**UMOWA nr …………………**

**na udzielanie pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Pediatrii**

w dniu …………………… roku w wyniku konkursu ofert przeprowadzonego na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej pomiędzy:

Szpitalem Specjalistycznym im. Świętej Rodziny, Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej, z siedzibą w Warszawie przy ul. A.J. Madalińskiego 25, nr kodu 02-544, wpisanym do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem 0000080373,

reprezentowanym przez:

Dyrektora Szpitala – mgr inż. Marię Dziura

zwaną dalej ***Udzielającym*** ***zamówienia***,

a

Panią **……………………….** zamieszkałą ……………………, ………………….., nr Pesel …………………………, działającą na podstawie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki Nr …………., prowadzącą działalność gospodarczą pn. „…………………..”, z siedzibą w ………………., ul. ……………., nr kodu ……………, wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej od dnia ……………… roku i rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem …………, Nr Regon ………………………….,

zwaną dalej ***Przyjmującą zamówienie,***

zawarto umowę o następującej treści:

**§ 1.**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest wykonywanie przez ***Przyjmującą zamówienie*** na rzecz ***Udzielającego zamówienia*** wysokojakościowych, profesjonalnych pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych, mieszczących się w zakresie kompetencji pielęgniarki/pielęgniarza, zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. 2016 r., poz. 1251 ze zm.), a także zgodnie przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28.02.2017r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. 2017 poz. 497 ze zm.).
2. Świadczenia zdrowotne powierzone ***Przyjmującej zamówienie*** do wykonywania, o których mowa w ust. 1 będą obejmowały w szczególności następujące czynności:
3. realizowanie kompleksowej, holistycznej i indywidualnej opieki nad dziećmi przebywającymi w oddziale, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, zaleceniami lekarzy i pielęgniarki oddziałowej oraz rozpoznanymi potrzebami w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego,
4. identyfikowanie potrzeb dziecka – pacjenta,
5. przekazywanie istotnych informacji o pacjentach wszystkim członkom zespołu terapeutycznego, współpraca z członkami zespołu terapeutycznego, stosownie do swojej funkcji w tym zespole,
6. realizowanie w stosunku do podopiecznych funkcji opiekuńczej, profilaktycznej, diagnostycznej, terapeutycznej, rehabilitacyjnej i wychowawczej,
7. wdrażanie nowych technik i metod pielęgnowania pod nadzorem Pielęgniarki oddziałowej,

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. wykonywanie zleconych czynności diagnostycznych i leczniczych, podawanie zaleconych leków, w dawkach oraz godzinach wyznaczonych przez lekarzy,
2. udzielanie pierwszej pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia pacjentów,
3. współuczestnictwo w opracowywaniu i realizacji procedur pielęgniarskich wykonywanych w oddziale, stosowanie nowoczesnych metod pielęgnacji,
4. przestrzeganie zapisów Karty Praw Dziecka,
5. zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom oraz ich rodzinom przebywającym w Oddziale,
6. informowanie dziecka oraz jego opiekunów prawnych o przebiegu i skutkach planowanych procedur, uzyskiwanie od opiekunów prawnych zgody na wykonywane procedury, prowadzenie edukacji zdrowotnej,
7. przestrzeganie zasady przekazywania obowiązków służbowych następcy,
8. zabezpieczenie i właściwe – zgodne z obowiązującymi instrukcjami – przechowywanie leków i środków dezynfekcyjnych, prawidłowe postępowanie z odpadami szpitalnymi,
9. przestrzeganie tajemnicy zawodowej, w szczególności zapewnienie ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej,
10. przestrzeganie zasad kultury osobistej i wzajemnego szacunku w relacjach ze współpracownikami, przyczynianie się do tworzenia koleżeńskiej atmosfery, współdziałania w zespołach,
11. doskonalenie kwalifikacji – wzbogacanie wiedzy, umiejętności i uzupełnianie kompetencji zawodowych warunkujących jakość praktyki pielęgniarskiej,
12. Strony ustalają, że świadczenia określone w ust. 1 i 2 niniejszej umowy ***Przyjmująca zamówienie*** będzie realizowała zgodnie z potrzebami ***Udzielającego zamówienia***, po uprzednim uzgodnieniu terminów świadczenia tych usług na kolejny miesiąc z Pielęgniarką Oddziałową Oddziału Pediatrii.
13. ***Przyjmująca zamówienie*** wyraża zgodę na zwiększenie liczby godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych zgodnie z potrzebami ***Udzielającego zamówienia***.

