**Załącznik nr 2**

LEKARZ

/WZÓR UMOWY ZLECENIE Nr ………/…………..

do wniosku nr …./……./……….

Zawarta w dniu **………………..** we Wrocławiu **pomiędzy 4 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej** ul. R.Weigla 5 **we Wrocławiu** reprezentowanym przez Komendanta – płk. dr. n. med. Wojciecha Tańskiego zwanego dalej „Zleceniodawcą”,

a **./……………..PESEL ………………….** zam.……………………, zwaną dalej „Zleceniobiorcą”.

Niniejsza umowa jest następstwem konkursu nr …/2023 ogłoszonego i przeprowadzonego przez Zleceniodawcę na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r, o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.) i art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2022r. poz. 2561 z późn. zm.).

§ 1

1. Miejscem wykonywanych czynności jest 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu lub inne miejsce wskazane przez Zleceniodawcę.
2. Zleceniodawca zleca a Zleceniobiorca przyjmuje do wykonania w ramach czynności ……………………………………….. w 4 WSzKzP we Wrocławiu.
3. W zakres czynności objętych umową w szczególności wchodzi:
4. ………………………….
5. ………………………….
6. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonywania czynności w dniu i w godzinach wynikających z potrzeb ……………dalej ………………………..

5 Zleceniobiorca będzie wykonywał powierzone czynności minimalnie …………godz. w miesiącu, maksymalnie …………. godz. w miesiącu.

1. Zleceniobiorca ma obowiązek uczestniczenia w szkoleniach organizowanych przez Zleceniodawcę niezbędnych do wykonywania przedmiotu umowy, w tym: z zakresu zakażeń szpitalnych, jakości i BLS.
2. Zleceniobiorca nie może powierzyć wykonywania przedmiotu umowy osobom trzecim bez zgody Zleceniodawcy wyrażonej na piśmie.

§ 2

Zleceniobiorca oświadcza, że posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza oraz świadczyć będzie usługi zgodnie z przepisami ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. z póź.zm.).

§ 3

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania:
   1. przepisów powszechnie obowiązujących, w szczególności przepisów regulujących wykonywanie zawodów medycznych, działalności leczniczej, udzielania świadczeń zdrowotnych oraz dotyczące praw pacjenta,
   2. standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Zleceniodawcę,
   3. regulaminu organizacyjnego 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką   
      SP ZOZ we Wrocławiu,
   4. zasad etyki zawodowej,
   5. wewnętrznych procedur, instrukcji i zarządzeń obowiązujących u Zleceniodawcy.
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przestrzegania zasad zapisów określonych w Decyzji nr 145/MON z dnia 13 lipca 2017r. poz. 157 w sprawie zasad postępowania w kontaktach z wykonawcami zgodnie z treścią Załącznika do ww. decyzji, który stanowi integralną część niniejszej umowy i jest dostępny na stronie:

<http://www.dz.urz.mon.gov.pl/dziennik/pozycja/decyzja-157-decyzja-nr-145mon-z-dnia-13-lipca-2017-r-w-sprawie-zasad-postepowania-w-kontaktach-z-wykonawcami/>.

1. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność cywilną w związku z wykonywanymi czynnościami świadczonymi na rzecz Zleceniodawcy w ramach niniejszej umowy.
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do składania co miesiąc w Dziale Kadr pok. nr 19„Oświadczenia do celów składkowo-podatkowych (*Załącznik nr 1*)

§ 4

Funkcję koordynatora działalności Zleceniobiorcy pełnić będzie …………………. , który w sprawach związanych z funkcjonowaniem ……………….. reprezentuje Zleceniodawcę.

§ 5

1. Zleceniodawca zobowiązuje się zapewnić Zleceniobiorcy swobodny dostęp do pełnej dokumentacji pacjentów, będącej w jego posiadaniu.
2. Zleceniobiorca jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami NFZ i wewnętrznymi uregulowaniami Zleceniodawcy.
3. Zleceniodawca zobowiązuje się zapewnić Zleceniobiorcy wszystkie aktualne druki i dokumentacje.

