

Projekt Umowy

zawarta w dniur. w Iłży,

pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej – Szpital w Iłży, z siedzibą w Iłży (27-100) przy ul. Bodzentyńskiej 17, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000068961, Regon 670902293, NIP 7961704266, zwanym w dalszej części umowy „**Udzielającym zamówienia**” reprezentowanym przez:

Joannę Pionka – Dyrektora

a

.....
zwanym dalej „**Przyjmującym zamówienie**”

Przyjmujący zamówienie został wybrany w wyniku konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach ratownika medycznego w ZOZ – Pogotowie Ratunkowe, zgodnie z art. 26 i 26a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. z Dz. U. Z 2025r., poz. 450) oraz przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń medycznych jako ratownik medyczny, pielęgniarz w zespole wyjazdowym ZOZ – Pogotowia Ratunkowego, jednostce organizacyjnej SP ZZOZ - Szpitala w Iłży.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:
 - posiada odpowiednie kwalifikacje określone odrębnymi przepisami,
 - jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe na skutek udzielanych świadczeń zdrowotnych i przedkłada kserokopię polisy ubezpieczeniowej.

§ 2

1. Do obowiązków ratownika medycznego należy w szczególności:
 - 1) Pozostawanie w miejscu wyczekiwania wskazanym przez dyspozytora medycznego w stałej gotowości do pracy,
 - 2) Przyjmowanie i niezwłoczna realizacja dyspozycji dyspozytora medycznego,
 - 3) Dotarcie do miejsca zgłoszenia w możliwie najkrótszym czasie,
 - 4) Ocena stanu bezpieczeństwa pod kątem zagrożeń dla osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz wezwanie odpowiednich służb w celu ograniczenia lub wyeliminowania tych zagrożeń,
 - 5) Udzielanie świadczeń zdrowotnych przedszpitalnych,
 - 6) Transport osoby, której udzielono świadczeń zdrowotnych z zachowaniem zasad bezpieczeństwa oraz możliwości kontynuacji podjętego leczenia do szpitalnego oddziału ratunkowego lub innej jednostki ochrony zdrowia w zależności od wskazań,
 - 7) Przekazanie osoby, której udzielono świadczeń zdrowotnych do właściwej jednostki ochrony zdrowia wraz z obowiązującą dokumentacją oraz informacjami dotyczącymi:
 - stanu zdrowia osoby, której udzielono świadczenia,
 - zakresu udzielanych świadczeń,
 - innych informacji mających istotne znaczenie dla dalszego przebiegu leczenia,
 - 8) Pozostawanie w stałej łączności radiowej z dyspozytorem medycznym,
 - 9) Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej,
 - 10) Po zakończeniu zadań niezwłoczne zgłoszenie dyspozytorowi medycznemu gotowości do przyjęcia kolejnej dyspozycji,
 - 11) Przy przewożeniu zakaźnie chorych, ratownikowi medycznemu nie wolno zabierać osób towarzyszących choremu. Zakazu nie stosuje się w przypadku przewożenia dzieci do lat 18- tu oraz osób ubezwłasnowolnionych. Choremu nie może towarzyszyć więcej niż jedna osoba,



- 12) Ratownik medyczny może podejmować samodzielnie lub pod nadzorem lekarza systemu medyczne czynności ratunkowe zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra właściwego do spraw zdrowia,
 - 13) Ratownik medyczny powinien posługiwać się przydzielonym mu sprzętem i materiałami w sposób zgodny z zasadami oszczędnej i racjonalnej gospodarki,
 - 14) Dbać o mienie zakładu, zachowanie należytego porządku i czystości w miejscu świadczonej pracy,
 - 15) Przestrzegać ustalonych godzin pracy, a także stawić się na wezwanie zakładu gdy jego obecność jest konieczna dla wykonywania zadań, a zwłaszcza dla udzielania pomocy choremu,
 - 16) Ustala rozpoznanie problemów zdrowotnych pacjentów na podstawie wywiadu, obserwacji, rozmów z pacjentem i rodziną,
 - 17) Obserwuje chorego, jego ogólny stan zdrowia, reakcje,
 - 18) Pomaga lekarzowi w wykonywaniu badań diagnostycznych i terapeutycznych,
 - 19) Udziela pierwszej pomocy w stanach zagrażających życiu chorego pacjenta.
2. Szczegółowy zakres medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, stanowiące załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 r. (Dz. U. z 2023 r., poz. 1180) w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratowników medycznych.
 3. Zakres czynności kierowcy karetki (pojazdu uprzywilejowanego) w zespole wyjazdowym ZOZ – Pogotowia Ratunkowego obejmuje w szczególności:
 - przestrzeganie przepisów o ruchu drogowym,
 - dbanie o bezpieczeństwo jazdy,
 - prowadzenie dokumentacji związanej z eksploatacją pojazdu, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - prowadzenie karty drogowej,
 - niezwłoczne usuwanie drobnych awarii karetki ZOZ – Pogotowia Ratunkowego,
 - dbanie o utrzymanie czystości i porządku wewnątrz karetki oraz nadwozia karetki,
 - aktywne uczestniczenie w transporcie chorego, wnoszenia i wynoszenia chorego do ambulansu (karetki Pogotowia Ratunkowego), prawidłowego zabezpieczenia chorego na noszach pasami oraz pomaganie personelowi przy ułożeniu na łóżku,
 - przestrzeganie obowiązujących zasad organizacji i dyscypliny pracy,
 - życzliwy, taktowny i pełen wyrozumiałości stosunek do chorych,
 - wykonywanie prac porządkowych wewnątrz karetki w czasie wolnym od wyjazdów, a także mycie karetki,
 - wykonywanie innych czynności zleconych przez Kierownika ZOZ – Pogotowia Ratunkowego
 - kwitowanie każdorazowo przed objęciem dyżuru w „Księdze przekazania karetki” jej odbiór. Po zakończeniu dyżuru kwitowanie każdorazowo w tej księdze jej przekazanie zmiennikowi. Wszelkie usterki, uszkodzenia karetki winny być w tej księdze wpisywane w trakcie trwania dyżuru. W księdze tej każdorazowo podpisuje zdający i przejmujący karetkę,
 - usterki, uszkodzenia karetki winny być też zgłoszone niezwłocznie przez „Przyjmującego zamówienie” telefonicznie oraz za pomocą e-maila na adres: techniczny@szpitalilza.com.pl do Działu Technicznego.
 4. Przyjmujący Zamówienie świadczyć będzie usługi w dniach i godzinach uzgodnionych z kierownikiem ZOZ – Pogotowia Ratunkowego.

