

**UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUG LEKARZA W SPRAWIE WYKONYWANIA CZYNNOŚCI
ZWIĄZANYCH ZE STWIERDZANIEM ZGONU I JEGO PRZYCZYNY ORAZ WYSTAWIANIEM KART
ZGONU nr.....**

zawarta w dniu01.2024 r. w Poznaniu pomiędzy stronami:

Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu, ul. Rycerska 10, 60-346 Poznań, wpisaną do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej Sądu Rejonowego Poznań Nowe Miasto i Wilda, VIII Wydziału Gospodarczego Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000006315, posiadającą NIP: 779-20-09-143, REGON: 639686132, reprezentowaną przez Roberta Mazurka, zwaną w dalszej części umowy „**Udzielającym zamówienia**”

a

Panią/Panem.....zamieszkałą/ym.....
....., prowadzącą/ym działalność gospodarczą pod nazwą....., wpisaną do rejestru CEIDG (KRS)....., z siedzibą, posiadającą/ym NIP....., REGON....., zwaną/ym w dalszej części umowy „**Przyjmującym zamówienie**”.

W oparciu o przeprowadzone postępowanie konkursowe ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, strony zgodnie zawierają umowę o następującej treści:

§1

Przedmiot umowy

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest świadczenie usług przez Przyjmującego zamówienie, leżących w kompetencjach i uprawnieniach lekarza – zgodnie z obowiązującymi standardami medycznymi i zasadami etyki zawodowej, wiedza medyczną oraz obowiązującymi przepisami:

- 1) Ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry
- 2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej
- 3) ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych

2. Udzielanie świadczeń przez Przyjmującego zamówienie polegają na stwierdzaniu zgonu i jego przyczyny oraz wystawianiu kart zgonu, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961r. w sprawie stwierdzania zgonu i jego przyczyny oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2021r. w sprawie wzoru karty zgonu, co do osób zmarłych w miejscach publicznych i niepublicznych w granicach administracyjnych Powiatu Poznańskiego, zgłaszanych Udzielającemu Zamówienia przez funkcjonariuszy Policji.

§ 2

Obowiązki Przyjmującego zamówienie

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy z należytą starannością, zgodnie z:

- 1) zasadami etyki zawodowej,

- 1) obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
 - 2) ze stanem aktualnej wiedzy medycznej i umiejętnościami zawodowymi.
2. Każdorazowe stwierdzenie zgonu i jego przyczyny oraz wystawienie karty zgonu będzie wykonywane przez Przyjmującego zamówienie na podstawie zgłoszenia ustnego dokonanego przez Policję i potwierdzającego w formie pisemnej w części 1 „Dokumenty zgłoszenia i stwierdzenia zgonu” (zwane dalej „Zgłoszenie”).
 3. Wykonanie usługi potwierdzone zostanie przez Przyjmującego realizującego Zgłoszenie w części 2 „Dokumentu zgłoszenia i stwierdzenia zgonu” zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej umowy.
 4. W sytuacji, kiedy nie będzie można ustalić podmiotu uprawnionego do odebrania karty zgonu lub jest on nieobecny w miejscu wskazanym w Zgłoszeniu, o którym mowa ust. 1, Przyjmujący zamówienie stwierdzający zgon i jego przyczynę wystawi kartę zgonu w terminie późniejszym, niezwłocznie na wniosek podmiotu uprawnionego.
 5. Przyjmujący stwierdzający zgon i jego przyczyny nie będzie wystawiać karty zgonu, jeżeli wystąpią okoliczności, o których mowa w art. 13 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

§ 3

Terminy i dyspozycyjność do wykonywania świadczeń zdrowotnych

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do osobistego udzielania świadczeń zgodnie z planem dyżurów udzielania świadczeń ustalonym przez Strony umowy.
2. Propozycje dyżurów na dany miesiąc kalendarzowy muszą być przedstawione Udzielającemu Zamówienia przez Przyjmującego Zamówienie nie później niż do 5 dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc kalendarzowy, którego propozycje dotyczą; po tym dniu w przypadku braku propozycji Udzielający Zamówienia będzie planował dyżury stosownie do wakatów wynikających z planu na następny miesiąc.
3. Terminy świadczenia usług ustalane są co miesiąc między stronami do 23-go dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc świadczenia usług zdrowotnych.

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych. W przypadku osoby prawnej świadczenia mogą być udzielane tylko przez osoby wskazane w oświadczeniu. W przypadku braku możliwości osobistego świadczenia usług zdrowotnych, strony dopuszczają możliwość zastępstwa zachowując poniższe zasady:

- 1) Przyjmujący zamówienie może powierzyć udzielanie świadczeń innemu kontrahentowi, który posiada odpowiednie kwalifikacje oraz jest związany z Udzielającym zamówienia poprzez zawartą umowę cywilnoprawną. Zastępstwo to wymaga wyrażenia zgody przez Udzielającego zamówienia na piśmie.
- 2) w sytuacji nagłej uniemożliwiającej wykonywanie umowy np.: w skutek zdarzeń losowych, Przyjmujący zamówienie zawiadamia niezwłocznie Dyspozytora Transportu Medycznego i Sanitarnego.