§ 6

Udostępnianie dokumentacji medycznej przez Zleceniobiorcę osobom trzecim odbywa się zgodnie z przepisami ustawy z dn. 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2022r. poz. 1876) oraz zasadami ustalonymi przez Zleceniobiorcę.

§ 7

1. Na okres realizacji umowy na podstawie 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- Administrator **upoważnia Zleceniobiorcę** do przetwarzania danych osobowych a Zleceniobiorca, przed rozpoczęciem wykonywania świadczenia, zobowiązuje się do odbycia szkolenia z zasad ochrony i bezpiecznego przetwarzania danych osobowych..
2. Zleceniodawca oświadcza, że jest administratorem danych osobowych, które przyjmujący zamówienie będzie przetwarzał.
3. Zleceniobiorca może przetwarzać dane osobowe w wersjach pisemnej   
   i elektronicznej.
4. O nadanie uprawnień do przetwarzania danych w systemach informatycznych Zleceniodawcy, kierownik/ordynator komórki organizacyjnej występuje z wnioskiem do kierownika Ośrodka Przetwarzania Informacji o nadanie uprawnień.

§ 8

* + - 1. Zleceniobiorca ponosi pełną odpowiedzialność za udostępnienie danych osobowych osobom lub instytucjom nieupoważnionym lub wykorzystanie danych osobowych do celów innych niż określone w § 1 ust. 2 umowy.
      2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 Zleceniodawca ma prawo rozwiązać umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze skutkiem natychmiastowym.
      3. Zobowiązanie Zleceniodawcy do zapłaty odszkodowania lub uiszczenia grzywny w związku z okolicznościami, o których mowa w ust. 1 z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy skutkuje obowiązkiem zwrotu Zleceniodawcy przez Zleceniobiorcę wszelkich poniesionych kosztów z tym związanych.

§ 9

* + - 1. Zleceniobiorca oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej na okres trwania niniejszej umowy.
      2. W przypadku gdy okres ubezpieczenia polisy ubezpieczeniowej traci ważność Zleceniobiorca zobowiązany jest niezwłocznie dostarczyć aktualną polisę.
      3. Niedostarczenie ważnej polisy ubezpieczeniowej skutkować może rozwiązaniem umowy ze Zleceniobiorcą.

§ 10

Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie wykonywanych czynności ponoszą solidarnie Zleceniodawca i Zleceniobiorca zgodnie z art.27 ust.7 ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2023r. poz. 991 z późn. zm).

§ 11

Zleceniobiorca zobowiązuje się do poddania w każdym czasie kontroli przeprowadzonej przez Zleceniodawcę oraz inne uprawnione osoby i organy kontroli państwowej,   
w tym NFZ w zakresie wykonywania umowy.

§ 12

1. Zleceniobiorca jest zobowiązany powiadomić Kierownika ……….. o przewidywanej nieobecności i okresie jej trwania. Za okres nieobecności wynagrodzenie nie przysługuje.
2. W przypadku, nie dopełnienia obowiązku, o którym mowa w ust. 1 lub powiadomienia o nieobecności w okresie krótszym niż 24 godziny przed rozpoczęciem wykonywania czynności, Zleceniodawca ma prawo rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym lub zastosować kary finansowe określone w §19, chyba że niedopełnienie obowiązku powiadomienia lub opóźnienie w tym zakresie było spowodowane z przyczyn niezależnych od Zleceniobiorcy.

