



WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI  
91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19  
email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

# UMOWA

## O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

nr ..... / 2020

zawarta w Łodzi, dnia ..... 2020 roku

pomiędzy **Wojewódzką Stacją Ratownictwa Medycznego w Łodzi** z siedzibą w Łodzi przy ulicy Wareckiej 2, zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Krajowego Rejestru Sądu pod numerem KRS: 0000129181 i reprezentowaną przez **Dyrektora ds. Medycznych WSRM w Łodzi** ....., zwaną dalej w treści umowy **UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA**,

a

Panią/Panem ..... zamieszkałą/łym w ..... i prowadzącą/cym działalność gospodarczą pod nazwą ..... (REGON ....., NIP .....) jako indywidualną praktykę lekarską / indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską zarejestrowaną w Okręgowej Izbie Lekarskiej w ..... pod numerem ....., zwaną/nym w dalszej części niniejszej umowy **PRZYJMĄCYM ZAMÓWIENIE**.

Na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku *o działalności leczniczej* (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654 ze zm. późn.) oraz w wyniku dokonania przez *Udzielającego Zamówienie* wyboru oferty *Przyjmującego Zamówienie* w trybie konkursu ofert, strony zawierają umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych następującej treści:

### §1

1. *Udzielający zamówienia* zleca, a *Przyjmujący zamówienie* przyjmuje obowiązek pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie dyżurów w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi, zgodnie z posiadanymi kompetencjami i kwalifikacjami jako lekarz systemu w rozumieniu art. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 roku *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz.U. 2006, nr 191, poz. 1410, ze zm. późn.), w stanie nagłego



## WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

zagrożenia zdrowotnego, a także wykonywania innych czynności wynikających ze statutowej działalności Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi.

2. Świadczenia zdrowotne będą udzielane przez *Przyjmującego zamówienie* ze szczególną starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami w szczególności dotyczących praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, z uwzględnieniem aktualnych wskazań wiedzy medycznej i zalecanych procedur, z wykorzystaniem dostępnych metod i środków zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób.
3. Przy wykonywaniu usług stanowiących przedmiot niniejszej umowy *Przyjmujący zamówienie* jest samodzielny i niezależny od *Udzielającego zamówienie* w zakresie wyboru metody i zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego oraz nadzoru nad czynnościami innego personelu pozostającego w trakcie udzielania świadczeń pod jego nadzorem, ale zobowiązany jest dostosować się do wymaganych przez *Udzielającego zamówienie* standardów postępowania wobec pacjentów oraz stawianych wymagań organizacyjnych i administracyjnych. *Przyjmujący zamówienie* ma przy tym prawo i obowiązek zlecenia określonych czynności medycznych innym członkom zespołu ratownictwa medycznego.
4. *Przyjmujący zamówienie* w trakcie pełnienia dyżuru jest zobowiązany do nadzorowania i kierowania pracą współpracującego personelu średniego biorącego udział w akcji medycznej.

## §2

1. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy będą realizowane w zespołach ratownictwa medycznego zgodnie z: grafikami ustalonym na dany miesiąc organizacją czasu pracy poszczególnych zespołów ratownictwa medycznego i posiadanymi przez *Przyjmującego zamówienie* kwalifikacjami i uprawnieniami zawodowymi uzyskanymi w toku kształcenia przed- i podyplomowego.
2. Realizacja zamówienia przez *Przyjmującego zamówienie* **polega na wykonywaniu zadań zawodowych lekarza w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego** oraz pozostawaniu w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym medycznych czynności ratunkowych.
3. Zakres podstawowych obowiązków *Przyjmującego zamówienie* określa Załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
4. *Udzielający zamówienia* zastrzega sobie prawo do:
  - a) Ustalenia harmonogramu czasu pracy (tj. grafiku) *Przyjmującego zamówienie*, z uwzględnieniem, w miarę możliwości, propozycji dyżurowych o których mowa w §9 ust. 6;



**WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI**

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

- b) Dokonywania zmian czasu udzielania świadczeń poprzez wprowadzenie zmian w grafiku w zakresie dni i godzin udzielania świadczeń;
  - c) Dokonywania zmian stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego;
  - d) Ustalania a także zmian miejsc udzielania świadczeń przez *Przyjmującego zamówienie*;
  - e) Wezwania *Przyjmującego zamówienia* do złożenia wyjaśnień w sprawach ewentualnych skarg dotyczących jakości udzielonych świadczeń zdrowotnych.
5. *Udzielający zamówienia* zapewni optymalną obsadę personelu współpracującego.
6. *Udzielający zamówienia* zastrzega sobie prawo ustalenia oraz dokonywania zmian składu personelu, o którym mowa w §2 ust. 5, odpowiednio do przeprowadzanych zmian organizacyjnych bądź kadrowych, w tym zmian wynikających z przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2020.882 warunków określonych przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia i innych.
7. Ze strony *Udzielającego zamówienia* kontrolę nad właściwym wykonywaniem zadań w ramach niniejszej Umowy sprawował będzie właściwy koordynator zespołów ratownictwa medycznego lub kierownik rejonu oraz dyrektor ds. medycznych WSRM w Łodzi.

### §3

*Przyjmujący zamówienie* nie może wykonywać udzielonego zamówienia przez osobę trzecią

### §4

1. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do osobistego udzielania świadczeń zgodnie z grafikiem ustalonym przed upływem każdego miesiąca na miesiąc następny.
2. W przypadku braku możliwości osobistego udzielania świadczeń z powodu choroby, wyjazdu lub innej okoliczności uzasadniającej nieobecność, *Przyjmujący zamówienie* ma obowiązek powiadomić Sekcję Planowania Dyżurów w terminie umożliwiającym zapewnienie zastępstwa.
3. *Przyjmujący zamówienie* nie może zakończyć udzielania świadczeń zdrowotnych i opuścić stanowiska pracy do czasu objęcia stanowiska pracy przez zmiennika.

### §5

***Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest przestrzegać następujących zasad:**

1. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do przestrzegania organizacji czasu udzielania świadczeń zdrowotnych przez *Przyjmującego zamówienie*, odpowiedniej do czasu działalności



## WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

*Udzielającego zamówienia*, zgodnie z którym świadczenia zdrowotne udzielane są w zespołach ratownictwa medycznego – we wszystkie dni tygodnia, całodobowo lub w czasie zgodnym z zawartą umową z Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Łodzi.

2. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do przestrzegania obowiązujących u *Udzielającego zamówienie* zasad, w tym wymienionych poniżej:
  - a) Zespół ratownictwa medycznego wyjeżdża niezwłocznie, na zlecenie dyspozytora medycznego, na podstawie Karty Zlecenia Wyjazdu przekazanej drogą elektroniczną, radiową lub telefonicznie,
  - b) Poszczególne zlecenia wyjazdu powinny być realizowane w całości przez zespół w tym samym składzie osobowym.
3. *Przyjmujący zamówienie* stosuje obowiązujące standardy aktualnej wiedzy medycznej, w tym środki farmaceutyczne i wyroby medyczne udostępnione wyłącznie przez *Udzielającego zamówienie*.
4. *Przyjmujący zamówienie* podczas udzielania świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest do noszenia odzieży ochronnej i roboczej spełniającej wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2010 roku w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (Dz.U. 2010, nr 209, poz. 1382 ze zm.) z oznaczeniem i logiem Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi.

## §6

1. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej według zasad obowiązujących u *Udzielającego zamówienia* oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Dokumentacja medyczna musi być sporządzana w sposób przejrzysty, rzetelny i merytoryczny. Musi zawierać wszelkie dane o pacjencie i wymagane informacje, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417 ze zm.), Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2020.666.) oraz wymaganiach NFZ. Szczególnej staranności należy dochować przy opisie danych wynikających z wywiadu, badania fizykalnego, sposobu udzielania pomocy, rozpoznania, adnotacji o podanych środkach farmakologicznych i zastosowanych wyrobach medycznych oraz informacjach co do zaleceń i dalszego postępowania po zakończeniu akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.



**WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI**

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

3. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest przestrzegać przepisów dotyczących postępowania w przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej lub zakażenia oraz w przypadku stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych* (Dz.U. 2019.1239 ), w szczególności:
  - a) Powiadomienia pacjenta o stwierdzeniu choroby zakaźnej lub podejrzeniu o chorobę zakaźną;
  - b) Wypełnienia obowiązujących w tych zakresach formularzy oraz pozostawienie ich w miejscu stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego lub ambulatorium;
4. Właścicielem dokumentacji medycznej jest *Udzielający zamówienia*. Udostępnianie dokumentacji medycznej *Przyjmującemu zamówienie* następuje wyłącznie w przypadkach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz.U. 2020.849, ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 roku *o systemie informacji w ochronie zdrowia* (Dz.U. 2020.702), oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz.U.2020.666.) ) oraz zgodnie z zasadami obowiązującymi u *Udzielającego zamówienia*.
5. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest ściśle przestrzegać przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku *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 danych osobowych)* (Dz.U.U.E. L119/1) – RODO.
6. Strony zobowiązują się wzajemnie do zachowania w poufności wszelkich informacji pozyskanych w trakcie realizacji umowy, m.in. tych, co do których mogą powziąć podejrzenie, iż są poufnymi informacjami handlowymi lub, że jako takie traktowane są przez drugą stronę. W szczególności za dane takie uznaje się: dane osobowe pacjentów, dane osobowe pracowników *Udzielającego zamówienia*, dane finansowe *Udzielającego zamówienia* oraz jego kontrahentów.
7. *Udzielający zamówienia* jako Administrator Danych Osobowych w rozumieniu art. 4 ust. pkt 7 RODO upoważnia *Przyjmującego zamówienie*, w trybie art. 29 RODO, do przetwarzania danych osobowych, w tym danych medycznych pacjentów *Udzielającego zamówienia*.
8. Dane osobowe przetwarzane będą przez *Przyjmującego zamówienie* wyłącznie w celu i w zakresie realizacji przedmiotu umowy.
9. Przetwarzanie danych osobowych będzie obejmować czynności, o których mowa w art. 4 pkt 2 RODO.
10. *Udzielającemu zamówienia* przysługuje prawo do kontroli przetwarzania powierzonych danych osobowych, a w szczególności realizacji obowiązku zabezpieczenia tych danych. *Udzielający zamówienia* ma prawo realizacji obowiązku kontroli poprzez żądanie od *Przyjmującego zamówienie*



## WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

udzielenia pisemnych wyjaśnień lub jeżeli okażą się one niewystarczające, poprzez inspekcję lokalizacji, w których przetwarzane są powierzone dane osobowe.

11. *Przyjmujący zamówienie* ma obowiązek niezwłocznie (nie dłużej jednak niż w ciągu 1 dnia) zastosować się do wskazań *Udzielającego zamówienia*, mających na celu usunięcie stwierdzonych uchybień lub poprawę stanu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych.
12. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do przestrzegania przepisów RODO oraz innych obowiązujących przepisów prawa traktujących o ochronie danych osobowych, a także procedur i regulacji wewnętrznych, ustanowionych przez *Udzielającego zamówienia*.
13. Za każdy przypadek naruszenia obowiązku zachowania poufności przez *Przyjmującego zamówienie* zapłaci on *Udzielającemu zamówienia* karę umowną w wysokości 10 000 złotych (słownie: dziesięć tysięcy złotych). Naliczenie kary umownej nie wyłącza prawa *Udzielającego Zamówienia* do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.
14. Nieprzestrzeganie zasad wymienionych w ust. 1-14 będzie traktowane jako nienależyte wywiązywanie się *Przyjmującego zamówienie* z postanowień niniejszej umowy.

### §7

1. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do przestrzegania wszelkich norm, standardów i procedur obowiązujących u *Udzielającego zamówienia*.
2. *Przyjmujący zamówienie* w czasie wykonywania świadczeń zdrowotnych nie może świadczyć usług innych niż określone w umowie, nie może świadczyć usług na rzecz innych podmiotów świadczących usługi medyczne i poza medyczne oraz świadczyć dla nich pracy a w szczególności nie może polecać usług zakładów pogrzebowych.
3. *Przyjmującego zamówienie* obowiązuje zakaz przekazywania informacji o zgonach pacjentów jednostkom i osobom nieupoważnionym do otrzymywania takich informacji, w tym zakładom pogrzebowym, oraz zakaz udzielania rodzinie zmarłego jakichkolwiek informacji o zakładach i usługach pogrzebowych.
4. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do stosowania procedur systemu zarządzania jakością przyjętych u *Udzielającego zamówienia*.
5. *Za świadczenie usług w ramach niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie nie może pobierać żadnych dodatkowych opłat chyba, że przewidują to przepisy wiążące Udzielającego zamówienie, a płatność dokonywana jest na jego konto.*





**WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI**

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

**§8**

1. *Przyjmujący zamówienie* oświadcza, że wykonując zadania w ramach niniejszej umowy spełnia wszystkie wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach oraz posiada tytuł zawodowy lekarza.
2. *Udzielający zamówienia* zastrzega sobie prawo żądania od *Przyjmującego zamówienie* zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego stan zdrowia umożliwiający wykonywanie niniejszej umowy.
3. *Udzielający zamówienia* zastrzega sobie prawo do zmiany wymagań określonych umową w przypadku zmiany warunków określonych ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia lub innymi przepisami prawa.
4. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych, przez co najmniej ..... **godzin miesięcznie**.
5. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do przedstawienia *Udzielającemu zamówienia* propozycji dyżurów do dnia 15 każdego miesiąca na miesiąc następny.

**§9**

1. *Przyjmujący zamówienie* przyjmuje obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy zawodowej w formie kursów doskonalenia zawodowego potwierdzanych dyplomem lub świadectwem ukończenia, przeprowadzonych przez uprawnione ośrodki nauczające i obowiązany jest do okazywania stosownych dokumentów na żądanie *Udzielającego zamówienia*.
2. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do odbycia wskazanych przez *Udzielającego zamówienia* szkoleń bądź kontrolnych sprawdzianów teoretycznych i praktycznych.

**§10**

*Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do:

- a) poddania się kontroli przeprowadzanej przez *Udzielającego zamówienia*, a w szczególności sposobu, celowości, jakości, kompleksowości i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenia dokumentacji medycznej, a także kontroli trzeźwości oraz obecności środków psychoaktywnych w organizmie;
- b) do poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, z którym *Udzielający zamówienia* podpisał umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. D.U.2004.1510);



## §11

1. *Przyjmujący zamówienie* oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2019.866). Kserokopia umowy ubezpieczenia stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej uległa rozwiązaniu w trakcie obowiązywania niniejszej umowy, *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się dostarczyć *Udzielającemu zamówienie* kopię nowej polisy ubezpieczeniowej na okres następny, najpóźniej w terminie 30 dni przed datą wygaśnięcia polisy ubezpieczeniowej w trakcie trwania umowy§13

1. *Przyjmujący zamówienie* ponosi pełną odpowiedzialność w związku z nienależytym wykonaniem świadczeń zdrowotnych za szkody powstałe u *Udzielającemu zamówienia* lub osoby trzeciej, z zastrzeżeniem ust. 3
2. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienia i przyjmujący zamówienie (art., 27 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej)
3. *Udzielającemu zamówienia* przysługuje od *Przyjmującego zamówienie* roszczenie regresowe w wysokości kwoty wypłacanej przez *Udzielającemu zamówienia* osobie trzeciej z tytułu szkody wyrządzonej przez *Przyjmującego zamówienie* przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych lub kwoty, której *Udzielający zamówienia* nie uzyskał lub musiał zapłacić podmiotowi finansującemu świadczenia zdrowotne w związku z nienależytym udzieleniem świadczeń przez *Przyjmującego zamówienie*, z zastrzeżeniem ust. 3.
4. Postanowienia ust. 1 i 2 nie dotyczą szkód w mieniu obejmującym tabor samochodowy wraz z jego wyposażeniem, jaki *Udzielający zamówienia* udostępnia *Przyjmującemu zamówienie* do udzielania świadczeń. Odpowiedzialność w tym zakresie określa odrębny *Regulamin postępowania wobec zatrudnionych w WSRM w Łodzi oraz świadczących usługi na podstawie umów cywilno-prawnych w przypadku powstania szkody na majątku WSRM w Łodzi*.
5. *Udzielający zamówienia* uprawniony jest do żądania od *Przyjmującego zamówienie* pokrycia szkody spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar pieniężnych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w umowach zawartych między Narodowym Funduszem Zdrowia a *Udzielającym zamówienia*, jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązków zapłaty odszkodowania był wynikiem niewłaściwego wykonania przez *Przyjmującego zamówienie* zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy. Jeżeli *Przyjmujący zamówienie* nie zgłosi zastrzeżeń i uwag do wyników kontroli w terminie umożliwiającym skorzystanie przez *Udzielającemu zamówienia* ze środków odwoławczych przyjmuje się, że zgadza się z ustaleniami





## WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

kontroli, a tym samym przyjmuje na siebie odpowiedzialność za wskazane uchybienia i nieprawidłowości (uznaje roszczenia *Udzielającego zamówienia*).

### §12

1. *Udzielający zamówienia* udostępni *Przyjmującemu zamówienie*:
  - a) Środki transportu sanitarnego wraz z paliwem oraz obsługą techniczną pojazdów;
  - b) Aparaturę, sprzęt medyczny oraz inny sprzęt stanowiące wyposażenie środków transportu sanitarnego oraz pomieszczeń;
  - c) Środki farmaceutyczne, materiały i wyroby medyczne, zgodnie z obowiązującymi standardami;
  - d) Miejsce wypoczynkowe w pomieszczeniach socjalnych, w miarę istniejących warunków lokalowych;
  - e) Dostęp do systemu teleinformatycznego *Udzielającego zamówienia* po uzyskaniu odpowiednich uprawnień, przy czym ich brak lub utrata uniemożliwia świadczenie usług na podstawie niniejszej umowy.
2. Korzystanie z rzeczy i środków wymienionych w ust. 1 może odbywać się wyłącznie w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych niniejszą umową oraz w sposób odpowiadających ich właściwościom, przeznaczeniu, zgodnie z instrukcją obsługi i nie obejmuje możliwości korzystania z nich przez osoby trzecie.
3. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do natychmiastowego informowania *Udzielającego zamówienie* o każdym stwierdzonym fakcie zaginięcia, zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy określonych w ust. 1.

### §13

1. *Udzielający zamówienia* zobowiązuje się do organizacji i ponoszenia kosztów napraw i bieżącej konserwacji udostępnionego sprzętu, aparatury medycznej, aplikacji informatycznych i środków łączności.
2. Na czas trwania naprawy lub konserwacji *Udzielający zamówienia* zapewni sprzęt zastępczy.

### §14

1. *Przyjmujący zamówienie* ponosi odpowiedzialność materialną w pełnej wysokości za zniszczenie lub utratę udostępnionych rzeczy, chyba że szkoda nie powstała z winy *Przyjmującego zamówienie*.
2. W przypadku określonym w ust. 1 *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do zwrotu rzeczy zniszczonych lub utraconych w naturze, w takim samym stanie użytkowym.
3. W przypadku braku możliwości naprawienia szkody w naturze, *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do zapłaty odszkodowania w wysokości ceny rynkowej danej rzeczy, obliczonej na dzień ustalenia odszkodowania. Za datę ustalenia odszkodowania uważa się dzień otrzymania



## WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

przez *Przyjmującego zamówienie* pisma od *Udzielającego zamówienia*, informującego o fakcie zniszczenia lub utraty rzeczy.

4. *Przyjmujący zamówienie* ma obowiązek w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma o jakim mowa w ust. 3 dokonać naprawienia szkody w naturze lub dokonać zapłaty odszkodowania, na ten czas *Udzielający zamówienia* zapewni sprzęt zastępczy.
5. W przypadku niedotrzymania terminu określonego w ust. 4, *Udzielający zamówienia* ma prawo do potrącenia kwoty odszkodowania z należności przysługującej *Przyjmującemu zamówienie* za udzielanie świadczeń zdrowotnych.
6. Postanowienia ust. 1-6 nie mają zastosowania do szkód w mieniu obejmującym tabor samochodowy wraz z jego wyposażeniem, powstałych w związku z udzielaniem przez *Przyjmującego zamówienie* świadczeń polegających na wykonywaniu zadań kierującego ambulansem ratunkowym bądź innym środkiem transportu sanitarnego.

### §15

*Przyjmujący zamówienie*, wykonując świadczenia zdrowotne, zobowiązuje się przestrzegać obowiązujących u *Udzielającego zamówienia* regulaminów, zarządzeń, instrukcji oraz procedur.

