

zawarta w dniu _____ w Rzeszowie pomiędzy:

Podkarpackim Centrum Medycznym w Rzeszowie Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej z siedzibą: 35-201 Rzeszów; Pl. Dworcowy 2, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000011323, NIP 813-29-07-451, reprezentowanym przez:
Jacka Maternię – Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomicznych na podstawie udzielonego pełnomocnictwa
zwanym dalej **Zleceniodawcą** a :

Nazwisko: _____ **Imię:** _____

Imię ojca: _____ **Imię matki:** _____

Data urodzenia _____

Miejsce zamieszkania _____

Telefon _____

Adres e-mail _____

PESEL _____

Seria i numer dowodu osobistego _____

Nazwa Urzędu Skarbowego

Oddział NFZ Rzeszów

Zwaną/ym dalej **Zleceniobiorcą**

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest wykonywanie przez Zleceniobiorcę na rzecz Zleceniodawcy świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa dla potrzeb **Podkarpackiego Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie**.
2. Do podstawowych obowiązków Zleceniobiorcy należy

§ 2

1. Zleceniobiorca oświadcza, że dysponuje odpowiednimi kwalifikacjami do wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonywania powierzonych czynności z należytą starannością i zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.
3. Zleceniobiorca nie może powierzyć wykonania usługi określonej w § 1 osobie trzeciej bez zgody Zleceniodawcy wyrażonej na piśmie.

§ 3

1. Usługi, o których mowa w § 1 będą wykonywane w siedzibie Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie/Podkarpackiego Centrum Chorób Płuc ul. Rycerska 2 na rzecz jego pacjentów z możliwością korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej, którymi Szpital aktualnie dysponuje.

2. W przypadku uszkodzenia sprzętu lub aparatury medycznej wskutek używania w sposób sprzeczny z właściwościami lub przeznaczeniem przez osoby wykonujące świadczenie, Zleceniobiorca zobowiązuje się do pokrycia wynikającej stąd szkody na rzecz Szpitala.
3. Zleceniobiorca na koszt własny zapewni sobie odzież roboczą zgodnie z wymaganiami Polskich Norm, odbędzie szkolenia z zakresu BHP, wykona badania profilaktyczne.

§ 4

Zleceniobiorca podda się kontroli NFZ na zasadach określonych w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z NFZ.

§ 5

1. Zleceniodawca zobowiązuje się wypłacać Zleceniobiorcy należność w wysokości:
 - a) _____ zł brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru pod telefonem
 - b) _____ zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług w miejscu wezwania.
 - c) _____ zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług przez pielęgniarkę
2. Podstawą do dokonania zapłaty należności, o której mowa w § 5 ust. 1 jest wystawiony prawidłowo przez Zleceniobiorcę rachunek, przedłożenie go do każdego **3-go** dnia miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym tj. po miesiącu, w którym świadczenia będące przedmiotem niniejszej umowy były wykonywane, wraz z dołączoną do niego ewidencją przepracowanych godzin zatwierdzoną przez Ordynatora oddziału, na którym były świadczone usługi, której wzór stanowi **załącznik nr 1** do niniejszej umowy zlecenie.
3. Termin płatności wynosi 15 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionego rachunku oraz sposób zapłaty – przelew.
4. Zleceniodawca zobowiązany jest do uregulowania należności na rachunek bankowy wskazany na rachunku przez Zleceniobiorcę.
5. Za dzień zapłaty należności wynikających z rachunku uznaje się dzień złożenia dyspozycji przełania środków przez Zleceniodawcę na rachunek Zleceniobiorcy (złożenie dyspozycji przelewu).

§ 6

1. Zleceniodawca zobowiązany jest do bezpośredniego obliczania, rozliczania i przekazywania do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych składek na ubezpieczenie oraz obliczania, rozliczania i przekazywania do Urzędu Skarbowego należnych podatków z tytułu wynagrodzenia (przychodu) wypłacanego pracownikom, za pomocą których realizuje udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy.

§ 7

1. Zleceniobiorca wykonywać będzie zlecenia w okresie od _____ do _____ .
Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron za 14 dniowym okresem wypowiedzenia. Wypowiedzenie umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Umowa zostanie rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku utraty przez Zleceniobiorcę prawa do wykonywania zawodu.