§ 13

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do dbałości o sprzęt i aparaturę oraz używania ich zgodnie z przeznaczeniem. Zleceniobiorca ponosi pełną odpowiedzialność za zniszczenie lub uszkodzenie używanej aparatury i sprzętu jeżeli powstało to z jego winy.
2. Zleceniobiorca nie ponosi odpowiedzialności za zużycie sprzętu i aparatury będące następstwem prawidłowego używania, bądź uszkodzeń powstałych w wyniku zdarzeń losowych.
3. Zleceniobiorca ma obowiązek natychmiastowego informowania Zleceniodawcy o uszkodzeniach i niesprawnym sprzęcie, wykorzystywanym przez Zleceniobiorcę.
4. Zleceniodawca jest zobowiązany do zapewnienia pełnej sprawności wszelkich urządzeń wymienionych powyżej.
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się do noszenia ubrania ochronnego, obuwia, identyfikatora osobistego spełniających wymogi stosowane u Zleceniodawcy w zakresie parametrów użytkowych, asortymentu oraz wzornictwa. Pozostałą odzież ochronną używaną bezpośrednio do wykonywania zabiegów zapewni Zleceniodawca, z zastrzeżeniem, że w przypadku jej zniszczenia lub zagubienia odpowiedzialność materialną ponosi Zleceniobiorca.

§ 14

1. Za realizację przedmiotu umowy Zleceniobiorcy przysługuje wynagrodzenie:

**Zgodnie z formularzem ofertowym** (słownie: ………………. zł)

1. Podstawą wypłaty należności będzie załączona do rachunku *(załącznik nr 2)* ewidencja czasu pracy wydrukowana z modułu grafiki i zatwierdzona pod względem merytorycznym przez Pielęgniarkę Oddziałową/Kierownika Kliniki/Oddziału oraz wykonanie obowiązku wynikającego z § 3 ust. 4 (*załącznik nr 1*)
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 wyczerpuje całość zobowiązań finansowych Zleceniodawcy względem Zleceniobiorcy.
3. Wynagrodzenie za ostatni miesiąc trwania niniejszej umowy zostanie wypłacone z dniem zakończenia umowy po rozliczeniu się z powierzonego mienia.
4. Rozliczenie, o którym mowa w ust.4 nastąpi w formie karty obiegowej.

§ 15

1. Wynagrodzenie, o którym mowa w §14 płatne będzie przelewem po zakończeniu miesiąca kalendarzowego do 10 dnia następnego miesiąca na rachunek wskazany przez Zleceniobiorcę i po przyjęciu prac przez …………… ……………..
2. Wystawiony rachunek wraz z ewidencją wydrukowaną z modułu grafiki należy dostarczyć do Działu Płac w terminie do 5 dnia następnego miesiąca.
3. W przypadku niedotrzymania terminu płatności, o którym mowa w ust. 1, Zleceniobiorcy przysługują odsetki ustawowe pod warunkiem, że Zleceniobiorca dopełnił w terminie obowiązki, o których mowa w § 14 ust.2.

§ 16

Zleceniobiorca we własnym zakresie zobowiązuje się do:

1. posiadania aktualnych badań profilaktycznych
2. posiadania aktualnego przeszkolenia w zakresie BHP i PPOŻ,
3. posiadania aktualnej książeczki do celów sanitarno - epidemiologicznych lub aktualnego orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych

§ 17

Umowa zostaje zawarta na okres od **……………….r.** do **………………r.**

§ 18

* + - 1. Każda ze stron może rozwiązać umowę na podstawie pisemnego oświadczenia bez podania przyczyny z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia złożonego na koniec miesiąca kalendarzowego.
      2. Zleceniodawca uprawniony jest do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku naruszenia przez Zleceniobiorcę postanowień wynikających z niniejszej umowy.

§ 19

Zleceniobiorca za naruszenie postanowień niniejszej umowy zapłaci Zleceniodawcy kary umowne w wysokości 10% wynagrodzenia za miesiąc, w którym zdarzenie takie miało miejsce, za każdy przypadek, nie więcej jednak niż łączne wynagrodzenie za miesiąc, w którym odnotowano przypadek naruszenia obowiązków.

§ 20

Zmiana warunków umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 21

Nieważna jest zmiana postanowień zawartej umowy niekorzystnych dla Zleceniodawcy, jeżeli przy ich uwzględnianiu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru przyjmującego zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

§ 22

Strony zobowiązują się rozwiązywać spory wynikające z realizacji postanowień niniejszej umowy w drodze negocjacji. W przypadku braku porozumienia między stronami na tle realizacji postanowień niniejszej umowy rozstrzyga sąd właściwy dla siedziby Zleceniodawcy.

