UMOWA Nr **………………….**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

zawarta **w Gdańsku dnia ……………….. roku** w Gdańsku, w oparciu o postępowanie konkursowe   
z dnia ……………, pomiędzy:

Szpitalem Dziecięcym Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku sp. z o.o., 80-308 Gdańsk, ul. Polanki 119, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego, Rejestru Przedsiębiorców, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ, VII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000434843, NIP 5842728762, REGON 000294208 z kapitałem zakładowym w kwocie 38 000 000 zł, reprezentowanym przez:

**…………………………….**, zwanym dalej „Zamawiającym”

a

**Panią/Panem ………………..**, prowadzącą praktykę pielęgniarską, pod nazwą …………………………   
z siedzibą, …………………………… wpisaną do rejestru podmiotu wykonującego działalność leczniczą pod numerem ………………., NIP …………………., Regon ………………, zwaną dalej „Wykonawcą”.

§ 1.

1. Zamawiający powierza Wykonawcy a Wykonawcazobowiązuje się do odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **czynności pielęgniarskich** prowadzenia samodzielnej domowej opieki pielęgniarskiej pacjenta wentylowanego mechanicznie ……………………………… zam. ……………………………….
2. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez „Wykonawcę” będzie zgodne i podporządkowane standardom opartym na aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadom optymalizacji kosztowej w zakresie podejmowanej diagnostyki i prowadzonych metod terapeutycznych.
3. Do obowiązków osoby wykonującej czynności pielęgniarskie należy w szczególności:
4. pielęgnowanie chorego,
5. udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia,
6. podawanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza,
7. planowanie indywidualnej opieki nad pacjentem,
8. wykonywanie czynności diagnostycznych: ważenie, mierzenie RR i tętna i inne,
9. prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej pacjenta,
10. przestrzeganie obowiązujących procedur i standardów,
11. edukowanie pacjenta i rodziny,
12. dezynfekcja narzędzi i sprzętu medycznego,
13. przestrzeganie praw pacjenta i etyki pielęgniarskiej oraz prawidłowych stosunków międzyludzkich.

§ 2.

1. Świadczenia zdrowotne będą udzielane w miejscu zamieszkania pacjenta, wymienionego w § 1.
2. Dojazd do pacjenta, o którym mowa w § 1 następuje środkiem transportu Wykonawcy i na jego koszt.
3. Częstotliwość udzielania świadczeń – nie mniej niż 2 razy w tygodniu, przez co najmniej 1,5 godziny oraz stała dostępność pod telefonem.
4. Wykonawca prowadzi ewidencję godzin wizyt odbytych w ramach udzielania świadczeń, którą przedkłada Zamawiającemu wraz z comiesięcznym rachunkiem, o którym mowa w § 10 ust. 2.
5. Dni i godziny wizyt Wykonawca ustali z rodzicem - opiekunem prawnym pacjenta.

§ 3.

Wykonawca oświadcza, że świadczenia zdrowotne będą udzielane przez ……………………:

1. prawo wykonywania zawodu :………………….
2. Specjalizacja/ kurs kwalifikacyjny: …………………………

§ 4.

1. Wykonawca zobowiązuje się do:
2. rzetelnego wykonywania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem wiedzy medycznej, umiejętności zawodowych oraz z uwzględnieniem postępów w medycynie
3. przestrzegania standardów udzielania świadczeń zdrowotnych,
4. pozostawania w stałej dostępności pod telefonem,
5. starannego i czytelnego prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, wytycznymi płatnika świadczeń i procedurami obowiązującymi u Zamawiającego z uwzględnieniem sporządzania informacji o istotnych i ważnych problemach medycznych,
6. prowadzenia ewidencji przepracowanych godzin, zgodnie z załącznikiem nr 4,
7. przestrzegania praw pacjenta określonych w przepisach prawa, w szczególności w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j.Dz.U. z 2019r. poz. 1127) i zasad etyki pielęgniarskiej,
8. przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, zakres obowiązków i odpowiedzialności związanych z przetwarzaniem danych osobowych stanowi załącznik Nr 1 do niniejszej umowy,
9. poddania się w zakresie wykonywania niniejszej umowy kontrolom przeprowadzanym przez „Zamawiającego”, jak i przez NFZ oraz inne organy i instytucje uprawnione do nadzoru i kontrolowania Przyjmującego lub Udzielającego zamówienia na zasadach określonych w przepisach prawa,
10. udzielenia wszelkich wyjaśnień „Zamawiającemu” w przypadku skarg, zażaleń, zarzutów odnośnie prawidłowości wykonanych świadczeń w terminie nie przekraczającym 10 dni od dostarczenia wezwania do wyjaśnienia, chyba że w wezwaniu wskazano inny termin.
11. Dokumentacja medyczna, o której mowa w ust.1 pkt 4 będzie przechowywana w siedzibie Zamawiającego.
12. W celu realizacji umowy, na podstawie art. 32 ust. 4 w związku z art. 29 RODO Zamawiający upoważnia Wykonawcę do przetwarzania danych osobowych pacjentów na zasadach określonych w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
13. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone Zamawiającemu i osobom trzecim w związku z prowadzeniem dokumentacji niezgodnie z zasadami opisanymi w ust. 1 - 3.

