UMOWA Nr ..... /2020 r. ***PROJEKT UMOWY***

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie .....

zawarta w dniu ..... pomiędzy:

.....

.....

.....

.....

zwaną w dalszej części umowy **PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE.**

a Firmą

MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE „POLESIE" W ŁODZI
wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000139233
Adres siedziby: **ul. Andrzeja Struga 86 , 90-557 Łódź.**
Adres do doręczeń: jak wyżej.
NIP: 7272408670 Regon: 000316393
którą reprezentuje:
Monika Nogala - Dyrektor
dalszej części umowy **UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA.**

Umowę niniejszą Strony zawierają na podstawie Art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2020r., poz. 295). Zgodnie z Art. 26 ust.5 ustawy jw. do udzielenia niniejszego zamówienia nie stosuje się Ustawy z dnia 29.01.2004r. - Prawo zamówień publicznych.

§ 1

1. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA zleca, a PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE zobowiązuje się do **wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie .....** w warunkach ambulatoryjnych, pacjentom UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.
2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1, realizowane będą przez PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE w **Przychodni Nr .... w Łodzi, ul. .....** wg harmonogramu, ...
3. PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE realizował będzie świadczenia przy wykorzystaniu lokalu, sprzętu oraz aparatury medycznej, a także innych środków niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, należących do UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA. PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz ze sprzętu medycznego należącego do UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w niniejszej umowie.
4. PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE będzie udzielał świadczeń zdrowotnych osobiście i oświadcza, że posiada uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w ust.1.
5. Obowiązek rejestracji pacjentów oraz sprawdzenia uprawnień pacjenta do korzystania z opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, spoczywa na UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA.

§2

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych, o których mowa § 1 ust 1 niniejszej umowy i oświadcza, że wykonywać je będzie z zachowaniem należytej staranności zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną i standardami postępowania oraz na zasadach wynikających z: Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z pózn. zm.); Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z pózn. zm.); Ustawy z dnia 06.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz.1127); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146 z pózn. zm.); Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U z 2019 r. poz.1781) i innych przepisów regulujących zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, a także innych regulacji prawnych, mających zastosowanie do przedmiotu umowy.

§3

1. PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE zobowiązuje się do wykonywania osobiście świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową w dniach i godzinach określonych w §1 ust.2. *
2. W razie okoliczności uniemożliwiających wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach ustalonych godzin, PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE zobowiązuje się do wcześniejszego zawiadomienia o tym fakcie UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA, uzyskania pisemnej zgody na nieobecność w minimalnym okresie 5 dni roboczych przed przerwą w udzielaniu świadczeń - w przypadku nieobecności planowanej, niezwłocznie - w sytuacji nagłej spowodowanej np. chorobą. *
3. Udzielanie świadczeń rozpoczyna się i kończy w dniu i o godzinie ustalonej w §1 ust.2 za wyjątkiem sytuacji, kiedy czynności medyczne podjęte przed zakończeniem czasu wyznaczonego muszą być kontynuowane z uwagi na niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta.

*** zapis dotyczy Przyjmujących zamówienie prowadzących działalność w ramach Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Lekarskiej.**

§4

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE zobowiązuje się do:

1) rzetelnego wykonywania przedmiotu umowy przy wykorzystaniu aktualnego stanu wiedzy medycznej,
2) przestrzegania procedur wewnętrznych oraz rzetelnego, samodzielnego prowadzenia dokumentacji medycznej obowiązującej u UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA,
3) dokonywania rozliczeń świadczeń udzielonych pacjentom poprzez nadanie produktu rozliczeniowego,
4) dbałości o powierzone mienie, a w szczególności o sprzęt i aparaturę medyczną,
5) zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powziął wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy, a które stanowią tajemnicę zawodową, tajemnicę przedsiębiorstwa, jak również podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych zgodnie z wymogami obowiązującymi u UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA,
6) przestrzegania przepisów BHP i p.poż obowiązujących u UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA – PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE oświadcza, że zapoznał się z *„MATERIAŁAMI INFORMACYJNYMI Z ZAKRESU BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY DLA osób realizujących prace na terenie Przychodni M.C.M. „Polesie" w Łodzi"*- materiały stanowią załącznik nr 1 do niniejszej umowy,
7) potwierdzania faktu realizacji świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, zgodnie z harmonogramem ustalonym w §1 ust.2 – *POTWIERDZENIE REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH* stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy,