§ 23

Strony zastrzegają poufność wszelkich postanowień umowy.

§ 24

W czasie trwania niniejszej umowy, a także w okresie 3 lat od jej rozwiązania lub ustania, Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji handlowych, organizacyjnych, technicznych lub technologicznych, co do których Zleceniodawca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności.

§ 25

W razie rozwiązania lub ustania niniejszej umowy Zleceniobiorca zobowiązany jest niezwłocznie przekazać Zleceniodawcy dokumenty i inne materiały dotyczące tajemnicy, o której mowa w § 24, jakie sporządził, zebrał, opracował lub otrzymał w trakcie trwania umowy w związku z jej wykonywaniem.

§ 26

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy

o działalności leczniczej i odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 27

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, 2 dla Zleceniodawcy, 1 dla Zleceniobiorcy.

Zleceniobiorca Zleceniodawca

…………………………… ……………………………..

**Załącznik nr 1 do umowy zlecenia**

**Oświadczenie do celów składkowo-podatkowych ZLECENIOBIORCY**

1. **Dane osobowe**

Nazwisko ...................................................................................Nazwisko rodowe ...................................................................

IMIĘ : 1. ................................................................................... IMIĘ 2. ...................................................................................

Data i miejsce urodzenia ................................................................... NR PESEL .....................................................................

NR NIP ....................................................................... OBYWATELSTWO ............................................................................

PŁEĆ: Kobieta / Mężczyzna \* (niepotrzebne skreślić)

1. **Adres zamieszkania/zameldowania (będący jednocześnie do wykazania na druku PIT)**

gmina/dzielnica.............................................. województwo ............................................. powiat……..............………………………..

ulica ..................................................................... nr domu .............. nr mieszkania ............. kod pocztowy ...........................................

miejscowość/poczta ..................................................... **numer telefonu…………….…….................**

1. **Adres korespondencyjny ( podać jeśli adres jest inny niż powyższe)**

gmina/dzielnica.............................................. województwo ............................................. powiat……..............………………..…..

ulica ..................................................................... nr domu .............. nr mieszkania ............. kod pocztowy ......................................

miejscowość/poczta .....................................................

1. **Dane do rozliczeń PUBLICZNO-PRAWNYCH (np. Urząd Skarbowy)**

Urząd Skarbowy i adres………………………………………………………………………………………………………...

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia………………………………………………………………………………………

1. **Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia społecznego**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art.233 §1 KK, OŚWIADCZAM, ŻE:**

**jestem zatrudniony/a w ramach umowy o pracę lub równorzędnej** i z tego tytułu moja **łączna podstawa składek na ubezpieczenia społeczne** w danym miesiącu **wynosi:**

 **MNIEJ/****JEST RÓWNA/****WIĘCEJ** niż minimalne wynagrodzenie za pracę (PROSZĘ PODAĆ ZAKŁAD PRACY, ……………………………………………………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………………………

**jestem zatrudniony w ramach stosunku służbowego zawodowej służby wojskowej** i pełnię służbę w (proszę podać nazwę)………………………………………………………………………………

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

**jestem objęty/a ubezpieczeniem społecznym z innej umowy zlecenie** i z tego tytułu moja **łączna podstawa składek na ubezpieczenia społeczne** w danym miesiącu **wynosi:**

 **MNIEJ/****JEST RÓWNA/****WIĘCEJ** niż minimalne wynagrodzenie za pracę ( podać nazwę zakładu pracy w przypadku, gdy jest to jedyna forma zatrudnienia)

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

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

**prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą** i z tego tytułu opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej **co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej**

**prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą**, z tytułu której opłacam składki od preferencyjnej podstawy

wynoszącej **30% minimalnego wynagrodzenia**

 **usługi wykonywane w ramach umowy, której dotyczy to oświadczenie, wchodzą w zakres prowadzonej przeze**

**mnie działalności gospodarczej stanowiącej tytuł do ubezpieczeń społecznych**

**jestem pracownikiem innego zakładu** lecz w okresie wykonywania umowy, której dotyczy to oświadczenie, przebywam na: urlopie bezpłatnym /  wychowawczym / macierzyńskim / rodzicielskim

**jestem studentem/uczniem szkoły ponadpodstawowej** i nie ukończyłem(am) 26 lat (nr legitymacji

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

 **posiadam inny tytuł do ubezpieczeń społecznych** np. umowa agencyjna, z tytułu pracy nakładczej, działalności twórczej lub artystycznej, i inne (proszę podać jeśli posiadam)

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

**jestem emerytem/rencistą :** nr świadczenia…………………………………….…………………………………..….

**legitymuję się orzeczeniem** o stopniu niepełnosprawności (jestem niepełnosprawny/a w stopniu ………………………..)

**NIE JESTEM ubezpieczony** z tytułu ubezpieczeń społecznych

**WNOSZĘ** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym

**WNOSZĘ** o objęcie mnie obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym/ dobrowolnym chorobowym

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

(inne okoliczności mające wpływ na ubezpieczenia w ZUS)

**Jednocześnie oświadczam, że o fakcie jakiejkolwiek zmiany powyższych danych niezwłocznie poinformuję Zleceniodawcę.**

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne(emerytalne, rentowe finansowane ze środków ubezpieczonego i zleceniobiorcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.)

Ponadto potwierdzam zapoznanie się z załączoną do niniejszego oświadczenia „Klauzulą informacyjną RODO”.

**Niniejsze oświadczenie zobowiązuję się składać co miesiąc**

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

data Podpis Zleceniobiorcy

Klauzula informacyjna RODO

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – dalej: RODO, informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu zawarcia i realizacji umowy.
3. Administrator danych gwarantuje właściwą ochronę przetwarzanych danych osobowych.
4. Zleceniobiorca posiada prawo dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do ich przenoszenia - tj. prawo otrzymania od Zleceniodawcy danych osobowych Zleceniobiorcy, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie informatycznym nadającym się do odczytu maszynowego. Zleceniobiorca może przesłać te dane innemu administratorowi danych lub zażądać, aby Szpital przesłał dane Zleceniobiorcy do innego administratora. Jednakże Zleceniodawca zrobi to tylko, jeśli takie przesłanie jest technicznie możliwe.
5. Zleceniobiorcy przysługuje także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. .
6. Podanie przez Zleceniobiorcę danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy cywilno-prawnej, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości zawarcia umowy cywilno-prawnej.

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

data Podpis Zleceniobiorcy

**Załącznik nr 2 do umowy zlecenia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko: |  | | | |  |  | dn. | | *data* |
|  |  | | | |  | | |  | |
| Imiona : |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
| Imiona rodziców: |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
| Data urodzenia: |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
| Miejsce urodzenia: |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
| NIP: |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
| PESEL: |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
| Adres - miejscowość: |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
| Gmina /dzielnica: |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
| Ulica: |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
| Nr domu: |  |  |  | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
| Urząd Skarbowy: |  | | |  |  | | | | |
|  |  | | | |  | |  | | |
| Oddział NFZ: |  |  | | | | |  | | |