**§ 2.**

1. ***Przyjmująca zamówienie*** będzie wykonywała powierzone czynności w Oddziale Pediatrii znajdującym się w siedzibie ***Udzielającego zamówienia*** i na rzecz pacjentów ***Udzielającego zamówienia***.
2. Świadczenia zdrowotne stanowiące przedmiot umowy będą wykonywane osobiście przez ***Przyjmującą zamówienie***.
3. ***Przyjmująca zamówienie*** oświadcza, że posiada wszelkie kwalifikacje, uprawnienia i doświadczenie niezbędne do wykonywania przedmiotu umowy oraz zobowiązuje się do jego wykonania z zachowaniem należytej staranności wymaganej w stosunku tego rodzaju usług.
4. ***Przyjmująca zamówienie*** oświadcza, iż czynności określone przedmiotem umowy, będzie wykonywała samodzielnie, z dołożeniem najwyższej staranności, zgodnie z zasadami etyki pielęgniarskiej i prawami pacjenta, wykorzystując przy tym posiadaną wiedzę, doświadczenie i umiejętności zdobyte podczas wykonywania zawodu pielęgniarki oraz postęp w tym zakresie, a także warunki techniczne, jakimi dysponuje ***Udzielający zamówienia***.
5. ***Przyjmująca zamówienie*** zobowiązuje się do zachowania w poufności wszystkich informacji uzyskanych przez nią w związku z zawarciem niniejszej umowy oraz ponosi pełną odpowiedzialność za zachowanie w tajemnicy ww. informacji.

**§ 3**

1. ***Przyjmująca zamówienie*** jest uprawniona do przerwy w wykonywaniu świadczeń określonych niniejszą umową w wymiarze jednego miesiąca, przypadającego na każdy kolejny okres roczny, liczony od daty zawarcia umowy. Za czas przerwy w świadczeniu usług nie przysługuje wynagrodzenie.
2. ***Przyjmująca zamówienie*** jest zobowiązana uprzedzić ***Udzielającego zamówienia*** o zamiarze skorzystania z przerwy określonej w ust. 1, trwającej siedem dni lub dłużej w terminie do końca miesiąca, w którym nastąpiło zawarcie niniejszej umowy – na dany rok oraz do końca stycznia każdego roku – na rok następny.
3. W przypadku przerwy w wykonywaniu świadczeń określonych niniejszą umową, trwającej krócej jak siedem dni, ***Przyjmująca zamówienie*** jest zobowiązana uprzedzić ***Udzielającego zamówienie*** z co najmniej miesięcznym wyprzedzeniem, nie później jednak, niż przed ustaleniem grafiku na dany miesiąc.
4. Skorzystanie z przerwy, o której mowa w ust. 1 oraz ust. 3 wymaga formy pisemnej oraz zgody ***Udzielającego zamówienie***.
5. Nie stanowi naruszenia warunków umowy nieudzielanie świadczeń przez ***Przyjmującą zamówienie*** w przypadku niezdolności do wykonywania świadczeń spowodowanej chorobą, udokumentowaną zaświadczeniem lekarskim. Za okres nieudzielania świadczeń z tej przyczyny ***Przyjmującej zamówienie*** nie przysługuje wynagrodzenie.
6. W przypadku niemożności udzielania świadczeń z przyczyn nagłych i nieprzewidzianych, leżących po stronie ***Przyjmującej zamówienie***, ma ona obowiązek niezwłocznie poinformować o tym fakcie ***Udzielającego zamówienie***.

**§ 4**

Podczas udzielania świadczeń objętych niniejszą umową ***Przyjmująca zamówienie*** zobowiązana jest do:

1. prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
2. przestrzegania wszelkich aktów wewnętrznych wydanych przez ***Udzielającego zamówienie***, w tym dotyczących Systemu Zarządzania Jakością,
3. posiadania w czasie trwania umowy aktualnych badań lekarskich i szkoleń z zakresu BHP wykonanych na własny koszt,
4. posiadania i utrzymywania w całym okresie zawarcia umowy z ***Udzielającym zamówienia*** ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie wskazanym przepisami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293, poz. 1729),
5. wznawiania umowy ubezpieczeniowej w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ulega rozwiązaniu w trakcie obowiązywania umowy i dostarczenia kopii nowej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

