**UMOWA**

**Nr……………/ 2020**

**o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej**

zawarta w dniu. …............... pomiędzy:

**Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie**, ul. Szpitalna 45, 62-500 Konin, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS0000030801, NIP 665-104-26-75,
Regon 000311591, reprezentowanym przez Pana Leszka Sobieskiego – Dyrektor Szpitala,

zwanym w dalszej części umowy „Udzielającym Zamówienia”

a

………………………………………………………………

adres

NIP

zwanym w dalszej części umowy „Przyjmującym Zamówienie”

zwanymi dalej łącznie „**Stronami**” a indywidualnie „**Stroną**”,

Umowa została zawarta na podstawie rozstrzygnięcia w dniu …….. konkursu ofert nr ……….., o udzielanie świadczeń z zakresu ………………… przeprowadzonego na podstawie art. 26 i art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2020 r. poz. 295 ze zm.) oraz art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4–6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.)

o następującej treści:

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest przeprowadzenie **wizyt lekarskich** w projekcie pn.: „Program zwiększania dostępności do rehabilitacji neurologicznej dla osób po udarze przyczyniający się
do wzrostu szans na powrót na rynek pracy” nr RPWP.06.06.01-30-0019/19, zwanym w dalszej części umowy „projektem” na warunkach określonych w umowie i formularzu ofertowym Przyjmującego Zamówienie z dnia ………..
2. Przyjmujący Zamówienie przeprowadzi trzy wizyty lekarskie z każdym uczestnikiem projektu
w następujący sposób:
3. Wizyta lekarska 1 – na początku projektu - diagnostyka w celu ustalenia indywidualnego programu fizjoterapii (czas trwania: 45 minut);
4. Wizyta lekarska 2 – w trakcie trwania projektu - diagnostyka w celu kontroli i ewentualnej modyfikacji indywidualnego programu fizjoterapii (czas trwania: 30 minut);
5. Wizyta lekarska 3 – na koniec projektu - diagnostyka w celu kontroli i podsumowania indywidualnego programu fizjoterapii (czas trwania: 45 minut).
6. Przewidywane łączna liczba wizyt w jednym miesiącu to 20-30 wizyt.
7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przeprowadzenia wizyt lekarskich w siedzibie Udzielającego Zamówienia zgodnie z kryteriami wskazanymi w Regionalnym programie zdrowotnym
w zakresie rehabilitacji neurologicznej dla osób po udarze mózgu.
8. Realizacja przedmiotu umowy uwzględnia politykę równych szans i niedyskryminacji oraz potrzeby osób niepełnosprawnych.

§ 2

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do wykonywania usługi samodzielnie, z należytą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zgodnie z zasadami etyki zawodowej i przepisami obowiązującego prawa ze szczególnym uwzględnieniem praw pacjenta.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada:
	* 1. kwalifikacje określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj.: Dz.U.z 2020r.514),
		2. prawo wykonywania zawodu na terenie Rzeczpospolitej Polskiej,
		3. kwalifikacje zawodowe: ...........................
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do dostarczania Zleceniodawcy wszelkich dokumentów potwierdzających kwalifikacje i zdolność do wykonywania obowiązków wynikających z umowy.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone działaniem lub zaniechaniem przy wykonywaniu czynności zawodowych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy
i dostarczenie jej Udzielającemu Zamówienia.
5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że jest mu znana ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781 ze zm.).
6. Przyjmujący Zamówienie nie może udostępniać swoich uprawnień uzyskanych od Administratora Danych, a związanych z dostępem do systemu informatycznego, osobom trzecim.
7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przekazywania na bieżąco Udzielającemu Zamówienia kompletnej dokumentacji z realizacji przedmiotu zamówienia, tj. kart badania lekarskiego i list obecności pacjentów.

§ 3

1. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się, po udzieleniu Przyjmującemu Zamówienia stosownego upoważnienia, zgodnie z polityką bezpieczeństwa ochrony danych osobowych, zapewnić swobodny dostęp do dokumentacji medycznej.
2. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się w ramach niniejszej umowy do zapewnienia pomieszczeń służących do wykonania usługi.

§ 4

1. Za wykonywanie usługi będącej przedmiotem niniejszej umowy Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie w wysokości:
2. **………... zł brutto** (Słownie: ) za przeprowadzenie jednej wizyty lekarskiej nr 1;
3. **…….….. zł brutto** (Słownie: ) za przeprowadzenie jednej wizyty lekarskiej nr 2;
4. **……...… zł brutto** (Słownie: ) za przeprowadzenie jednej wizyty lekarskiej nr 3;
5. Podstawą wypłaty należności o której mowa w ust. 1 będzie rachunek wystawiony przez Przyjmującego Zamówienie na podstawie listy obecności pacjentów.
6. Wynagrodzenie wypłacone zostanie na podstawie prawidłowo wystawionego rachunku w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Udzielającego Zamówienia, przelewem na konto wskazanym
w danym rachunku.
7. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie możliwość zapłaty należności w terminie późniejszym niż określonym w ust. 3, co nie będzie traktowane jako zwłoka i nie będzie skutkowało koniecznością zapłaty odsetek, w przypadku otrzymania środków z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu w terminie późniejszym.

§ 5

1. Udzielający Zamówienia przewiduje możliwość zmiany umowy w zakresie przedmiotu umowy,
w przypadku, gdy nastąpią niezależne od Wykonawcy trudności w naborze osób do projektu.
2. Udzielający Zamówienia przewiduje możliwość zmiany umowy, w przypadku, gdy nastąpi zmiana powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie mającym wpływ na realizację przedmiotu umowy.
3. Udzielający Zamówienia przewiduje możliwość zmiany umowy, dotyczące zmiany terminu realizacji zamówienia, warunków płatności, zmiany wartości zamówienia wynikająca
ze zmniejszenia/rozszerzenia zakresu rzeczowego projektu.

§ 6

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że świadczenia zdrowotne wykonywane przez niego na podstawie umów z innymi zakładami opieki zdrowotnej i osobami fizycznymi nie będą ograniczały realizacji obowiązków określonych niniejszą umową, jak też nie będą zwiększały kosztów świadczeń stanowiących przedmiot tej umowy.

§ 7

Po ustaniu lub rozwiązaniu niniejszej umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zwrotu Udzielającemu Zamówienia wszelkich dokumentów jakie sporządził, opracował, czy otrzymał w związku z wykonywaniem niniejszej umowy.

§ 8

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się nie rozpowszechniać informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia w sposób naruszający dobre imię lub renomę Udzielającego Zamówienia.

§ 9

1. Umowa została zawarta na okres **od dnia 15.10.2020 r. do dnia 30.04.2023 r.**
2. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania umowy z 1 – miesięcznym okresem wypowiedzenia.
3. Umowa może być wypowiedziana w każdym czasie na zasadzie porozumienia stron.
4. Udzielającemu Zamówienia przysługuje prawo natychmiastowego rozwiązania niniejszej umowy
w każdym czasie, w przypadku stwierdzenia jej nienależytego wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie.

§ 10

Ewentualne spory między stronami podlegają rozstrzygnięciu sądowi właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy kodeksy cywilnego, ustawy o działalności leczniczej i innych właściwych przepisów prawa.

§ 12

Wszelkie zmiany treści umowy dla swojej ważności wymagają formy pisemnej.

§ 13

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

 Przyjmujący Zamówienie Udzielający Zamówienia

…........................................… ...........................................