8) stosowania się do zarządzeń wewnętrznych UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA o charakterze porządkowym, organizacyjnym, respektowania przepisów i zarządzeń obowiązujących u UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA oraz przestrzegania zasad współdziałania z personelem zatrudnionym u UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA oraz respektowania poleceń kierownictwa przychodni, o której mowa w § 1 ust 2,
9) udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy we własnej odzieży i obuwiu roboczym spełniającym wymagania określone w Polskich Normach oraz w środkach ochrony indywidualnej zabezpieczających przed działaniem czynników szkodliwych w środowisku pracy, które spełniają wymagania dotyczące oceny zgodności – zaopatrzenia w środki wskazane powyżej oraz prania odzieży PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE dokonuje na własny koszt,
10) do ponoszenia kosztów napraw sprzętu medycznego należącego do UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE.
11) nie pobierania za udzielanie świadczeń jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich rodzin z tytułu wykonania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.

§5

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną osobom trzecim przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Strony umowy.
2. PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE ponosi pełną odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie, a w szczególności wynikających z:
   a) niewykonania lub niewłaściwego wykonania świadczenia zdrowotnego,
   b) przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,
   c) nieprowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy lub niekompletny.
3. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA uprawniony jest do żądania od PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE pokrycia szkody wyrządzonej niewykonywaniem lub niewłaściwym wykonywaniem przez PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE niniejszej umowy, w tym m.in. kosztów świadczeń nieopłaconych przez NFZ lub innych płatników tego tytułu oraz kar umownych i obowiązków odszkodowawczych nałożonych na UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA przez NFZ lub innych płatników w umowach zawartych z UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA.
4. PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE upoważnia UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA do potrącenia równowartości zakwestionowanego świadczenia z wypłaty wynagrodzenia należnego za kolejne miesiące następujące po miesiącu, w którym UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA dowiedział się o odmowie zapłaty za świadczenia zdrowotne.

§6

1. PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE jest zobowiązany do:
   a) <u>ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej</u> za szkody wyrządzone przy wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie objętym niniejszą umową na podstawie przepisów dotyczących obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obowiązujących w dacie zawarcia umowy tj. z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866). Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,
   b) utrzymania przez cały czas obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia,
   c) przedłożenia polisy ubezpieczeniowej potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia,

o której mowa w ust. 1 przed dniem rozpoczęcia wykonywania niniejszej umowy,

d) dostarczenia UDZIELAJĄCEMU ZAMÓWIENIA najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania dotychczasowej umowy ubezpieczenia kserokopii nowej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub dokumentu równorzędnego - w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ulegnie rozwiązaniu w trakcie obowiązywania niniejszej umowy,

e) posiadania aktualnego, w całym okresie obowiązywania umowy, orzeczenia lekarskiego dotyczącego braku przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku określonym niniejszą umową, wydanego stosownie do art. 43 pkt 2 i art. 229 § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1040 z późniejszymi zmianami) oraz dostarczenia aktualnego orzeczenia w przypadku jego wygaśnięcia w trakcie obowiązywania niniejszej umowy*.

*** osoby wykonujące świadczenie muszą posiadać orzeczenie lekarskie.**

2. W przypadku niewykonania i nienależytego wykonania obowiązków wskazanych w ust. 1, UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA uprawniony jest do żądania zapłaty kary umownej w wysokości 1% miesięcznego wynagrodzenia brutto wskazanego w § 8 ust 1 za każdy dzień trwania naruszenia, co nie pozbawia UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA prawa do dochodzenia odszkodowania w wysokości przewyższającej zastrzeżoną karę na zasadach ogólnych.