§ 4

Oświadczenia Przyjmującego zamówienie

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że w związku i podczas wykonywania niniejszej umowy nie jest pracownikiem Udzielającego zamówienia i w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych jest samodzielny co do wyboru metody i zakresu udzielanego świadczenia oraz nadzoru nad czynnościami pozostałych kontrahentów.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada stosowne kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych, które są przedmiotem niniejszej umowy, co potwierdza przedstawieniem odpowiednich dokumentów (wymienione poniżej), których kserokopie potwierdzone za zgodność zostaną dołączone do egzemplarza umowy przeznaczonego dla Udzielającego zamówienia:

- 1) wydruk z CEIDG, dotyczący prowadzonej działalności gospodarczej; (w przypadku gdy Przyjmujący zamówienie jest osobą prawną - informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu i pełnemu z KRS),
- 2) kserokopie zaświadczenia o wpisie do rejestrów podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z treścią art. 26 ust. 1 i 2 i art. 100-103- Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej;
- 3) kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe;
- 4) aktualne zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń objętych umową na świadczenie zdrowotne;
- 5) oświadczenie o niekaralności,
- 6) kserokopię umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej związanej z wykonywaniem czynności zawodowych lekarza systemu, będących przedmiotem umowy- ten dokument Udzielający Zamówienia może przedłożyć w ciągu 3 dni od dnia podpisania umowy
- 7) w przypadku gdy Przyjmujący zamówienie jest osobą prawną – oświadczenie o liście osób upoważnionych do wykonywania świadczeń medycznych wraz z dokumentami wymienionymi w pkt. 3 ust. 2-9 dla każdej z tych osób.

4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie ciąży na nim wyroki sądów powszechnych, które uniemożliwiałyby wykonywanie niniejszej umowy, a w chwili zawierania tej umowy nie jest wiadomym, aby toczyło się przeciwko niemu jakiekolwiek postępowanie, którego wynik mógłby uniemożliwić wykonywanie niniejszej umowy w przyszłości.

5. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udziałem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem tej umowy, w tym również od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych oraz wirusa HIV i WZW. Minimalna kwota ubezpieczenia w okresie trwania umowy nie może być niższa, niż wynikająca z przepisów prawa. Zobowiązuje się również do posiadania ubezpieczenia OC w zakresie szkód wyrządzonych w związku z kierowaniem pojazdem. Kopie polis ubezpieczeniowych należy dostarczyć Udzielającemu zamówienie w terminie 7 dni od daty podpisania umowy, jako załączniki do niniejszej umowy. W przypadku gdy polisa ubezpieczeniowa obejmuje krótszy okres, niż czas na jaki zastała zawarta niniejsza umowa, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przedłożyć Udzielającemu zamówienie nową polisę. Niedostarczenie ważnej polisy w terminie 7 dni roboczych spowoduje rozwiązanie umowy przez Udzielającego zamówienie bez zachowania okresu wypowiedzenia.

6. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie łączy go stosunek pracy ani inny stosunek o charakterze cywilnoprawnym czy faktycznym z żadnym zakładem usług pogrzebowych, ani z żadną inną firmą lub osobą fizyczną zajmującą się dochodzeniem za wynagrodzeniem odszkodowań, w tym ofiar wypadków, błędów w sztuce medycznej, zdarzeń losowych lub wywołanych na skutek działania człowieka.

7. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zgłosił swoją działalność w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i opłaca należne składki ubezpieczeniowe.

8. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że świadczy usługi, które wchodzi w zakres prowadzonej przez niego działalności gospodarczej. Rozlicza się osobiście z Urzędem Skarbowym i ponosi samodzielnie ryzyko z prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej.

§ 5

Czas trwania umowy i zasady jej rozwiązywania

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony **od 15.01.2024r. do 31.12.2024r.**

2. Stronom przysługuje prawo rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia przypadającego na koniec miesiąca kalendarzowego oraz w każdym czasie w wyniku porozumienia stron.

3. Strony odstępują od umowy ze skutkiem natychmiastowym w razie zaistnienia okoliczności uniemożliwiających dalszą realizację umowy, przez które rozumie się:

- 1) utratę przez Przyjmującego zamówienie koniecznych uprawnień do świadczenia usług,
- 2) rozwiązania umowy z podmiotem finansującym świadczenia w zakresie dotyczącym świadczeń objętych niniejszą umową, bądź zaprzestania przez ten podmiot finansowania świadczeń objętych niniejszą umową,
- 3) zaistnienie innych okoliczności uniemożliwiających wykonywanie umowy, np.: zmiany systemowe i organizacyjne.