§ 5

1. Wykonawca oświadcza, że:
2. stan zdrowia osoby wskazanej w § 3 pozwala na wykonywanie zadania określonego niniejszą umową,
3. zna ryzyko zawodowe, które wiąże się z wykonywanym zadaniem oraz zna zasady ochrony przed zagrożeniami.
4. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu umowy rzetelnie i z należytą starannością, wykorzystując umiejętności medyczne i postępując zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.
5. Wykonawca wykonując przedmiot umowy będzie przestrzegał praw pacjentów określonych w przepisach prawa, w szczególności w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2017r., poz. 1318 ze zm.).
6. Wykonawca zobowiązany jest do znajomości i przestrzegania:
7. aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
8. standardów udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym procedur wewnętrznych,
9. przepisów wewnątrzzakładowych dot. porządku udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 6

1. Wykonawca w celu realizacji zadań, o których mowa w § 1, korzysta bezpłatnie z aparatury i sprzętu medycznego, wydawanych mu przez koordynatora, będącego własnością Zamawiającego oraz z utylizacji odpadów medycznych.
2. Korzystanie z wyżej wymienionych środków może odbywać się wyłącznie w zakresie niezbędnym do świadczenia zleconych umową świadczeń.
3. Zamawiający zobowiązuje się na własny koszt dbać o należyty stan techniczny przedmiotowej aparatury i sprzętu, zapewnić pełną sprawność aparatury i sprzętu niezbędnych do wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, w tym w szczególności zapewnić serwis i okresowe przeglądy zgodnie z instrukcją ich obsługi i obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
4. Wykonawca zobowiązuje się do najwyższej dbałości o mienie Zamawiającego,   
   które wykorzystywane jest do udzielania świadczeń zdrowotnych. W przypadku uszkodzenia lub zniszczenia aparatury lub sprzętu medycznego z winy Wykonawcy. Zamawiający obciąży Wykonawcę pełną kwotą poniesionej naprawy lub kosztami zakupu nowego sprzętu, jeśli starego nie da się naprawić.
5. Wykonawca nie może wykorzystywać sprzętu, o którym mowa w ust. 1, na cele odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych, chyba że odpłatność wynika z uprawnień Zamawiającego i jest przekazywana na jego konto.
6. Wykonawca jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Zamawiającego o wszelkich dostrzeżonych nieprawidłowościach w funkcjonowaniu sprzętu, o którym mowa powyżej oraz podjęcia w miarę możliwości wszelkich możliwych działań mających na celu zapobieżenie powiększeniu się szkody Zamawiającego wynikającej z nieprawidłowego działania sprzętu.

§ 7

1. Wykonawca zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej zgodnie   
   z obowiązującymi przepisami w tym zakresie i jej posiadania przez cały okres trwania umowy oraz przedstawienia kserokopii polisy ubezpieczeniowej niezwłocznie, nie później jednak niż w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń, a w przypadku przedłużenia ważności polisy na okres następny, niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu 7 dni od daty upływu okresu ubezpieczenia.
2. Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia aktualnego zaświadczenia lekarskiego wystawionego przez lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy. Koszty z tym związane pokrywa we własnym zakresie Wykonawca.