§7

1. PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE przyjmuje obowiązek poddania się kontroli wykonywanej przez UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA, Narodowy Fundusz Zdrowia i inne uprawnione organy oraz udostępnienia wszelkich danych i informacji niezbędnych do jej przeprowadzenia w zakresie wykonywania umowy, w szczególności:
   a) sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
   b) prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej,
   c) przestrzegania praw pacjenta.
2. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA uprawniony jest do odsunięcia PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE od wykonywania świadczeń zdrowotnych, na czas przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego w przypadku gdy do UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA wpłynie skarga dotycząca sposobu wykonywania przez PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
3. W przypadku zasadności skargi UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA uprawniony jest do naliczenia i żądania zapłaty przez PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE kary umownej w wysokości 1% miesięcznego wynagrodzenia brutto wskazanego w § 8 ust 1 za każdy przypadek uzasadnionej skargi. Nie pozbawia to UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA prawa do żądania odszkodowania w wysokości przewyższającej karę na zasadach ogólnych.

§8

1. PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE będzie otrzymywał **wynagrodzenie miesięczne** w kwocie stanowiące **.....% kwoty uzyskanej** przez UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA **z Narodowego Funduszu Zdrowia** za świadczenia (jednostki rozliczeniowe) wykonane przez PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE w danym miesiącu kalendarzowym.
2. PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE w terminie do 3 dni po zakończeniu miesiąca kalendarzowego, w którym udzielał świadczeń zdrowotnych, dostarczy do siedziby UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA (sekretariat I piętro) fakturę. Do faktury PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE dołączy *POTWIERDZENIE REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH,* której wzór stanowi załącznik nr 2, potwierdzoną przez kierownika przychodni w której realizowane były świadczenia.

3. Należności wynikające z realizacji umowy przekazywane będą przelewem na rachunek bankowy PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE wskazany w załączniku nr 3, w terminie do 10-sięciu dni od dostarczenia faktury. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA.
4. W przypadku gdy wskazany przez PPRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE rachunek bankowy, na który ma nastąpić zapłata wynagrodzenia, nie widnieje w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT, UDZIELAJĄCEMU ZAMÓWIENIA przysługuje prawo wstrzymania zapłaty wynagrodzenia do czasu uzyskania wpisu tego rachunku bankowego lub rachunku powiązanego z rachunkiem PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE do przedmiotowego wykazu lub wskazania nowego rachunku bankowego ujawnionego w ww. wykazie.
5. Okres do czasu uzyskania przez PPRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE wpisu rachunku bankowego do przedmiotowego wykazu lub wskazania nowego rachunku bankowego ujawnionego w ww. wykazie nie jest traktowany jako opóźnienie UDZIELAJĄCEMGO ZAMÓWIENIA w zakresie należnego wynagrodzenia i w takim przypadku nie będą naliczane za ten okres odsetki za opóźnienie w wysokości odsetek ustawowych, jak i uznaje się, że wynagrodzenie nie jest jeszcze należne PRZYJMUJĄCEMU ZAMÓWIENIE w tym okresie.

§ 9

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony:

   od dnia ..... do dnia .....
2. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:
   a) z upływem czasu, na jaki została zawarta,
   b) na mocy porozumienia Stron,
   c) w przypadku jej wypowiedzenia przez każdą ze Stron, złożonego na piśmie, z jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia, którego bieg rozpoczyna się w pierwszym dniu kalendarzowym następującym po dniu, w którym złożono wypowiedzenie.
3. Strony zastrzegają sobie możliwość rozwiązania umowy w następstwie rażącego naruszenia jej postanowień bez okresu wypowiedzenia w przypadku:
   a) ograniczenie przez PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE zakresu i obniżenie jakości świadczeń,
   b) nie przestrzeganie przez PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE harmonogramu udzielanych świadczeń,
   c) wykonywania przez PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE świadczeń niezgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej,
   d) uzasadnionych skarg pacjentów uznanych przez UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA jeśli związane są one z naruszeniem postanowień niniejszej umowy lub przepisów prawnych regulujących zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych,
   e) nie wypłacenia PRZYJMUJĄCEMU ZAMÓWIENIE wynagrodzenia co najmniej przez dwa okresy płatnicze.
4. Umowa wygasa automatycznie w przypadku utraty przez PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE uprawnień koniecznych do wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych niniejszą umową, bądź zawieszenia jego uprawnień zawodowych.
5. Osobą odpowiedzialną za realizację oraz rozliczenie niniejszej umowy z ramienia UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA jest **p.** ..... p.o. Kierownika Działu Kadr, Płac i Spraw Socjalnych.

§10

Obowiązki w zakresie zobowiązań podatkowych, ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, wynikające z wykonywania umowy, spoczywają na PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE.