§ 8

1. Zleceniobiorca w razie rozwiązania umowy z przyczyn leżących po jego stronie zapłaci Zleceniodawcy karę umowną w wysokości 10 % rocznej wartości świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zapłaty Zleceniodawcy kary umownej w przypadku niezapewnienia przez Zleceniobiorcę wykonania świadczenia zgodnie z harmonogramem, o którym mowa § 5 ust. 2 umowy w wysokości 100 % wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby z tego tytułu Zleceniobiorcy, gdyby świadczenie zostało wykonane zgodnie z umową.
3. Kary umowne zostaną potrącone z wynagrodzenia najwcześniej wymagalnego.
4. Naliczone kary umowne nie pozbawiają Zleceniodawcy prawa do dochodzenia zapłaty odszkodowania na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie Cywilnym.

§ 9

Zmiany postanowień niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 10

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej oraz inne przepisy prawa dotyczące przedmiotu niniejszej umowy.

§ 11

Wszelkie spory wynikłe w związku z wykonywaniem postanowień niniejszej umowy strony poddają rozstrzygnięciu sądowi powszechnemu właściwemu miejscowo dla siedziby Zleceniodawcy.

§ 12

Integralną część umowy stanowi **załącznik nr 2** do niniejszej umowy – obowiązek informacyjny RODO.

§ 13

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

ZLECENIODAWCA

ZLECENIOBIORCA

(Pieczętka Przyjmującego Zamówienie)

Ewidencja udzielania świadczeń medycznych za m-c _____

Oddział _____

Dzień miesiąca	Dyżur „zwykły” Od-do	Liczba godzin	Dyżur „świąteczny” Od-do	Liczba godzin	Podpis lekarza/pielęgniarki
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
RAZEM					

ZATWIERDZAM

podpis i pieczętka kierownika jednostki

podpis i pieczętka imienna lekarza/pielęgniarki

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY RODO

1. Administratorem i odbiorcą Państwa danych osobowych w związku z zawarciem umowy o współpracę z Podkarpackim Centrum Medycznym w Rzeszowie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Plac Dworcowy 2 35-201 Rzeszów.
2. Pozyskane dane osobowe w postaci:
 - ✓ nazwisko i imię (imiona),
 - ✓ dane rejestrowe Kontrahenta w tym NIP, nr. konta, dane adresowe organizacji,
 - ✓ kwalifikacje/prawo wykonywania zawodu (w sytuacji, gdy umowa z Kontrahentem dotyczy realizacji usług medycznych)
 - ✓ adres e-mail,
 - ✓ stanowisko,
 - ✓ numer telefonu,będą przetwarzane przez osoby zatrudnione w PCM w Rzeszowie SPZOZ oraz podmiot przetwarzający działający dla PCM w Rzeszowie SPZOZ na podstawie umowy między stronami
3. Administrator będzie przetwarzać Pani/Pana dane na potrzeby:
 - a. związane z nawiązywaniem i utrzymywaniem kontaktów biznesowych – niezbędnych do zawarcia umowy (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. b RODO);
 - b. zawarcia i obsługi umów (podstawa z art. 6 ust 1 lit. b RODO);
 - c. wynikające z przepisów prawa, tj. Ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (podstawa z art. 6 ust 1 lit c RODO).
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora do 5 lat od końca roku, w którym rozliczono podatkowo płatność, zgodnie z Ustawą o rachunkowości lub na czas trwania relacji i potrzeb biznesowych – do momentu wniesienia przez Panią/Pana sprzeciwu.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
6. Zgodnie z Rozporządzeniem RODO, przysługuje Pani/Panu:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo sprostowania (poprawiania) swoich danych;
 - c) prawo usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
 - d) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
 - e) prawo przenoszenia danych;
 - f) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe nie będziemy podejmować wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże bez ich podania nie jest możliwe zawarcie i realizacja umowy.
9. W przypadku stwierdzenia nieuprawnionego zbierania/ przetwarzania danych lub innych sytuacji wskazujących na nieprawidłowości, zdarzenie takie należy zgłosić do powołanego przez PCMw Rzeszowie SPZOZ Inspektora Ochrony Danych osobowych za pośrednictwem
 - ✓ adresu e-mail iod@olkreszow.com.pl
 - ✓ tel. kom: +48 518 053 702
 - ✓ listownie na adres Podkarpackie Centrum Medyczne w Rzeszowie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Plac Dworcowy 2 35-201 Rzeszów.