§ 3

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania zadań ratownika medycznego wg uzgodnionego przez strony harmonogramu miesięcznego.
2. Szczegółowe terminy i godziny udzielania świadczeń określa harmonogram ustalony w okresach miesięcznych w drodze porozumienia stron umowy.

§ 4

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia do dnia

§ 5

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania zadań zgodnie z posiadanymi

uprawnieniami i przygotowaniem zawodowym oraz z uwzględnieniem osiągnięć wiedzy medycznej i ustalonych standardów przy wykorzystaniu:

- 1) bazy lokalowej Udzielającego Zamówienia,
 - 2) aparatury i sprzętu medycznego będącego własnością Udzielającego Zamówienia,
 - 3) środków transportu Udzielającego Zamówienia,
 - 4) leków i materiałów opatrunkowych Udzielającego Zamówienia.
2. Wykorzystanie wyżej wymienionych środków może odbywać się w zakresie niezbędnym do świadczenia usług określonych umową.
 3. Konserwacja i naprawa sprzętu uszkodzonego bez winy Przyjmującego Zamówienie odbywa się na koszt Udzielającego Zamówienia.
 4. W przypadku uszkodzenia, zniszczenia lub utraty aparatury lub sprzętu medycznego z winy Przyjmującego Zamówienie, ponosi on odpowiedzialność wg przepisów Kodeksu Cywilnego.
 5. Przyjmujący Zamówienie jest w pełni odpowiedzialny za stan leków i ich uzupełnianie, przestrzeganie terminów ważności leków i innych materiałów medycznych.
 6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia obowiązującej dokumentacji medycznej, w tym również ścisłego dokumentowania użytych leków i innych materiałów medycznych.

§ 6

1. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przez NFZ oraz przez Udzielającego Zamówienia zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasadami kontroli wewnętrznej.
2. Pełną kontrolę nad organizacją wykonywania zadań i pracy sprawuje kierownik ZOZ – Pogotowia Ratunkowego SP ZZOZ - Szpital w Iłży.
3. Strony ustalają, iż w zakresie udzielanych świadczeń określonych umową Przyjmujący Zamówienie poddaje się nadzorowi Udzielającego Zamówienia: nadzór medyczny sprawować będzie Zastępca Dyrektora d/s Lecznictwa, nadzór w zakresie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych – Kierownik ZOZ – Pogotowia Ratunkowego w uzgodnieniu z Dyrektorem d/s Lecznictwa.
4. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienie, a w szczególności sposobu udzielania świadczeń.
5. Przyjmujący zamówienia zobowiązuje poddać się kontroli trzeźwości na zasadach określonych w Regulaminie Pracy SP ZZOZ Szpitala w Iłży.