§ 8

1. Wykonawca na okres urlopów lub przewidywanej niezdolności do wykonywania świadczeń osoby wskazanej w § 3, jest zobowiązany zapewnić zastępcę posiadającego kwalifikacje konieczne do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową. O fakcie ustanowienia zastępcy należy poinformować Zamawiającego nie później niż na 14 dni przed terminem planowanej nieobecności i uzyskać jego zgodę.
2. W sytuacjach nagłych, niemożliwych do przewidzenia Wykonawca zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Zamawiającego o swojej nieobecności i przyczynach ją uzasadniających.
3. W każdym przypadku, gdy osoba wskazana w § 3 nie udziela świadczeń zdrowotnych, zaś nie doszło do ustanowienia zastępcy zgodnie z ust. 1, Zamawiający ma prawo do zlecenia wykonywania umowy w tym zakresie osobie trzeciej na koszt i ryzyko Wykonawcy.
4. W każdym przypadku, gdy Wykonawca, odmawia przystąpienia do udzielania świadczeń w terminach wcześniej uzgodnionych lub nie przystąpi do udzielania świadczeń w umówionym terminie bez uzasadnionej przyczyny, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 25% wynagrodzenia za każdą dobę opieki nad pacjentem, wskazanego w § 10 ust. 1.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość kary umownej do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
6. Wykonawca upoważnia Zamawiającego do potrącania kwot kar umownych z wynagrodzenia należnego Wykonawcy z tytułu realizacji niniejszej umowy.

§ 9

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy realizacji zadań objętych niniejszą umową ponoszą solidarnie Zamawiający i Wykonawca.
2. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za swoje działania lub zaniechania wyrządzające szkody oraz krzywdy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy zarówno wobec Zamawiającego, pacjentów, jak i osób trzecich.
3. Wykonawca obowiązany jest poddać się kontroli Zamawiającego, w tym również kontroli przeprowadzonej przez osoby upoważnione przez Zamawiającego.
4. Wykonawca udzieli wszelkich wyjaśnień Zamawiającemu w przypadku skarg, zażaleń, zarzutów odnośnie prawidłowości wykonanych świadczeń w terminie nie dłuższym niż 10 dni od dostarczenia wezwania do wyjaśnienia, chyba, że wezwanie określi inny termin.
5. Wykonawca wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli udzielanych przez niego świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy.

§ 10

1. Wykonawca za wykonane niniejszej umowy będzie otrzymywał wynagrodzenie brutto w wysokości **…… zł (słownie: …………………)** za każdą dobę w stosunku do pacjenta objętego opieką.
2. Wykonawca zobowiązany jest do comiesięcznego wystawiania rachunku za świadczone usługi w danym miesiącu i przedłożenia go Zamawiającemu w terminie do 5-go następnego miesiąca po miesiącu wykonywania świadczeń, wraz z rozliczeniem ilości godzin udzielanych świadczeń w miesiącu, którego rachunek dotyczy (załącznik nr 3), kartą wizyt w domu chorego stanowiącego załącznik nr 2 do umowy oraz ewidencją godzin (załącznik nr 4).
3. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 płatne jest w terminie **do 14 dni**, licząc od daty złożenia poprawnie sporządzonego rachunku i karty wizyt w domu chorego na konto wskazane przez Wykonawcę pod warunkiem zachowania terminu przewidzianego w ust. 2.
4. Niezachowanie przez Wykonawcę terminu, o którym mowa w ust. 2 upoważnia Zamawiającego do odpowiedniego przesunięcia terminu wypłaty wynagrodzenia.
5. Przedłożenie rachunku sporządzonego w sposób nieprawidłowy i nierzetelny powoduje wstrzymanie płatności całości wynagrodzenia będącego przedmiotem niniejszej umowy do czasu przedłożenia prawidłowo wypełnionego rachunku.
6. Koszty dojazdu do pacjenta oraz koszty rozmów telefonicznych ponosi Wykonawca.

§ 11

1. Wykonawca rozlicza się osobiście z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

§ 12.

1. Umowa niniejsza została zawarta na czas określony od **dnia 1 maja 2020 roku do dnia 31 grudnia 2020 roku**.
2. Umowa ulega rozwiązaniu:
3. z upływem czasu, na który została zawarta,
4. z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych,
5. wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia dokonanego na piśmie na koniec miesiąca kalendarzowego, a w szczególności w przypadku:
6. nie wykonywania lub nienależytego wykonywania obowiązków wynikających z niniejszej umowy,
7. wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodujące, że wykonanie umowy nie będzie służyło interesowi Udzielającego zamówienia lub interesowi publicznemu, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy,
8. nie przestrzegania regulaminu organizacyjnego Zamawiającego, przepisów bezpieczeństwa   
   i higieny pracy, przepisów sanitarnych oraz przepisów przeciwpożarowych obowiązujących u Udzielającego zamówienia.
9. wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy, w tym zwłaszcza gdy Wykonawca:
10. wykonuje obowiązki wynikające z niniejszej umowy w stanie nietrzeźwym lub pod wpływem środków odurzających,
11. nie udokumentował zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w ustawie o działalności leczniczej, w terminie określonym umową,
12. naraził Zamawiającego na szkodę majątkową, będącą wynikiem zachowania Wykonawcy,
13. nie realizował świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy w terminach określonych w umowie,
14. utracił prawo wykonywania zawodu lub został w tym prawie zawieszony lub ograniczony przez organ uprawniony;
15. wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia w razie utraty przez Wykonawcę koniecznych uprawnień do realizacji świadczeń zdrowotnych,
16. rozwiązania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia albo innym podmiotem finansującym świadczenia zdrowotne w zakresie dotyczącym świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, bądź zaprzestania przez te podmioty finansowania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą Umową,
17. zaistnienia innych okoliczności uniemożliwiających wykonywanie umowy, np. zmiany systemowe, organizacyjne.
18. Rozwiązanie umowy wymaga zachowania formy pisemnej.