Odstąpienie od umowy następuje z chwilą poinformowania w formie pisemnej drugiej strony umowy o zaistniałych okolicznościach stanowiących podstawę odstąpienia od umowy.

4. Przyjmujący zamówienie może wypowiedzieć umowę w razie nie wypłacenia lub nieterminowego wypłacania należności za świadczone usługi zdrowotne. Dla swej skuteczności wypowiedzenie to musi być poprzedzone pisemnym wezwaniem do zapłaty skierowanym do udzielającego zamówienia. Wypowiedzenie umowy może nastąpić, jeżeli Udzielający zamówienia w terminie 21 dni od doręczenia wezwania do zapłaty nie przekazał zaległości na rachunek bankowy Przyjmującego zamówienie.

5. Umowa może być rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym, gdy Przyjmujący zamówienie:

- 1) dopuścił się rażącego naruszenia postanowień niniejszej umowy,
- 2) nie przestrzegał rozkładu dyżurów ustalonego przez Udzielającego zamówienia,
- 3) naraził Udzielającego zamówienia na szkodę majątkową lub wizerunkową, będącą wynikiem jego zachowania,
- 4) nie udokumentował zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w §6 ust. 5 niniejszej umowy, w terminie tam określonym oraz kolejnych dowodów ubezpieczenia,
- 5) przekazywał informację o zgonie pacjenta jednostkom nieuprawnionym, tj. zakładom pogrzebowym itp.,
- 6) popełnił przestępstwo, które uniemożliwia dalszą realizację umowy, jeżeli zostało ono stwierdzone prawomocnym wyrokiem skazującym lub okoliczności jego popełnienia nie budzą wątpliwości,
- 7) poświadczył nieprawdę w ofercie przystępując do konkursu ofert.

§ 6

Zapłata za wykonane usługi

1. Udzielający zamówienia zobowiązuje się do zapłacenia Przyjmującemu zamówienie zryczałtowanego wynagrodzenia w wysokości:

- **zł** (słownie: Złotych 0/100) brutto za dokonanie czynności jednorazowego stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu. ;

2. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przedłożenia faktury Udzielającemu zamówienia wraz z wykazem godzin stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej umowy, za miesiąc w którym świadczone usługi zdrowotne w terminie do 10 dnia następnego miesiąca na adres:

rozliczenia@ratownictwo.med.pl

3. Wpłata należności z faktury przez Udzielającego zamówienie nastąpi najpóźniej w terminie do 20 dnia następnego miesiąca po miesiącu, w którym świadczone usługi zdrowotne, pod warunkiem dostarczenia faktury zgodnie ust. 5. W przypadku nieprawidłowo wystawionej faktury lub dostarczenie w innym terminie niż wskazany w ust. 5 wypłata należności nastąpi w terminie 14 dni od dnia otrzymania poprawnej faktury.

4. Za dzień zapłaty faktury przyjmuje się dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego Zamówienie.

5. Przyjmujący zamówienie nie może bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienia przenieść wierzytelności z niniejszej umowy na osobę trzecią.

§ 7

Kwestie sporne

1. Ewentualne sprawy sporne wynikłe na tle wykonywania niniejszej umowy strony będą próbowały rozstrzygnąć w drodze wzajemnych negocjacji.

2. W przypadku braku możliwości rozwiązania kwestii spornych polubownie, strony poddają się rozstrzygnięciu właściwemu z uwagi na siedzibę Udzielającego zamówienia sądowi powszechnemu.

§8

Odesłanie

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają odpowiednie przepisy:

- 1) Kodeksu cywilnego,
- 2) Ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty
- 3) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej
- 4) ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych
- 5) inne obowiązujące w tym zakresie.

§9

Inne postanowienia umowy

1. Przyjmujący zamówienie w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych nie jest pracownikiem WSPR w Poznaniu w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy oraz innych przepisów dotyczących stosunku pracy.

2. Strony dopuszczają możliwość zmiany treści umowy, która wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności. Z zastrzeżeniem, że w przypadku zmian niekorzystnych dla Udzielającego zamówienia i w sytuacji kiedy, zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru przyjmującego zamówienie, wprowadzenie takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia tej umowy.

3. Strony umowy zobowiązują się do zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszystkich informacji pozyskanych w związku z realizacją umowy.