**§ 5.**

1. Przy realizacji zadań objętych niniejszą umową ***Przyjmująca zamówienie*** jest uprawniona do współpracy z personelem medycznym zatrudnianym przez ***Udzielającego zamówienie.***
2. ***Przyjmująca zamówienie*** może używać sprzęt i aparaturę medyczną należącą do ***Udzielającego zamówienie*** wyłącznie do realizacji obowiązków określonych niniejszą umową.
3. ***Udzielający zamówienia*** zapewnia, że sprzęt, aparatura medyczna i inne wyroby medyczne wykorzystywane do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową są dopuszczone do stosowania na terenie Polski.
4. ***Udzielający zamówienia*** ponosi wszelką odpowiedzialność za stan techniczny przedmiotowego sprzętu.
5. ***Udzielający zamówienia*** zapewnia ***Przyjmującej zamówienie*** środki ochrony indywidualnej niezbędne do realizacji zadań objętych niniejszą umową. Nadzór nad właściwym wykorzystaniem tych środków sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

**§ 6.**

1. ***Przyjmująca zamówienie*** przyjmuje na siebie obowiązek poddawania się kontroli ze strony ***Udzielającego zamówienia***. Przedmiotem ewentualnej kontroli może być wyłącznie sposób wykonywania niniejszej umowy.
2. ***Przyjmująca zamówienie*** zobowiązuje się poddać kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2016 poz. 1793 ze zm.).

**§ 7.**

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń objętych niniejszą umową ponosi ***Przyjmująca zamówienie***, chyba że będzie ona wynikiem działania lub zaniechania ***Udzielającego zamówienia***.
2. ***Przyjmująca zamówienie*** ponosi w szczególności odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie, wynikających z:
3. niewykonania lub niewłaściwego wykonania świadczenia zdrowotnego,
4. przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,
5. nieprowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy i niekompletny,
6. braku realizacji zaleceń pokontrolnych,
7. niewłaściwego użytkowania sprzętu lub aparatury medycznej będących własnością ***Udzielającego zamówienia***.
8. ***Udzielający zamówienia*** uprawniony jest do żądania pokrycia szkody spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar pieniężnych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w kontraktach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia a ***Udzielającym zamówienia***, jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewłaściwego wykonania przez ***Przyjmującą zamówienie*** zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.

**§ 8.**

1. ***Przyjmująca zamówienie*** zobowiązana jest do składania miesięcznych sprawozdań z liczby godzin udzielonych świadczeń zdrowotnych wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. l, składane jest w terminie do 14 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
3. Sprawozdanie z liczby udzielonych świadczeń potwierdza swoim podpisem Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Pediatrii, a w przypadku jej nieobecności osoba wskazana przez ***Udzielającego zamówienia.***
4. Liczba godzin udzielonych świadczeń wykazana w sprawozdaniu, o którym mowa w ust. 1, jest weryfikowana z liczbą godzin zarejestrowaną w elektronicznym systemie ewidencji.

**§ 9.**

1. Z tytułu realizacji przedmiotu umowy określonego w § 1 ***Przyjmującej zamówienie*** przysługuje wynagrodzenie określone stawką godzinową w wysokości …,00 zł, słownie złotych : ………. 00/100 za jedną godzinę udzielania świadczeń.
2. Należność z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy ***Udzielający zamówienie*** wypłaci ***Przyjmującej zamówienie*** za miesiąc poprzedni, w terminie 14 dni po dacie dostarczenia przez ***Przyjmującą zamówienie*** faktury wraz ze sprawozdaniem, o którym mowa w § 8. W przypadku złożenia faktury przed zakończeniem okresu sprawozdawczego, termin 14 dni liczony będzie od pierwszego dnia następnego miesiąca.
3. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę, niedzielę lub inny dzień wolny od pracy, to płatność dokonuje się następnego dnia roboczego.
4. Należność za wykonane świadczenia zdrowotne zostanie przekazana ***Przyjmującej zamówienie*** na jej rachunek bankowy wskazany na fakturze. Za dzień zapłaty uznaje siędzień obciążenia rachunku bankowego ***Udzielającego zamówienia.***
5. Wypłata należności uzależniona będzie od prawidłowego sporządzenia przez ***Przyjmującą zamówienie***  faktury.
6. ***Udzielający zamówienia*** zastrzega sobie prawo do potrącania obciążeń nałożonych przez NFZ w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, z faktur wystawianych przez ***Przyjmującą zamówienie***, na co ***Przyjmująca zamówienie*** wyraża zgodę.