### §16

1. Ustala się **stawkę ryczałtową za 1 godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych **w charakterze lekarza systemu w zespołach ratownictwa medycznego** w wysokości ..... (słownie: .....) **brutto**.
2. Należności *przyjmującego zamówienie* stanowiąc będą iloczyn stawki za 1 godzinę udzielania świadczeń i liczby godzin udzielanych świadczeń w danym miesiącu z uwzględnieniem stawki podanej w ust. 1.
3. Należności wypłacane będą za okresy miesięczne. Podstawą do obliczenia i zapłaty należności będzie faktura/rachunek wystawiony przez *Przyjmującego zamówienie*.
4. W fakturze, o której mowa w ust. 3 wyszczególnione będą:
  - a) Miesiąc, którego dotyczy faktura/rachunek;
  - b) Dni dyżurowe, liczba godzin udzielania świadczeń, z podziałem na poszczególne zespoły;
  - c) Stawki ryczałtowe;
  - d) Kwota należności;
  - e) Numer rachunku bankowego *Przyjmującego zamówienie*.
5. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się dostarczyć *Udzielającemu zamówienie* fakturę/rachunek do 7 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.



**WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI**

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

6. Zapłata należności następować będzie w terminie do 30 dni od dnia otrzymania faktury/rachunku, przelewem na wskazany przez *Przyjmującego zamówienie* numer konta bankowego, przy czym za termin zapłaty uważa się datę obciążenia konta bankowego *Udzielającego zamówienie*.
7. Zwłoka w zapłacie należności stanowić może podstawę do wystąpienia z roszczeniem o zapłatę odsetek ustawowych za opóźnienie.
8. *Przyjmujący zamówienie* nie może bez pisemnej zgody *Udzielającego zamówienia* przenieść wierzytelności przysługujących mu z niniejszej umowy na osobę trzecią.

10. Maksymalna szacunkowa wartość zamówienia wynosi ....., z tym że wskazana w Umowie ilość usług ma charakter szacunkowy, dokonany w oparciu o dotychczasowe zapotrzebowanie *Udzielającego zamówienie*. Strony dopuszczają zwiększenie liczby godzin usług o maksymalnie.....w czasie trwania umowy. *Udzielający zamówienie* zastrzega sobie również prawo do zlecenie mniejszej ilości usług, co nie rodzi żadnych roszczeń po stronie *Przyjmującego Zamówienie*. Zwiększenie ilości usług następuje za zgodą *Przyjmującego Zamówienie*.

### §17

*Przyjmujący zamówienie* oświadcza, że świadczenia objęte niniejszą umową o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, wykonuje w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej w rozumieniu odrębnych przepisów i z tego tytułu samodzielnie rozlicza się z Urzędem Skarbowym oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w zakresie ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.

### §18

1. *Udzielającemu zamówienia przysługuje względem Przyjmującego zamówienie kara umowna,:*
  - a) Za opuszczenie pełnionego dyżuru przed objęciem dyżuru przez zmiennika bez uzgodnienia z dyspozytorem medycznym – kwota równa pięciokrotności stawki godzinowej dla tego dyżuru;
  - b) Za odmowę realizacji zlecenia wyjazdu – kwota równa 24-krotności stawki godzinowej obowiązującej dla dyżuru, podczas którego nastąpiła odmowa;
  - c) Za nieuzasadnione opóźnienie zwrotu wypełnionej i kompletnej dokumentacji medycznej po zakończeniu interwencji zespołu – kwota równa stawce godzinowej obowiązującej dla dyżuru, podczas którego nastąpiło opóźnienie;
  - d) Za uzasadnioną skargę – kwota równa wysokości do 24-krotności stawki godzinowej obowiązującej dla dyżuru, podczas którego zaistniało zdarzenia będące podstawą skargi;
  - e) Za nieprzestrzeganie obowiązujących u *Udzielającego zamówienia* regulaminów, zarządzeń i procedur – kwotę w wysokości do 10-krotności stawki godzinowej dyżuru;



**WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI**

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

2. *Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych, w razie, gdyby kary umowne określone w niniejszym paragrafie nie pokryły doznanej szkody.*

**§19**

Strony ustalają, że każda ze stron może potrącić swoją wierzytelność z wierzytelnością drugiej strony na podstawie art. 499 Kodeksu Cywilnego.