§11

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy m.in. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U z 2019 r. poz. 1373 z pózn. zm.), ustawy o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018r. poz.2190 z pózn. zm.), przepisy Kodeksu cywilnego (t.j. Dz. U. 2019 poz.1145 z pózn. zm.), a także inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§12

Wszelkie zmiany postanowień niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§13

Ewentualne spory powstałe przy wykonywaniu niniejszej umowy rozstrzygać będzie Sąd właściwy miejscowo dla UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA.

§14

Prawa i obowiązki jak również wierzytelności PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE wynikające z niniejszej umowy, nie mogą być przenoszone na osoby trzecie bez uprzedniej, pisemnej zgody UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA.

§15

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1) Administratorem danych osobowych PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE jest Miejskie Centrum Medyczne „Polesie", adres: ul. A. Struga 86, 90-557 Łódź;;
2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE może się kontaktować w sprawach przetwarzania jego danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@mcmpolesie.pl;
3) Administrator będzie przetwarzał dane osobowe PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy.
4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem).
5) Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6) PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

7) Dane osobowe PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE będą przechowywane przez okres 10 lat od końca roku kalendarzowego, w którym umowa została wykonana, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania np. z uwagi na dochodzenie roszczeń.
8) PRZYJMUJĄCEMU ZAMÓWIENIE przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy.
10) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

§16

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji dotyczących UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA, w których posiadanie wszedł w związku z wykonywaniem przedmiotu niniejszej umowy, chyba że obowiązek ujawnienia tych informacji wynika z przepisów prawa, albo są one powszechnie dostępne z innych źródeł. Obowiązek ten obowiązuje bez żadnych ograniczeń czasowych także po rozwiązaniu lub wygaśnięciu niniejszej umowy.

§17

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

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE **UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

Załącznik nr 1
do Umowy nr ..... /2020r.
zawartej pomiędzy:
.....
a M.C.M. „Polesie" w Łodzi.

MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE POLESIE W ŁODZI

MATERIAŁY INFORMACYJNE
Z ZAKRESU BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY DLA
osób realizujących prace na terenie **Przychodni MCM Polesie w Łodzi**

Pracownicy firm zewnętrznych/osoby realizujące prace na trenie MCM Polesie są zobowiązani do:

- posiadania odpowiednich kwalifikacji do realizacji pracy,
- posiadania aktualnego szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz badań lekarskich zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie,
- wykonywania pracy w odpowiedniej odzieży roboczej oraz obuwiu roboczym,
- posiadania i stosowania wymaganych środków ochrony indywidualnej,
- zapoznania się z zasadami pracy obowiązującymi na terenie Przychodni,
- przestrzegania obowiązujących regulaminów i zarządzeń wewnętrznych,
- przestrzegania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- niezwłocznego zgłaszania zaistniałych na terenie zakładu wypadków.

1. Urządzenia używane przez firmę zewnętrzną/ osoby realizujące prace nie mogą stwarzać zagrożenia.
2. W przypadku stosowania w procesie pracy substancji i mieszanin niebezpiecznych lub stwarzających zagrożenie przedstawiciel firmy zewnętrznej powinien posiadać aktualny Spis tych substancji oraz ich karty charakterystyki.
3. Wszelkie materiały stosowane czy używane w czasie wykonywania pracy muszą być tak przechowywane i zabezpieczone, aby nie stwarzały zagrożenia dla współpracowników.
4. Wszelkie odpady powstałe podczas wykonywania pracy należy usuwać zgodnie z obowiązującymi na terenie Przychodni zasadami segregacji.
5. Miejsca niebezpieczne muszą być tak zabezpieczone, aby nie stwarzały zagrożenia dla ludzi.
6. W sytuacjach awaryjnych, zagrożenia życia lub zdrowia pracowników stosować się do poleceń wydawanych przez upoważnioną osobę.

Czynniki środowiska pracy oraz metody ochrony przed ich wpływem

W Przychodniach mogą występować:

- **czynniki niebezpieczne**, których oddziaływanie na pracującego prowadzi lub może prowadzić do urazu,
- **czynniki szkodliwe i uciążliwe**, których oddziaływanie na pracującego prowadzi lub może prowadzić do schorzenia. Czynniki te można podzielić na: biologiczne, chemiczne, fizyczne i psychofizyczne.