**§ 10.**

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jednolity Dz. U. 2003 r. nr 153, poz. 1503 z późn. zm.).
2. ***Udzielający zamówienia***oświadcza, że jest Administratorem Danych Osobowych i przetwarza dane osób fizycznych, wskazanych w ust.1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 z późn. zm.).
3. ***Udzielający zamówienia*** powierza ***Przyjmującej zamówienie***, w trybie art. 31 Ustawy o ochronie danych osobowych, przetwarzanie danych osobowych w zakresie i celu związanym z wykonywaniem niniejszej Umowy. Dane osobowe stanowią informacje poufne.
4. ***Przyjmująca zamówienie***zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy uzyskanych danych i informacji, również w przypadku powierzenia - w trybie art. 31 Ustawy o ochronie danych osobowych - realizacji części prac podmiotowi trzeciemu. ***Przyjmująca zamówienie*** ponosi pełną odpowiedzialność za przestrzeganie przepisów Ustawy o ochronie danych osobowych przy wykonywaniu niniejszej Umowy.
5. Umowa niniejsza podlega zgłoszeniu w odpowiednich rejestrach, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
6. ***Przyjmująca zamówienie*** osobiście rozlicza się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

**§ 11.**

1. Strony zawierają umowę na czas udzielania określonych w niej świadczeń zdrowotnych, począwszy od dnia **…………………..**, z zastrzeżeniem możliwości jej rozwiązania przez każdą ze Stron z zachowaniem formy pisemnej za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia, liczonym od dnia dostarczenia pisma o rozwiązaniu umowy.
2. Wypowiedzenie umowy w trybie wskazanym w ust. 1 nie wymaga podania przyczyny.
3. Umowa może zostać rozwiązana bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.
4. ***Udzielający zamówienia*** może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym, bez zachowania okresu wypowiedzenia w szczególności, w przypadku:
5. rozwiązania z ***Udzielającym zamówienia***  umowy lub części umowy na świadczenia zdrowotne w zakresie objętym przedmiotem niniejszej umowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
6. zmniejszenia zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec ***Udzielającego zamówienia***  na kolejny okres rozliczeniowy w zakresie objętym niniejszą umową,
7. utraty, ograniczenia lub zawieszenia przez ***Przyjmującą zamówienie***  prawa wykonywania zawodu,
8. nieprzedłożenia kolejnej (przedłużonej) umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem wskazanym w § 4 ust. 4 umowy, w terminie 7 dni od daty wygaśnięcia poprzednio obowiązującej umowy (polisy),
9. naruszenia przez ***Przyjmującą zamówienie***  postanowień niniejszej umowy, w szczególności nieudzielania lub nienależytego udzielania świadczeń,
10. przeniesienia praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osobę trzecią bez pisemnej zgody ***Udzielającego zamówienia.***

**§ 12.**

***Przyjmująca zamówienie***  nie może prowadzić u ***Udzielającego zamówienia***  żadnej działalności wykraczającej poza zakres objęty niniejszą umową, w szczególności działalności konkurencyjnej wobec działalności prowadzonej przez ***Udzielającego zamówienia.***

**§ 13.**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. 2016 poz. 1638), ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2016 poz. 1793), ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. 2016 r., poz. 1251 ze zm.), oraz przepisy Kodeksu Cywilnego.

**§ 14.**

Spory, które mogą wyniknąć w trakcie realizacji umowy, a które nie mogą być rozstrzygnięte polubownie, będą rozpatrywane przez sąd właściwy miejscowo dla ***Udzielającego zamówienia.***

**§ 15.**

1. Wszelkie zmiany do niniejszej umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Integralną część umowy stanowią załączniki, a ich zmiana jest zmianą umowy.

**§ 16.**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

***Udzielający zamówienia Przyjmująca zamówienie***

……………………………… ……………………………………..

**Załączniki do umowy:**

1. Załącznik Nr 1 – Wzór miesięcznego sprawozdania z wykonania świadczeń objętych umową.
2. Kserokopie dokumentów potwierdzających uprawnienia ***Przyjmującej zamówienie*** do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową:
* zaświadczenie potwierdzające uzyskanie wykształcenia zawodowego pielęgniarki,
* prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,
* zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
* zaświadczenie o wpisie do centralnej ewidencji działalności gospodarczej,
* zaświadczenie lekarskie,
* polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

 **Załącznik nr 1**

**SPRAWOZDANIE O REALIZACJI ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UMOWĄ**

UDZIELONYCH W MIESIĄCU …………………………….. ……………….ROKU

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń objętych umową  | Godzina zakończenia udzielania świadczeń objętych umową  | Liczba godzin udzielonych świadczeń | Stawka za godzinę świadczenia usług | Wartość |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**…………………………………………………**

 **(Data i podpis Przyjmującej zamówienie)**

**Niniejszym potwierdzam liczbę udzielonych położniczych / pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych**

**…………………………………………………………………………………………………**

 **(Data i podpis Pielęgniarki Oddziałowej)**