**Załącznik nr 3 do SWKO**

-PROJEKT-

**UMOWA Nr .....**
**o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta w ramach konkursu ofert**

zawarta w dniu .....w Katowicach pomiędzy:

Katowickie Centrum Onkologii ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice
posiadającym numer REGON 276201240
NIP 634-22-99-376
KRS 0000096116
reprezentowanym przez: lek. med. Włodzimierza Migacza - Dyrektora Centrum
zwanym dalej „Udzielającym Zamówienia"

a

.....adres: .....
wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej
NIP .....
REGON .....
zwanym dalej „Przyjmującym Zamówienie"

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych W Oddziale ..... (*zgodnie z pakietem)* Katowickiego Centrum Onkologii.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zapewnienia niezbędnego zabezpieczenia lekarskiego.
3. Przyjmujący Zamówienie obok udzielanych świadczeń zdrowotnych określonych w szczegółowych warunkach konkursu, w ramach wiążącej go umowy będzie również brał udział w programach tj: BREAST CANCER UNIT i innych realizowanych przez Centrum w tym: spotkaniach, konsultacjach oraz szkoleniach specjalizacyjnych w ramach wynagrodzenia wypłacanego w związku z realizacją umowy.
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada uprawnienia do wykonywania przedmiotu umowy na terenie Rzeczypospolitej.
5. Strony ustalają, że lekarskie świadczenia zdrowotne pełnione będą w dni powszednie od godz. 15.35 do 8:00 dnia następnego, w dni wolne od pracy (w tym niedziele i święta) od godz. 8:00 do godz. 8:00 dnia następnego.
6. Lekarskie świadczenia zdrowotne będą udzielane zgodnie z Harmonogramem uzgodnionym z Zarządzającym Oddziałem.
7. Za zgoda stron dopuszcza się możliwość zmiany godzin rozpoczęcia i zakończenia lekarskich świadczeń zdrowotnych trakcie trwania umowy na podstawie aneksu.
8. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywania przedmiotu umowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

9. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, które posiada jest zgodne z wymaganymi przepisami i wskazuje miejsce udzielania świadczeń w lokalizacji Katowickie Centrum Onkologii jak również obejmuje osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w imieniu Przyjmującego Zamówienie.
10. W przypadku Przyjmujących Zamówienie nie będących podmiotami leczniczymi ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej powinno odpowiadać wartościom obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego przyjmującego zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach konkursu.
11. Przyjmujący Zamówienie ponosi wyłączną odpowiedzialność za nieważność lub wadliwość posiadanych ubezpieczeń.
12. Kopia polisy stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

§ 2

1. Miejscem realizacji wykonywanych lekarskich świadczeń zdrowotnych jest Katowickie Centrum Onkologii.

§ 3

1. Przyjmujący Zamówienie w czasie wykonywania umowy korzysta z:
   - lokalu,
   - aparatury i sprzętu medycznego,
   - materiałów medycznych,
   - innych środków niezbędnych do wykonywania umowy udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia.
2. Korzystanie z wyżej wymienionych środków może odbywać się w zakresie niezbędnym do realizacji niniejszej umowy,
3. Przyjmujący Zamówienie zapewnia sobie we własnym zakresie odzież roboczą, zaś w zakresie odzieży ochronnej do wykorzystania na Bloku Operacyjnym i w innych pomieszczeniach zabiegowych zapewnia ją Udzielający Zamówienia w tym jej pranie.

§ 4

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność, w tym odpowiedzialność materialną za:
   - wykonanie przedmiotu umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   - realizację przedmiotu umowy zgodnie z umowami zawartymi przez Centrum,
   - prawidłowe wypisywanie recept zgodnie z przepisami wynikającymi z ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (t.j. Dz. U z 2019 r., poz. 784 ze zmianami) i odpowiadające stanowi faktycznemu,
   - roszczenia NFZ wynikające z nieprawidłowej ordynacji leków i innych środków refundowanych przez NFZ,
   - prawidłowość prowadzonej dokumentacji medycznej i sprawozdawczości do NFZ w zakresie realizowanych świadczeń zdrowotnych,
   - udzielane świadczenia zdrowotne,
   - jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych,

- szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń objętych niniejszą umową,
- sprawozdawczość wadliwą w stosunku do zasad NFZ lub innego płatnika świadczeń.

2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż posiada:
   - aktualne zaświadczenia lekarskie stwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy i posiadają zdolność realizacji świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami i wymaganiami NFZ.
   - dokumenty potwierdzające fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz specjalizację zgodną z rodzajem udzielanych świadczeń oraz w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji udokumentowane odbywanie specjalizacji z w/w dziedzin nie krócej niż dwa lata od dnia rozpoczęcia w/w specjalizacji.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do znajomości i przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.
4. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność materialną za uszkodzenia sprzętu powstałe z winy wykonującego zlecenie, lub zaginięcie sprzętu i aparatury, z której korzysta w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy, a stanowiącej własność Udzielającego Zamówienia.
5. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej oraz dokumentacji medycznej stanowiącej własność Udzielającego Zamówienia na zasadach obowiązujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się dobrowolnie pokryć wszystkie szkody poniesione przez Centrum z tytułu nie wykonania lub nienależytego wykonania niniejszej umowy, przyjmuje również odpowiedzialność za roszczenia pacjentów związane z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi.
7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się zachować w tajemnicy wszystkie informacje, jakie pozyskał w trakcie wykonywania niniejszej umowy, a w szczególności wszelkie dane pacjentów, jak również dane techniczne i organizacyjne Udzielającego Zamówienia zgodnie z dyspozycją: Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE (2016/679) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych), ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji z dnia 16 kwietnia 1993 r. i wykonać zamówienie zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta.
8. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego Zamówienia, Narodowy Fundusz Zdrowia lub innego płatnika świadczeń na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy.