§ 13.

Zmiany do umowy mogą być wprowadzone w każdym czasie w formie pisemnego pod rygorem nieważności aneksu.

§ 14.

1. Prawa i obowiązki stron wynikające z umowy nie mogą być przeniesione na osoby trzecie.
2. Strony umowy zobowiązane są do zachowania postanowień i treści umowy w tajemnicy.

§ 15.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO), informujemy, że:

* 1. Administratorem danych osobowych Wykonawcy jest Szpital Dziecięcy Polanki im. Macieja Płażyńskiego sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku (80-308), ul. Polanki 119, adres do korespondencji: 80-308 Gdańsk ul. Polanki 119 z dopiskiem IOD.
  2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: [iod@szpitalpolanki.pl](mailto:iod@szpitalpolanki.pl)
  3. Celem przetwarzania danych osobowych „Wykonawcy” jest zawarcie, realizacja oraz rozliczenie finansowe niniejszej umowy, podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. b) i lit. c) RODO, dochodzenie lub zabezpieczenie roszczeń, podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.
  4. Odbiorcami przetwarzanych danych osobowych Wykonawcy w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO są banki, podmiot zajmujący się obsługą informatyczną, prawną, firmy archiwizujące dokumenty.
  5. Dane osobowe Wykonawcy będą przechowywane przez okres niezbędny do prawidłowego wypełniania obowiązków ustawowych i umownych związanych z zawarciem i realizacją umowy to jest okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym upłynął termin płatności podatku zgodnie z art. 70 par. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (tj. Dz.U. z 2018 r. poz. 800 ze zm.) oraz w przypadku ewentualnych roszczeń przez okres niezbędny do ich zabezpieczenia lub dochodzenia.
  6. Wykonawca ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania. Prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania przysługuje wykonawcy w przypadku danych przetwarzanych bezpodstawnie.
  7. Wykonawca ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
  8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z par. 3 pkt 1 lit. c) Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 3 grudnia 2013 r. w sprawie wystawiania faktur (Dz.U. z 2013 r. poz. 1485).
  9. Dane Wykonawcy nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

§ 16

Spory wynikłe w trakcie realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

§ 17.

W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy:

1. kodeksu cywilnego,
2. ustawy o działalności leczniczej,
3. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

§ 18

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, w tym 1 egz. dla Wykonawcy i 1 egz. dla Zamawiającego.

Wykonawca Zamawiający

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

załącznik Nr 1 do umowy

ZAKRES  
OBOWIĄZKÓW i ODPOWIEDZIALNOŚCI

związanych z przetwarzaniem danych osobowych w zakresie ochrony danych osobowych

„Wykonawca” **………………………………………**

W związku z udzielonym upoważnieniem do przetwarzania danych osobowych w Szpitalu Dziecięcym Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku sp. z o.o., wydanym w oparciu o art. 32 ust. 4 w związku z art. 29 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) ustala się zakres obowiązków i odpowiedzialności „Wykonawcy”:

**I. ZAKRES OBOWIĄZKÓW**

Do zakresu obowiązków związanych z przetwarzaniem danych osobowych należy w szczególności:

* 1. Przestrzeganie przepisów 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)
  2. Przestrzeganie postanowień uchwały Zarządu Szpitala Dziecięcego Polanki im. Macieja Płażyńskiego sp. z o.o. w sprawie wyznaczenia Inspektora Ochrony Danych. i wydanych na jej podstawie:

a. Polityki ochrony danych osobowych,

b. Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych,

c. Instrukcji postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych.

