**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 we Wrocławiu** reprezentowanym przez Komendanta – płk. dr. n. med. Wojciecha Tańskiego zwanego dalej „Zleceniodawcą”,

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

Niniejsza umowa jest następstwem konkursu nr 20/2020ogłoszonego i przeprowadzonego przez Zleceniodawcę na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r, o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 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 2020r. poz. 1398 z późn. zm.).

§ 1

1. Miejscem wykonywanych czynności jest 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu.
2. Zleceniodawca zleca a Zleceniobiorca przyjmuje do wykonania w ramach dyżurów czynności lekarza w trakcie specjalizacji z chirurgii naczyniowej w Klinicznym Oddziale Chirurgii Naczyniowej oraz w Oddziale OZC-19 w 4 WSzKzP we Wrocławiu.
3. W zakres czynności objętych umową w szczególności wchodzi:
4. prowadzenie opieki nad chorymi przebywającymi w Oddziale,
5. kwalifikacja do zabiegów operacyjnych w trybie ostrym,
6. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie ze standardami 4WSK,
7. konsultacje angiochirurgiczne w SOR i innych oddziałach 4WSK,
8. udział w procedurze pobrań i przeszczepów,
9. udział w identyfikacji dawcy zmarłego,
10. udział w opiece nad dawcą od stwierdzenia śmierci mózgu lub zgonu w skutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia do pobrania narządu lub narządów.
11. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonywania czynności w dniu i w godzinach wynikających z potrzeb Klinicznego Oddziału Chirurgii Naczyniowej.

5 Zleceniobiorca będzie wykonywał powierzone czynności **minimalnie 24 godz. w miesiącu, maksymalnie 100 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 wykonania 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 2020 r. poz.514 z póź.zm.).

§ 3

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania:
   1. zasad etyki zawodowej,
   2. wewnętrznych procedur, instrukcji i zarządzeń
   3. przepisów BHP i ochrony ppoż. na terenie zakładu 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 Kierownik Klinicznego Oddziału Chirurgii Naczyniowej oraz Kierownik Oddziału OZC-19, którzy w sprawach związanych z funkcjonowaniem oddziału określonego w §1 umowy reprezentują 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 2020r. poz. 849) 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, podda się szkoleniu 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

Zleceniobiorca odpowiada za udostępnienie danych osobowych osobom lub instytucjom nieupoważnionym lub wykorzystanie danych osobowych do celów innych niż określone w § 1, ust. 3 umowy.

§ 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 2020r. poz. 295 z późn. zm).

§ 11

1. W przypadku naruszenia zapisu § 8 przez Zleceniobiorcę, Zleceniodawca ma prawo rozwiązać umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ze skutkiem natychmiastowym.
2. Poniesienie przez Zleceniodawcę kosztów odszkodowania lub grzywny w związku z § 11 ust. 1, z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy, zobowiązuje Zleceniobiorcę do pokrycia strat.

§ 12

Zleceniobiorca oświadcza, że zobowiązuje się do poddania w każdym czasie kontroli przeprowadzonej przez Zleceniodawcę lub przez inne organy kontroli państwowej oraz do udostępniania pełnej prowadzonej przez siebie i posiadanej dokumentacji.

§ 13

1. Zleceniobiorca jest zobowiązany powiadomić Zleceniodawcę o przewidywanym czasie trwania nieobecności. Za okres nieobecności wynagrodzenie nie przysługuje.
2. W przypadku, gdy Zleceniobiorca nie powiadomi o swojej nieobecności Zleceniodawcy lub powiadomi o tym fakcie w ostatniej chwili, Zleceniodawca ma prawo rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowy lub zastosować kary finansowe określone w §20.

§ 14

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do dbałości o sprzęt i aparaturę oraz używania ich zgodnie z przeznaczeniem. Zleceniobiorca ponosi 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.

§ 15

1. Za realizację przedmiotu umowy Zleceniobiorcy przysługuje wynagrodzenie:
2. **……………….. zł brutto za 1 godzinę pracy** (słownie………………………….. brutto)
3. wynagrodzenie za czynności określone w §1 ust.3e Zleceniodawca wypłaci zgodnie z algorytmem aktualnie zatwierdzonym przez Komendanta 4. WSzKzP SP ZOZ, po przedłożeniu rachunku wraz z rozliczeniem przeszczepów zatwierdzonym przez Kierownika Klinicznego Oddziału Chirurgii Transplantacyjnej.
4. wynagrodzenie za czynności związane z pobieraniem narządów od dawcy, u którego stwierdzono zgon wskutek śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia, czynności związanych z pobieraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od żywego dawcy oraz ich przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją wypłacane zgodnie z załącznikiem nr 2a do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 22 marca 2010 r
5. Podstawą wypłaty należności będzie załączona do rachunku ewidencja czasu pracy (*załącznik nr 2 do umowy* ) oraz wykonanie obowiązku wynikającego z § 3 ust.4(*załącznik nr 1*)
6. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 wyczerpuje całość zobowiązań finansowych Zleceniodawcy względem Zleceniobiorcy.
7. Wynagrodzenie za ostatni miesiąc trwania niniejszej umowy zostanie wypłacone z dniem zakończenia umowy po rozliczeniu się z powierzonego mienia.
8. Rozliczenie, o którym mowa w ust.4 nastąpi w formie karty obiegowej.

§ 16

1. Wynagrodzenie, o którym mowa w §15 płatne będzie przelewem po zakończeniu miesiąca kalendarzowego na rachunek wskazany przez Zleceniobiorcę i po przyjęciu prac przez Kierownika Klinicznego Oddziału Chirurgii Naczyniowej oraz Kierownika Oddziału OZC-19 w terminie 10 dni od dnia otrzymania przez Zleceniodawcę rachunku wraz z ewidencją czasu pracy.
2. Wystawiony rachunek przez Zleceniobiorcę wraz z ewidencją czasu pracy winny uzyskać zatwierdzenie pod względem merytorycznym przez Kierownika Klinicznego Oddziału Chirurgii Naczyniowej oraz Kierownika Oddziału OZC-19.
3. W przypadku niedotrzymania terminu płatności, o którym mowa w ust. 1, Zleceniobiorcy przysługują odsetki jak za zaległości podatkowe za każdy dzień zwłoki.

§ 17

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

§ 18

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

§ 19

* + - 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.

§ 20

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.

§ 21

Zmiana warunków umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 22

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.

§ 23

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.

§ 24

Strony zastrzegają poufność wszelkich postanowień umowy.

§ 25

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.

§ 26

W razie rozwiązania lub ustania niniejszej umowy Zleceniobiorca zobowiązany jest niezwłocznie przekazać Zleceniodawcy dokumenty i inne materiały dotyczące tajemnicy, o której mowa w § 25, jakie sporządził, zebrał, opracował lub otrzymał w trakcie trwania umowy w związku z jej wykonywaniem.

§ 27

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy

o działalności leczniczej i odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 28

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

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, w których stroną jest Szpital
3. Administrator danych gwarantuje właściwą ochronę przetwarzanych danych osobowych.
4. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych i poprawiania ich.
5. Podanie przez Pana/Panią 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**

EWIDENCJA GODZIN WYKONANIA ZLECENIA

za .................................. 201…

(m-c)

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

(zleceniobiorca)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Godzina rozpoczęcia | Godzina zakończenia | Liczba godzin |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Suma godzin | | |  |
| Stawka za godzinę | | |  |

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

Podpis zleceniobiorcy Zatwierdzam