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

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE

Załącznik nr 2 do Umowy

KARTA ZGŁOSZENIA ZGONU
(wypełnia funkcjonariusz Policji przekazujący zgłoszenie Wykonawcy)

DATA, GODZINIE I MIEJSCE ZDARZENIA:

Data Godzina Miejsce

NAZWISKO I IMIĘ FUNKCJONARIUSZA POLICJI PRZEKAZUJĄCEGO ZGŁOSZENIE :

.....

NR SŁUŻBOWY:

Oświadczenie funkcjonariusza Policji przekazującego zgłoszenie:

Oświadczam, że przed wykonaniem zgłoszenia do lekarza w sprawie stwierdzenia zgonu, wykonałem/wykonałam niezbędne czynności mające na celu ustalenie rodziny i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie.

.....
Podpis funkcjonariusza Policji

DOKUMENT STWIERDZENIA ZGONU
(wypełnia lekarz realizujący zlecenie)

Data przyjazdu na miejsce zgłoszenia Godzina

IMIĘ I NAZWISKO ZMARŁEGO:

MIEJSCE ZAMIESZKANIA ZMARŁEGO:

MIEJSCE UJAWNIEŃ ZWŁOK:

.....
(adres lub opis miejsca)

NAZWISKO I IMIĘ LEKARZA STWIERDZAJĄCEGO ZGON:

Oświadczenie lekarza stwierdzającego zgon:

Oświadczam, że stwierdziłem/stwierdziłam zgon i wystawiłem/wystawiłam kartę zgonu osoby, której dane zamieściłem/zamieściłam powyżej:

.....
Podpis i pieczętka lekarza stwierdzającego zgon

Klauzula informacyjna dla firmy zewnętrznej obsługującej administratora

Wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 rozporządzenia PEiR (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) - dalej RODO, informujemy, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Poznaniu z siedzibą w 60-346 Poznaniu, ul. Rycerska 10;
2. administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym możliwy jest kontakt w sprawie danych osobowych: listowny na wyżej wskazany adres korespondencyjny z dopiskiem: „Inspektor ochrony danych” bądź e-mailowy: iod@ratownictwo.med.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe w zakresie danych identyfikacyjnych, kontaktowych, zajmowanego stanowiska/pełnionej funkcji zostały udostępnione Administratorowi przez Panią/Pana dalej zwanego [Kontrahent]. Czynności wykonywane są na rzecz Administratora i są przetwarzane w celach związanych z realizowaniem umowy zawartej pomiędzy Administratorem, a Kontrahentem;
4. w pozostałym zakresie Pani/Pana dane są przetwarzane w związku wykonywanymi przez Pana/Panią czynnościami, w tym godziny, terminy i zakres realizowanych prac, dane związane z kontrolą dostępu i zapewnieniem bezpieczeństwa osób i mienia Administratora, a także w związku z możliwością dochodzenia roszczeń;
5. podstawą przetwarzania Pani/a danych jest prawnie uzasadniony interes administratora w związku z realizacją celów wskazanych powyżej (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty, które uprawnione są do ich otrzymania na mocy przepisów prawa. Dane osobowe mogą być przekazywane na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych podmiotom: w szczególności podmiotom zewnętrznym, takim jak (poniższy katalog zostaje podany przykładowo):
 - a) Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
 - b) urzędy skarbowe;
 - c) banki
 - d) podmioty współpracujące w zakresie obsługi prawnej;
 - e) podmioty współpracujące w zakresie obsługi BHP, organizacji szkoleń i konferencji, wyjazdów, usług transportowych oraz kurierskich;
 - f) podmioty współpracujące w zakresie ochrony ubezpieczeniowej;
 - g) podmioty współpracujące w zakresie opieki medycznej;
 - h) podmioty współpracujące w zakresie świadczeń dodatkowych;
 - i) podmioty przetwarzające dane osobowe w imieniu i na rzecz Administratora (np. biuro rachunkowe, podmiot sprawujący nadzór nad siecią informatyczną, agencje marketingowe, agencje rekrutacyjne itp.);
 - j) kontrahenci Administratora (w celu realizacji zawartych umów);
 - k) podmioty lub organy uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa (w tym sądy, prokuratorzy, komornicy, organy regulacyjne i nadzorcze);
7. dane osobowe będą przechowywane przez okres współpracy z Kontrahentem, a po jej zakończeniu w zakresie danych zawartych w umowach i dokumentach księgowych przez okres 5 lat kalendarzowych po roku, licząc od kolejnego roku, po którym zakończyła się współpraca. Pozostałe dane mogą być przechowywane przez okres dochodzenia roszczeń;

8. posiada Pani/Pan [Kontrahent] prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, przeniesienia do innego administratora. Przysługuje Pani/Panu także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania;
9. przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO;
10. podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji umowy zawartej z Kontrahentem.....

Zapoznałam/łem się z wyżej wymienioną klauzulą

Poznań dnia..... Podpis.....