**II. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych „Wykonawca” ponosi odpowiedzialność za przestrzeganie przepisów wymienionych w punkcie I.1 oraz zasad polityki ochrony danych osobowych, a w szczególności za:

* + 1. Ujawnienie oraz wykorzystanie informacji związanych z przetwarzanymi w trakcie wykonywania pracy danymi osobowymi, w tym za przetwarzanie danych osobowych w sposób inny niż określony w w/w przepisach.
    2. Ujawnienie sposobów zabezpieczenia danych osobowych zarówno w trakcie umowy, jak i po jej wygaśnięciu lub rozwiązaniu.
    3. Instalowanie oprogramowania na przydzielonym komputerze ani na żadnym innym komputerze znajdującym się w Szpitalu Dziecięcym Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku sp. z o.o.
    4. Brak zabezpieczenia danych osobowych zgodnie w/w przepisami takich jak wyrzucanie dokumentów zawierających dane osobowe bez uprzedniego ich trwałego zniszczenia, pozostawianie dokumentów lub kopii dokumentów zawierających dane osobowe bez zabezpieczenia, pozostawianie kluczy w drzwiach, szafach, biurkach, zostawianie otwartych pomieszczeń, w których przetwarza się dane osobowe, pozostawianie dokumentów na biurku po zakończonej pracy, pozostawianie otwartych dokumentów zawierających dane osobowe na ekranie monitora bez włączonego wygaszacza ekranu oraz blokady klawiatury.

............................................................

podpis Administratora Danych Osobowych

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

data i podpis „Wykonawcy”

załącznik Nr 2 do umowy

**KARTA WIZYT W DOMU CHOREGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE**

Imię i nazwisko pacjenta ............................................................................................................................

Adres zamieszkania ....................................................................................................................................

Pesel ...........................................................................................................................................................

Telefon kontaktowy do zespołu długoterminowej opieki domowej. .........................................................

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA

Informacja dotycząca realizacji świadczeń przez lekarza, pielęgniarkę i fizjoterapeutę oraz na temat dostępności do świadczeń wykonywanych przez wymieniony personel medyczny, dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną i nie inwazyjną, zawarte są w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Godzina**  **od / do** | **Pieczęć i podpis lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty** | **Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* wypełnienie obligatoryjne

załącznik Nr 3 do Umowy

..................................miejscowość, data

RACHUNEK DO UMOWY

za miesiąc …...................................

Imię i nazwisko …......................................................................................................................................................

PESEL …..............................................., zam. ….................................................................................................................

DLA : .........................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| lp. | Nazwa usługi | Cena jednostkowa brutto | Jednostka miary  (doba) | Wartość brutto |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam, że w m-cu …................................ osiągnęłam / nie osiągnęłam wynagrodzenie nie mniejsze niż minimalne wynagrodzenie określone na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. Nr 200, poz. 1679 z późn.zm.)

Wypłaty wynagrodzenia proszę dokonać na wskazane konto bankowe.

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

podpis WYKONAWCY

Stwierdzam, że zlecona czynność została wykonana

…...............................................................podpis osoby upoważnionej Zamawiającego

Rozliczenie umowy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Wynagrodzenie brutto | | |  |
| 2 | Suma składek na ubezpieczenia społeczne, w tym: | | |  |
|  | 2.1 | emerytalna (9,76%) | |  |
|  | 2.2 | rentowa (1,5%) | |  |
|  | 2.3 | chorobowa (2,45%) | |  |
| 3 | Koszty uzyskania przychodu: | |  |  |
| 4 | Podstawa opodatkowania: | | |  |
| 5 | Podatek dochodowy: | |  |  |
| 6 | Składka na ubezpieczenie zdrowotne (9%) | | |  |
| 7 | Składka na ubezpieczenie zdrowotne obniżona do wysokości zaliczki | | |  |
| 8 | Składka na ubezpieczenie zdrowotne podlegająca odliczeniu (7,75%) | | |  |
| 9 | Należny podatek od wynagrodzenia | | |  |
| 10 | Kwota do wypłaty | | |  |
| Słownie : …...................................................................................................... | | | | |

Zatwierdzam do wypłaty kwotę ….............................. (słownie : ….......................................................................................)

Załącznik Nr 4 do umowy

**Komórka organizacyjna**

**Ewidencja godzin   
udzielania świadczeń zdrowotnych   
w miesiącu ……………………………...2020r**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień miesiąca** | **Godzina od/do** | **Ilość godzin** | **Dzień miesiąca** | **Godzina od/do** | **Ilość godzin** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **SUMA** |  | |  |  |  |

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

(podpis osoby sporządzającej) (podpis osoby sprawdzającej