

**UMOWA O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
I CZYNNOŚCI ZARZĄDCZE Nr ...../2018/1061**

zawarta dnia .....2018r. w Radomiu, zwana dalej „Umową” pomiędzy:  
Samodzielnym Wojewódzkim Publicznym Zespołem Zakładów Psychiatrycznej Opieki  
Zdrowotnej w Radomiu, ul. Krychnowicka 1, 26-600 Radom, NIP 948-20-40-243, KRS  
0000216170 zwanym dalej: "Udzielającym Zamówienie"  
reprezentowanym przez: p.o. Dyrektora - Włodzimierza Guzowskiego  
a  
Panem/nią ..... prowadzącym działalność gospodarczą  
.....wpisaną do CEIDG, posiadającą NIP .....;  
REGON .....,  
zwanym dalej: "Przyjmującym Zamówienie"  
zwane dalej łącznie Stronami.

**§ 1**

**Przedmiot umowy**

1. Udzielający Zamówienie zleca Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych obejmujących lekarską opiekę z zakresu rehabilitacji neurologicznej zwane dalej „Zamówieniem” .
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą.
3. Udzielający Zamówienie zleca ponadto Przyjmującemu Zamówienie czynności zarządcze kierowania Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej jako Lekarza kierującego oddziałem.

**§ 2**

**Czas trwania umowy**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wymienione w § 1 ust. 1 i ust. 3 czynności wykonywać przez czas określony od dnia 1.03.2018r. do dnia 28.02.2019r. 37 godzin 55 minut/tydzień, w dni niebędące dniami wolnymi od pracy:  
poniedziałek  
wtorek  
środa  
czwartek  
piątek
2. Umowa może zostać wypowiedziana z tygodniowym okresem wypowiedzenia na koniec miesiąca kalendarzowego, bez prawa odszkodowania dla drugiej Strony przez Udzielającego Zamówienie, w przypadku braku środków na sfinansowanie Zamówienia,
- 3 Umowa może zostać wypowiedziana z tygodniowym okresem wypowiedzenia przez każdą ze Stron bez podawania przyczyn, bez odszkodowania dla drugiej Strony.
4. Umowa może zostać wypowiedziana w trybie natychmiastowym, bez prawa do odszkodowania dla Przyjmującego Zamówienie :
  - 1) jeżeli Przyjmujący Zamówienie utraci status o jakim mowa w § 1 ust. 2 Umowy.
  - 2) w przypadku zaprzestania wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 ust.1 w SWPZZPOZ.
  - 3) przez każdą ze Stron, jeżeli druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.
5. Przyjmujący Zamówienie może być zwolniony przez Udzielającego Zamówienie z obowiązku świadczenia usług z tytułu niniejszej umowy w dniu z nim uzgodnionym.

### **§ 3**

#### **Sposób wykonywania umowy w zakresie świadczeń zdrowotnych**

1. Świadczenia zdrowotne będą udzielane w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej w Radomiu, ul. Krychnowicka 1.
2. Udzielający Zamówienia udostępni pomieszczenia i urządzenia znajdujące się w miejscu wykonania świadczenia Przyjmującemu Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie prowadzi dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami w i odpowiada za jej kompletność, z tym zastrzeżeniem, że dokumentacja ta stanowi własność Udzielającego Zamówienie i znajdować się może wyłącznie w jego posiadaniu.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się umożliwić Udzielającemu Zamówienie kontrolę wykonywania Umowy i zaniechać jej utrudniania.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się nie powierzać zleconych w niniejszej umowie czynności do wykonania osobom trzecim, chyba że Udzielający Zamówienia wyrazi na to zgodę.

### **§ 4.**

#### **Sposób wykonywania umowy w zakresie kierowania Oddziałem**

Szczegółowy zakres czynności zarządczych wykonywanych przez Przyjmującego Zamówienie określa Załącznik nr 1 do Umowy.

### **§ 5**

#### **Wynagrodzenie**

1. Za prawidłowe wykonanie wymienionych w § 1 ust.1 i ust.3 czynności Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie w wysokości brutto miesięcznie .....zł (słownie złotych: .....).
2. Wynagrodzenie płatne będzie za każdy miesiąc wykonywania świadczeń w terminie 14 dni od wpływu prawidłowo wystawionego rachunku lub faktury.
3. W przypadku o którym mowa w §2 ust. 5 wynagrodzenie pomniejsza się o proporcjonalnie do ilości dni roboczych w miesiącu kalendarzowym, za każdy dzień nieświadczenia usług przez Przyjmującego Zamówienie.
4. Całkowite szacunkowe wynagrodzenie wynosi .....zł. (słownie złotych: .....). Suma wynagrodzeń określonych w ust. 1 uzyskanych w okresie umowy nie może przekroczyć całkowitego szacunkowego wynagrodzenia.

### **§ 6**

#### **Obowiązki sprawozdawcze**

Przyjmujący Zamówienie przekazuje informację o ilości przepracowanych godzin Udzielającemu Zamówienia w formie pisemnej wraz z rachunkiem. Zaakceptowanie informacji stanowi podstawę do wypłaty wynagrodzenia.

### **§ 7**

#### **Odpowiedzialność**

1. W przypadku niewykonania Zamówienia w terminie, wykonania go wadliwie lub w sposób nienależyty Udzielający Zamówienia ma prawo do żądania zapłaty kary umownej w wysokości 500,00 zł ( słownie złotych: pięćset ) za każdy dzień w którym doszło do powyższej nieprawidłowości. Zapłata kar umownych nie wyłącza odpowiedzialności odszkodowawczej Przyjmującego Zamówienie wobec Udzielającego Zamówienie jeżeli szkoda przekracza wysokość kary.
2. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń na podstawie Umowy ponoszą solidarnie Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada polisę odpowiedzialności cywilnej związanej z udzielaniem świadczeń zdrowotnych Seria ..... numer ..... wystawioną przez .....

## **§ 8**

### **Pozostałe postanowienia**

1. Jakiegokolwiek zmiany w niniejszej umowie mogą być dokonane tylko w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Sądem właściwym dla rozstrzygnięcia sporów między Stronami będzie Sąd właściwy miejscowo dla Udzielającego Zamówienie.
3. Umowa została sporządzona w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, 2 egz. dla Udzielającego Zamówienie, a 1 egz. dla Przyjmującego Zamówienie.

**Udzielający Zamówienie:**

**Przyjmujący Zamówienie:**