**§20**

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta **na czas określony od ..... roku do ..... roku..**

2. Umowa może ulec przedłużeniu o maksymalnie 6 miesięcy , jeżeli do momentu upływu okresu jej obowiązywania nie została przekroczona maksymalna wartość zamówienia. Przedłużenie umowy wymaga aneksu do umowy w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

**§21**

1. Umowa ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na jaki została zawarta.
2. Umowa **może zostać rozwiązana z bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:**
  - a) Powierzenia przez *Przyjmującego zamówienie* wykonania świadczenia zdrowotnego osobie trzeciej za wyjątkiem zasad określonych w §5 niniejszej umowy;
  - b) Nieudokumentowania ciągłości wymaganego ubezpieczenia, w terminie określonym w §12 ust. 2;
  - c) Zaistnienia okoliczności niezależnych od *Udzielającego zamówienia*, uniemożliwiających kontynuację udzielonego zamówienia na świadczenia zdrowotne, w tym brakiem lub ograniczeniem kontraktu z NFZ lub innym podmiotem finansującym świadczenia zdrowotne udzielane przez *Udzielającego zamówienia*;
  - d) Utraty przez *Przyjmującego zamówienie* uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych lub innych uprawnień niezbędnych do wykonywania niniejszej umowy;
  - e) Utraty przez *Udzielającego zamówienia* zaufania do *Przyjmującego zamówienie* uniemożliwiającego kontynuowanie udzielonego zamówienia na świadczenia zdrowotne;
  - f) Nieprzestrzegania przez *Przyjmującego zamówienie* harmonogramu udzielania świadczeń ustalonego przez *Udzielającego zamówienie* oraz nie stosowania się do obowiązku wynikającego z §5 ust. 5;
  - g) Stwierdzenia stanu nietrzeźwości *Przyjmującego zamówienie* lub znajdowania się *Przyjmującego zamówienie* pod wpływem środków psychoaktywnych;



**WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI**

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

- h) Powzięcia przez *Udzielającego zamówienia* wiadomości o nieprzestrzeganiu przez *Przyjmującego zamówienie* postanowienia §8 ust. 2 niniejszej umowy;
- i) Niewywiązania się *Przyjmującego zamówienie* z obowiązku określonego w §10 ust. 1 bądź ze zobowiązania określonego w §10 ust. 2 niniejszej umowy;
- j) Podejmowania lub prowadzenia przez *Przyjmującego zamówienie* działań ewidentnie niekorzystnych dla *Udzielających zamówienia*;
- k) W przypadku stwierdzenia poświadczenia nieprawdy przez *Przyjmującego zamówienie* w złożonej przez niego ofercie;

**§22**

Strony ustalają, że niniejsza umowa **może być rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron.**

**§23**

Strony ustalają, że niniejsza umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron bez podania przyczyny, za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na godzinę 07:00 pierwszego dnia następnego miesiąca kalendarzowego.

**§24**

1. Wszelkie spory mogące wyniknąć przy realizacji niniejszej umowy, strony będą próbowały rozstrzygnąć w drodze wzajemnych negocjacji.
2. W przypadku braku uzgodnienia stanowisk, spory rozstrzygać będzie sąd właściwy dla siedziby *Udzielającego zamówienia*.

**§25**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego, przepisy dotyczące przedmiotu umowy, w tym ustawa z dnia 8 września 2006 roku *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* ( Dz.U.2020.882 Dz.U. 2006, nr 191, poz. 1410, ze zm.), ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku *o działalności leczniczej* (Dz.U.2020.295), przepisy wydane na ich podstawach oraz inne właściwe przepisy prawa.

**§26**

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§29**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednej dla każdej ze Stron.

Załączniki:



**WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI**

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

1. Kserokopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej *Przyjmującego zamówienie*;
2. Zakres obowiązków

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

*dr n.med. Krzysztof Chmiela*

**Dyrektor ds. Medycznych WSRM w Łodzi**

Data utworzenia: 02.09.2020	Data publikacji: 07.09.2020
--------------------------------	--------------------------------