§ 5

Przyjmujący Zamówienie nie pobiera opłat od pacjentów za udzielane świadczenia zdrowotne z wyjątkiem opłat pobieranych na rzecz Udzielających Zamówienie na zasadach przez niego określonych.

§ 6

Przyjmujący Zamówienie sprawuje kontrolę merytoryczną i organizacyjną oraz nadzoruje prace personelu oddziału, którego dotyczy zamówienie z możliwością wydawania personelowi wiążących poleceń, a także kontroluje ich realizację w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy.

§ 7

1. Udzielający Zamówienia za wykonanie przedmiotu niniejszej umowy zapłaci za każdy miesiąc udzielania świadczeń Przyjmującemu Zamówienie zgodnie ze złożoną ofertą kwotę brutto w wysokości …….. zł za jedną godzinę lekarskich świadczeń zdrowotnych w ..... (*zgodnie z pakietem*) niezależnie od pory i dnia tygodnia jego realizacji (dni robocze i świąteczne) oraz kwotę brutto w kwocie ..... zł za jedno znieczulenie porodu, a maksymalna wartość umowy wynosi .....……. zł (słownie: ……zł) przy czym w przypadku w którym nie zostanie ona osiągnięta Przyjmującemu Zamówienie nie przysługuje w stosunku do Udzielającego Zamówienia jakiekolwiek roszczenie, a wartość kwoty do wypłaty stanowi iloczyn ilości godzin i stawki oraz iloczyn ilości znieczuleń porodu i stawki.
2. Wynagrodzenie wynikające z umowy udokumentowane fakturą/rachunkiem będzie podstawą do naliczenia składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. Wartość przekazanych składek będzie stanowić przychód osób wykonujących świadczenia zdrowotne, a tym samym podstawę do naliczenia zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych o ile jest to wymagane przepisami prawa..
3. Wynagrodzenie będzie płatne miesięcznie na konto Przyjmującego Zamówienie w terminie 30 dni od daty przedstawienia rachunku wraz z wykazem wykonanych świadczeń potwierdzonego przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym Zespołu nr 1.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do złożenia Głównej Księgowej Centrum informacji o numerze konta bankowego, na które będzie przekazane wynagrodzenie.

§ 8

1. W czasie wykonywania świadczeń zdrowotnych Przyjmujący Zamówienie nie może opuścić Katowickiego Centrum Onkologii w żadnych okolicznościach, chyba że z uwagi na siłę wyższą nie będzie mógł udzielać świadczeń zdrowotnych i uzyska zgodę Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym, po uprzednim ustaleniu zastępstwa pełnionego przez podmiot posiadający odpowiednie kwalifikacje zgodnie z wymaganiami Udzielającego Zamówienia.

§ 9

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia 01.01.2020 r. do dnia 31.12.2021 r. ale nie dłużej niż do wyczerpania maksymalnej wartości umowy.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do rozwiązania umowy w każdym czasie bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku:
    - rażącego naruszenia postanowień umowy przez Przyjmującego Zamówienie,

- jeśli w wyniku kontroli stwierdzono: niewypełnienie warunków umowy lub wadliwe jej wykonanie przez Przyjmującego Zamówienie, a w szczególności ograniczenie dostępności świadczeń, zawężenie ich zakresu, złą jakość udzielanych świadczeń,
- nie utrzymania ważnej umowy ubezpieczenia przez cały okres trwania umowy,
- utraty zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych.

3. Rozwiązanie umowy z zachowaniem 14 dniowego okresu wypowiedzenia:
   - w przypadku gdy Przyjmujący Zamówienie nie będzie zlecał wykonywania badań i kierował pacjentów w zakresie diagnostyki i leczenia wyłącznie do jednostek organizacyjnych Katowickiego Centrum Onkologii w przypadku, w którym Centrum zapewnia ich wykonywanie,
   - zmian organizacyjnych u Udzielającego Zamówienia polegających na likwidacji, ograniczeniu lub określeniu innego sposobu udzielania świadczeń medycznych objętych niniejsza umową, oraz innej realizacji wykonywania i opisywania badań,
   - skarg pacjentów.
4. Rozwiązanie umowy z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia może nastąpić z przyczyn niezależnych od Przyjmującego Zamówienie, które będą skutkowały brakiem możliwości jej realizacji.
5. Przyjmujący Zamówienie ma prawo rozwiązać umowę w przypadku nie dokonania płatności przez Udzielającego Zamówienia za dwa pełne okresy rozliczeniowe po uprzednim pisemnym wezwaniu Udzielającego Zamówienia do zapłaty za udzielone świadczenia zdrowotne.
6. W przypadku braku umowy lub wypowiedzenia umowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia Udzielającemu Zamówienia przysługuje prawo zmiany umowy i jej dostosowania do nowych wymogów lub jej rozwiązana na koniec miesiąca kalendarzowego, a Przyjmujący Zamówienie zrzeka się z tego tytułu jakichkolwiek roszczeń.

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego, SWKO, ogłoszenia konkursu ofert oraz oferta Przyjmującego Zamówienie.
2. Zmiana warunków umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Sądem właściwym dla rozstrzygania sporów wynikających na tle niniejszej umowy jest Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Przyjmujący Zamówienie Udzielający Zamówieni