypłata wynagrodzenia następować będzie na podstawie złożonego ZLECENIODAWCY prawidłowo wystawionego najpóźniej do 12-go dnia miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym rachunku za wykonane i potwierdzone przez pielęgniarkę oddziałową świadczenia wraz z dokumentacją, o której mowa w ust. 5. Termin wskazany na złożenie rachunku jest

ostateczny, po jego upływie wszelkie uzupełnienia lub korekty będą skutkowały opóźnieniem w zapłacie należności. Wzór rachunku stanowi zał. nr 1 do umowy.

4. Płatność za prawidłowo wystawiony rachunek przez ZLECENIOBIORCĘ następuje nie wcześniej niż 25-tego dnia każdego miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym.
5. Integralną częścią umowy jest rozliczenie z realizacji wykonanych usług potwierdzone przez Pielęgniarkę Oddziałową i Zastępcę Komendanta szpitala ds. pielęgniarstwa, które ZLECENIOBIORCA zobowiązuje się dostarczyć do 10-go dnia każdego miesiąca. Wzór zał. nr 2.
6. W przypadku, gdy ZLECENIOBIORCA nie złoży rachunku w terminie o którym mowa w ust. 3, wypłata wynagrodzenia nastąpi w kolejnym miesiącu rozliczeniowym po terminie złożenia prawidłowo wystawionego rachunku.
7. Zleceniodawca przewiduje możliwość zmiany wynagrodzenia corocznie na dzień 1 lipca adekwatnie do treści art. 3a ust.1 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.
8. Sposób podwyższania wynagrodzenia zostanie ustalony w drodze zarządzenia wydanego przez Komendanta Szpitala.
9. W przypadku zaistnienia zmian nieprzewidzianych w chwili zawarcia umowy, każda ze stron zobowiązuje się na uzasadniony wniosek drugiej strony przystąpić do renegotjowania niniejszej umowy. W przypadku braku osiągnięcia porozumienia w terminie 30 dni od daty wystąpienia z uzasadnionym wnioskiem o renegotjację, każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

§ 9

1. Strony ustalają następujące **kary umowne** z tytułu nie wykonania lub nienależytego wykonania przez ZLECENIOBIORCĘ przedmiotu umowy:
 - a. za każdorazową nieuzasadnioną przerwę w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy zgodnie z ustalonym harmonogramem o którym mowa w § 2 ust. 1 - w wysokości 500,00 zł,
 - b. za rozwiązanie umowy bez zachowania terminu wypowiedzenia wskazanego w § 7 ust. 2 – w wysokości 2 000,00 zł
 - c. za każdorazową nieuzasadnioną odmowę udzielenia ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy – w wysokości 500,00 zł,
 - d. za pobieranie nienależnych opłat od ubezpieczonych za udzielone świadczenia – w wysokości 2 000,00 zł za każde ujawnione nienależne pobranie.
2. ZLECENIOBIORCA wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia
3. W przypadku nieterminowego wywiązania się przez ZLECENIODAWCĘ z obowiązku opisanego w § 8, ZLECENIOBIORCY przysługują odsetki od należności wynikających z wystawionej faktury. Dla realizacji postanowień niniejszego paragrafu wymagany jest wniosek ZLECENIOBIORCY, który ma charakter konstytutywny.
4. Zapisy § 9 ust. 3 nie stosuje się, jeżeli opóźnienie wyniknęło z przyczyn nieleżących po stronie ZLECENIODAWCY.

§ 10

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.

§11

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, dla każdej ze stron.

.....
/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/

Potwierdzam, że wykazane w rozliczeniu godziny udzielania świadczeń są zgodne z zatwierdzonym harmonogramem w systemie informatycznym wykorzystywanym przez ZAMAWIAJĄCEGO.

.....

.....

/ Zastępca Komendanta szpitala ds. pielęgniarstwa /

.....
Podpis ZLECENIOBIORCY

.....
Podpis pracownika Sekcji Płac /potwierdzenie poprawności przedłożonego wyliczenia/

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.					
Wyszczególnienie		Liczba godzin w miesiącu	Stawka godzinowa		Wartość
Wymiar z umowy zlec.					
Dodatek					
Pozostawanie w gotowości					
Razem godzin					
10.					
11.					
12.					
Razem godzin					 h

.....
ZLECENIOBIORCA.....
Pielęgniarka Oddziałowa/Przełożona

Potwierdzam , że wykazane w rozliczeniu godziny udzielania świadczeń są zgodne z zatwierdzonym harmonogramem w systemie informatycznym wykorzystywanym przez ZAMAWIAJĄCEGO.

.....
.....
/ Zastępca Komendanta szpitala ds. pielęgniarstwa /**Załącznik Finansowy do umowy nr...../2025**

Imię i Nazwisko:

Jednostka Organizacyjna:

Lp.	Zakres / Czynności	Wynagrodzenie*
1.	udzielanie całodobowych świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego	 zł (słownie: 00/100) brutto za jedną godzinę

* ZLECENIOBIORCA, który w kolejnych 3 msc 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 10 zł/godz.

.....
/ZLECENIODAWCA/.....
/ZLECENIOBIORCA/