Do czynników niebezpiecznych (urazowych) zaliczamy m.in.:

- Ruchome elementy urządzeń medycznych,
- Ostre i wystające przedmioty,
- Przemieszczanie się ludzi i przedmiotów,
- Napięcie prądu elektrycznego (występuje na wszystkich stanowiskach pracy przy urządzeniach i instalacjach elektrycznych),
- Temperatura urządzeń i powierzchni powodująca poparzenia,
- Substancje chemiczne klasyfikowane jako niebezpieczne, m.in. środki dezynfekcyjne, środki czystościowe.
- Składowanie i stosowanie gazów medycznych,
- Nierówne i śliskie powierzchnie na terenie Przychodni i terenie wokół.

Podstawowe zasady ochrony przed czynnikami niebezpiecznymi:

- utrzymywanie ładu i porządku na stanowisku pracy,
- składowanie materiałów wyłącznie w miejscach wyznaczonych,
- przestrzeganie zasad bezpiecznej pracy z narzędziami ostrymi,
- stosowanie tylko sprawnych urządzeń zgodnie z przeznaczeniem,
- stosowanie środków ochrony indywidualnej.

Czynniki biologiczne to m.in.: wirusy, bakterie, grzyby, pasożyty, priony.
Zakażenie może nastąpić przez bezpośrednie skaleczenie, kontakt z zakażoną osobą lub materiałem biologicznym, drogą pokarmową lub powietrzną.
Źródłem zagrożenia czynnikami biologicznymi mogą być:

- zakażone środowisko,
- chory pacjent, personel,
- zainfekowany sprzęt medyczny, środki medyczne.

Podstawowe zasady ochrony *przed czynnikami biologicznymi* występującymi w środowisku pracy to prawidłowa organizacja pracy m. in.:

- przestrzeganie znaków bezpieczeństwa i oznakowania stref zagrożenia,
- przestrzeganie bezwzględnego zakazu jedzenia i picia oraz palenia tytoniu na stanowisku pracy personelu medycznego,
- przestrzeganie wymogów higieny tj. mycie rąk, stosowanie środków ochrony indywidualnej,
- przestrzeganie zasad i procedur podczas wykonywania prac, przy których może nastąpić zakażenie.

Najczęstsze zagrożenia spowodowane **czynnikami chemicznymi** występują przy stosowaniu: chemicznych środków dezynfekcyjnych, gazów medycznych, środków czystościowych. W zależności od sposobu działania na organizm człowieka wśród czynników chemicznych można wyróżnić:

- toksyczne, drażniące, żrące, uczulające, rakotwórcze, mutagenne, substancje upośledzające funkcje rozrodcze.

Czynniki chemiczne mogą oddziaływać na organizm człowieka przez drogi oddechowe, skórę i błony śluzowe, a także przez przewód pokarmowy.
Podstawowe zasady ochrony *przed działaniem czynników chemicznych* to:

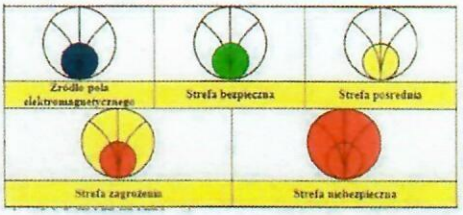
- wszystkie stosowane środki chemiczne powinny być oznakowane w sposób widoczny i umożliwiający ich identyfikację,
- znajomość treści kart charakterystyki stosowanych substancji niebezpiecznych,
- przestrzeganie instrukcji postępowania z substancjami chemicznymi,
- przechowywanie środki chemiczne wyłącznie w oryginalnych opakowaniach,
- stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej,
- zapewnienie bezpiecznego gromadzenia, przechowywania i niszczenia odpadów.

Oznakowanie substancji niebezpiecznych

Zagrożenia czynnikami fizycznymi to zagrożenia spowodowane m.in. przez stosowane urządzenia medyczne, urządzenia elektryczne zaplecza technicznego. Czynniki fizyczne występujące w środowisku pracy to: hałas, wibracje, mikroklimat, promieniowanie jonizujące, pole elektromagnetyczne.