###### **RACHUNEK**

dla 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego SP ZOZ

we Wrocławiu ul. R. Weigla 5

za wykonanie pracy polegającej na :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| Stawka z umowy………………zł x ……………….godzin *(ilość godzin z grafiku)* | | | | | | |
|  |  | | | | | |
| na kwotę: |  | | słownie: | |  | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| Zgodnie z umowa nr: | |  | | zawartą w dniu: | |  |
| Wypłata na rachunek bankowy: | |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pracę wykonano zgodnie z umową . | |  | |
|  |  | |  |
| *przyjmujący pracę* | | *podpis wystawcy rachunku* | |

|  |  |
| --- | --- |
| Kwota brutto rachunku: |  |
|  |  |
| …… % kosztów uzyskania: |  |
|  |  |
| Podstawa opodatkowania: |  |
|  |  |
| Podatek ..... % od podstawy opodatkowania |  |
|  |  |
| Minus ..... % na ubezpieczenie zdrowotne: |  |
|  |  |
| DO WYPŁATY: |  |

|  |
| --- |
|  |
| *podpis zatwierdzającego* |

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką we Wrocławiu**

1. **Administrator danych:**

4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką we Wrocławiu, reprezentowany przez Komendanta szpitala (dalej: Szpital), z siedzibą przy ul. Rudolfa Weigla nr 5, 50-981 Wrocław

Ze Szpitalem można się skontaktować w następujący sposób:

- listownie na adres: ul. Rudolfa Weigla nr 5, 50-981 Wrocław

- przez e-mail: kadry@4wsk.pl

- telefonicznie: tel. 261 660 117

1. **Inspektor ochrony danych**

Szpital wyznaczył inspektora ochrony danych. Jest to osoba, z którą można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z przysługujących Wykonawcy praw związanych z przetwarzaniem danych.

Z inspektorem można się kontaktować w następujący sposób:

- listownie na adres: ul. Rudolfa Weigla nr 5, 50-981 Wrocław

- przez e-mail: [abi@4wsk.pl](mailto:abi@4wsk.pl)

1. **Cele przetwarzania danych osobowych**

Szpital będzie przetwarzać dane osobowe Wykonawcy w następujących celach:

1. związanych z realizacją umowy,
2. związanych z ewentualnym dochodzeniem roszczeń i odszkodowań związanych z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem umowy,
3. udzielania odpowiedzi na pisma, skargi i wnioski,
4. wykonywania obowiązków wynikających z ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.
5. **Podstawa prawna przetwarzania Pana danych osobowych:**
6. niezbędność do wykonania umowy lub do podjęcia działań na Pana żądanie   
   przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO),
7. konieczności wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).
8. **Okres przechowywania danych osobowych:**

Szpital będzie przechowywać dane osobowe Zleceniobiorcy w związku z realizacją niniejszej umowy  
nie dłużej niż 6 lat od jej zakończenia.

1. **Odbiorcy danych osobowych**

Szpital będzie przekazywać dane osobowe Wykonawcy:

1. Organom, podmiotom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, np. sądom, organom ściągania, lub instytucjom państwowym, gdy wystąpią z żądaniem, w oparciu o stosowną podstawę prawną,
2. w zakresie niezbędnym – Wnioskodawcom, działającym na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej,
3. w zakresie niezbędnym - podmiotom współpracującym ze Szpitalem w oparciu o zawarte z nimi umowy i w granicach poleceń Szpitala,
4. **Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy**

Szpital nie będzie przekazywać danych osobowych Zleceniobiorcy poza Europejski Obszar Gospodarczy.

1. **Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych**

Zleceniobiorcy przysługują następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:

* prawo dostępu do danych osobowych,
* prawo żądania sprostowania danych osobowych,
* prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
* prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. prawo otrzymania od Szpitala danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie informatycznym nadającym się do odczytu maszynowego. Zleceniobiorca może przesłać te dane innemu administratorowi danych lub zażądać, aby Szpital przesłał dane Zleceniobiorcy do innego administratora. Jednakże Szpital zrobi to tylko, jeśli takie przesłanie jest technicznie możliwe.

Podanie danych osobowych przez Zleceniobiorcę jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia   
i realizacji umowy oraz wykonywania przez administratora prawnie uzasadnionych obowiązków.

Aby skorzystać z powyższych praw, proszę skontaktować się ze Szpitalem lub z inspektorem ochrony danych (dane kontaktowe w punktach 1 i 2 powyżej).

Prawo wniesienia skargi do organu

Zleceniobiorcy przysługuje także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.