Ochrona pracowników przed wpływem czynników fizycznych to przede wszystkim:

- utrzymywanie urządzeń w dobrym stanie technicznym, zgodnie z dokumentacją techniczno-ruchową (terminowe przeglądy techniczne, właściwa konserwacja),
- stosowanie sprawnych i skutecznych ochron przeciwporażeniowych,
- obsługa urządzeń zgodnie z instrukcją obsługi, tylko przez wyznaczone osoby,
- zaopatrzenie pracowników w środki ochrony indywidualnej i zbiorowej,
- nie wchodzenie w strefy zagrożenia, do pomieszczeń, gdzie obowiązuje zakaz wejścia,
- zachowanie jak największej odległości od źródeł promieniowania



Podstawowe zasady bezpiecznego poruszania się:

- Korzystaj tylko z wyznaczonych dróg, chodników i przejść.
- Pojazdy mechaniczne powinny poruszać się tylko po wyznaczonych drogach przeznaczonych do ruchu kołowego, wyraźnie i trwale oznakowanych.
- Poruszając się pieszo, pracownik jest zobowiązany korzystać jedynie z dróg wyznaczonych dla ruchu pieszego, w razie braku drogi dla pieszych należy poruszać się lewą strona drogi.
- Niosąc przedmioty, narzędzia, należy je zabezpieczyć, aby nie przeszkadzały innym użytkownikom drogi.
- Nie tarasować i zaśmiecać dróg transportowych.
- Nie zasłaniać, przestawiać, zmieniać lub usuwać znaków i sygnałów drogowych oraz urządzeń ostrzegawczych i zabezpieczających.
- Zachować szczególną ostrożność przy schodzeniu po schodach, pochylniach.
- Nie wchodzić do pomieszczeń, gdzie obowiązuje zakaz wejścia.

Ręczne prace transportowe

Zasady prawidłowego przenoszenia ciężarów:

- przemieszczane przedmioty należy przenosić jak najbliżej ciała (obciążenie wzrasta wraz z odległością między ciężarem a pracownikiem),
- podczas podnoszenia minimalizować ruchy tułowia (pochylenia, skłony i skręcenia),
- unikać podnoszenia obiektów z przemieszczającym się środkiem ciężkości,
- pochylenie tułowia nie może przekraczać 45°,
- unikać dużej częstotliwości podnoszenia (szybkie tempo),
- przedmiot przemieszczany nie powinien ograniczać pola widzenia pracownika,
- przenosić ciężar na opuszczonych rękach, dźwignie ciężaru przy zgiętych w stawie łokciowym rękach zwiększa dwukrotnie obciążenie zaangażowanych mięśni.

Niedozwolone jest przekraczanie dopuszczalnych mas przenoszonych przedmiotów.

➢ **Dopuszczalne normy podnoszenia i przenoszenia ciężarów na jednego pełnoletniego pracownika wynoszą:**

- dla kobiet:

– 20 kg, gdy praca ma charakter dorywczy (do 4 razy na godzinę w czasie zmiany roboczej)
– 12 kg, gdy praca ma charakter stały,

- dla kobiet w ciąży lub karmiących piersią:

¼ wartości norm dźwigania obowiązujących kobiety.

- dla mężczyzn:

– 50 kg, gdy praca ma charakter dorywczy,
– 30 kg, przy pracy stałej,

Porządek i czystość w miejscu pracy

Pracownicy powinni pamiętać, że:

- po przyjściu do pracy i założeniu przydzielonej odzieży roboczej własne ubranie należy pozostawić w szatni w przeznaczonych do tego szafkach,
- należy dbać o czystość i stan odzieży roboczej,
- przed każdym posiłkiem myć ręce,
- należy utrzymywać porządek na stanowisku pracy, w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych, szatniach.

Na terenie Przychodni MCM Polesie obowiązuje zakaz palenia

ZAKAZ PALENIA

Postępowanie w sytuacjach awaryjnych

Niezwłocznie powiadomić odpowiednie służby. W Rejestracjach w poszczególnych Przychodniach znajdują się wykazy telefonów alarmowych.
W razie pożaru postępować zgodnie z „ Instrukcją postępowania na wypadek pożaru".

Zasady postepowania podczas udzielania pierwszej pomocy

W każdej Przychodni znajdują się apteczki pierwszej pomocy. Obok apteczek wywieszone są ogólne zasady udzielania pierwszej pomocy w razie wypadku oraz informacja o osobach wyznaczonych do udzielania pierwszej pomocy.

Główny Specjalista ds. BHP
mgr Wiesława Szczubiałka
10.10.2018r.

DYREKTOR
Miejskiego Centrum Medycznego
"Polesie" w Łodzi
Monika Kogała

Załącznik nr 2
do Umowy nr ..... /2020r.
zawartej pomiędzy:
.....
a M.C.M. „Polesie" w Łodzi.

Załącznik Nr 2 do Umowy nr ..... /2019r. zawartej pomiędzy:
.....
a M.C.M. „Polesie" w Łodzi.

MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE POLESIE

POTWIERDZENIE REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH MIESIĄC...../ROK.....

IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA..... NAZWA PORADNI.....

Część A. Potwierdzenie realizacji świadczeń – Lekarz

lp	Data udzielonego świadczenia	godziny pracy od ...do....	Kod rozliczeniowy świadczenia/rodzaj świadczenia	Liczba udzielonych świadczeń	UWAGI
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

1

17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					

Data ..... Pieczątka i podpis .....

Uwaga!
W wypadku stwierdzonych nieprawidłowości dokument należy zwrócić do osoby wystawiającej Potwierdzenie w celu złożenia stosownych wyjaśnień.
Wypłata wynagrodzenia za udzielone świadczenia może nastąpić tylko i wyłącznie po pozytywnej ocenie merytorycznej.

Część B. Potwierdzenie realizacji świadczeń – Kierownik/osoba merytorycznie odpowiedzialna (nadzorującą realizacje świadczeń)

☐ **Potwierdzam zgodność informacji** zawartych w Potwierdzeniu realizacji
realizacji
świadczeń z ustalonym haromonogramem pracy i faktycznie.
wykonanymi świadczeniami

Data ..... Pieczątka i podpis .....

☐ **Nie potwierdzam zgodności** informacji zawartych w Potwierdzeniu

świadczeń z ustalonym haromonogramem pracy i faktycznie
wykonanymi świadczeniami.
Opis stwierdzonych nieprawidłowości .....
.....

Data ..... Pieczątka i podpis .....

2

Część C. Potwierdzenie realizacji świadczeń – Kierownik Działu Kontraktów i Świadczeń Medycznych

☐ **Potwierdzam zgodność informacji** zawartych w Potwierdzeniu realizacji
realizacji
świadczeń z ustalonym haromonogramem pracy i faktycznie.
wykonanymi świadczeniami

Data ..... Pieczątka i podpis .....

☐ **Nie potwierdzam zgodności** informacji zawartych w Potwierdzeniu

świadczeń z ustalonym haromonogramem pracy i faktycznie
wykonanymi świadczeniami.
Opis stwierdzonych nieprawidłowości .....
.....
.....
.....

Data ..... Pieczątka i podpis .....

Część D. Potwierdzenie przyjęcia rachunku wraz z Załącznikiem Potwierdzenie realizacji świadczeń przez Dział Finansowo-Księgowy

Data ..... Pieczątka i podpis .....

3

Załącznik nr 3
do Umowy nr ..... /2020r.
zawartej pomiędzy:
.....
a M.C.M. „Polesie" w Łodzi.

Niniejszym oświadczam, że wynagrodzenie wynikające z zawartej przez Strony w dniu ..... Umowy Nr ..... /2020 r. dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie ....., należy przekazywać na rachunek podany w zgłoszeniu identyfikacyjnym / aktualizacyjnym NIP lub CEiDG nr

.....

w Banku

.....

Zobowiązuję się do informowania na piśmie, o każdej zmianie wyżej podanego rachunku.

.....
Pieczęć oraz czytelny podpis

Załącznik nr 4
do Umowy nr ..... /2020r.
zawartej pomiędzy:
.....
a M.C.M. „Polesie" w Łodzi.

Oświadczam , że należę do następującej grupy

- **gospodarstwa domowe : osoby fizyczne lub NZOZ-y prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek zatrudniające do 9 osób włącznie**

  TAK NIE

- **przedsiębiorstwa niefinansowe : osoby fizyczne , NZOZ-y lub spółki prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek zatrudniające powyżej 9 osób**

  TAK NIE

* właściwe zaznaczyć okręgiem.

.....
Pieczęć oraz czytelny podpis