§ 7

1. Przyjmujący Zamówienie za wykonanie usługi na stanowisku ratownik medyczny, otrzyma zapłatę w wysokości brutto za 1 godzinę pracy.
2. Przyjmującemu Zamówienie za wykonanie przedmiotu umowy przysługuje wynagrodzenie stanowiące iloczyn przepracowanych godzin w miesiącu przez stawkę brutto za 1 godzinę, wyszczególnioną w ust. 1.
3. Przyjmujący zamówienie, za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako członek zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 36 ust. 1 i 3 oraz art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, otrzyma dodatkowe wynagrodzenie w wysokości **30% stawki godzinowej** określonej w ust. 1 – tzw. **dodatek wyjazdowy**. Do stawki godzinowej, od której będzie naliczany dodatek wyjazdowy, nie wlicza się innych dodatków przysługujących Przyjmującemu zamówienie.
4. Podstawę do uregulowania należności stanowi miesięczna faktura, wystawiona na koniec każdego miesiąca. Do faktury należy dołączyć sprawozdanie z liczby godzin udzielania świadczeń objętych umową. Sprawozdanie winno być podpisane przez bezpośredniego przełożonego i Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa. Wzór sprawozdania stanowi załącznik do umowy.
5. Wypłata należności nastąpi po otrzymaniu faktury przez Udzielającego zamówienia – do końca następnego miesiąca.
6. W przypadku nienależytego wykonywania umowy za każdy przypadek Udzielający zamówienia może potrącić 10 % z należnego wynagrodzenia miesięcznego.
7. W przypadku powstania szkody przy wykonywaniu czynności objętych umową, odpowiedzialność za szkodę ponoszą solidarnie Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie.

§ 8

1. Umowa ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na który została zawarta.
2. Przewiduje się możliwość rozwiązania umowy przez Udzielającego zamówienia w trybie natychmiastowym bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku nie wywiązywania się przez Przyjmującego Zamówienie ze zobowiązań wynikających z umowy lub w przypadku utraty uprawnień wymienionych na wstępie umowy.
3. Udzielającemu Zamówienia przysługuje prawo do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku:
 - nie przedłożenia dowodu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w ciągu 30 dni od dnia podpisania umowy,
 - nieprzestrzegania postanowień, a zwłaszcza w przypadku wadliwego prowadzenia dokumentacji medycznej oraz nieprzestrzegania świadczenia usług zdrowotnych w uzgodnionych dniach i godzinach.
4. Umowa może zostać rozwiązana w każdym czasie na mocy porozumienia stron.
5. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron za 1 miesięcznym okresem wypowiedzenia, skutkującym na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
6. Umowa zostanie rozwiązana przez Udzielającego Zamówienia ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach gdy Przyjmujący Zamówienie :
 - dopuścił się rażącego naruszenia postanowień umowy,
 - wykonywał powierzone zadania w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających.
7. Rozwiązanie umowy następuje z chwilą poinformowania na piśmie drugiej strony umowy o zaistniałych okolicznościach stanowiących podstawę jej rozwiązania.

§ 9

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń – kopia polisy ubezpieczeniowej obejmującej okres trwania umowy będzie stanowiła załącznik do umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w ustępie 1 przez cały okres obowiązywania umowy.
3. W przypadku określonym w ust. 2 kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie doręczyć Udzielającemu Zamówienia.

§ 10

1. Przyjmujący Zamówienie w razie niemożności osobistego wykonania zadań będących przedmiotem niniejszej umowy może za zgodą Udzielającego zamówienia powierzyć wykonanie swoich czynności zastępcy.
2. Osobą zastępującą Przyjmującego Zamówienie w wykonywaniu niniejszej umowy może być ratownik medyczny, który posiada aktualną umowę tego samego rodzaju z Udzielającym Zamówienia.
3. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie nie zapewni zastępstwa, o którym mowa w ust. 1 i nie zgłosi się na dyżur zgodnie z planem, nie otrzyma wynagrodzenia za ten dyżur, a ponadto zobowiązuje się ponieść karę finansową w wysokości 80% stawki następnego dyżuru w wymiarze godzin nieobecnych.
4. W przypadku, gdy sytuacja przedstawiona w ust. 3 powtórzy się co najmniej dwukrotnie umowa może zostać rozwiązana na piśmie ze skutkiem natychmiastowym przez Udzielającego Zamówienie.

§ 11

Przyjmujący Zamówienie osobiście rozlicza się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

§ 12

Wszelkie zmiany do niniejszej umowy wymagają formy pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.

§ 13

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz przepisy Kodeksu Cywilnego.



§ 14

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

Kopia: Dział Kadr

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:

.....
/podpis/

.....
/podpis/



.....
imię i nazwisko

.....
miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

.....
PODPIS OSOBY ZATWIERDZAJĄCEJ NP/DL

SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UMOWĄ

za miesiąc 202.... r.

Dzień m-ca	GODZINY OD ... DO	ILOŚĆ GODZIN
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
Razem		

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby Przyjmującej Zamówienie/Zleceniobiorcy)

6



Oświadczenie o zachowaniu danych osobowych w poufności przez Przyjmującego zamówienie

Łża,

imię:

nazwisko:

stanowisko:

komórka organizacyjna:

OŚWIADCZENIE

o zachowaniu danych osobowych w poufności w

SPZZOZ Szpital w Łży

(dalej „administrator”)

TREŚĆ OŚWIADCZENIA

W związku z dopuszczeniem do przetwarzania danych osobowych oświadczam, że:

- Zapoznałem się i zobowiązuję się do przestrzegania obowiązków wynikających z:
 - 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;
 - regulacji wewnętrznych administratora danych obowiązujących w obszarze przetwarzania danych osobowych, w tym w szczególności Polityki ochrony danych osobowych.
- Zapewnię bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych poprzez ich ochronę przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem.
- Zachowam w tajemnicy dane osobowe oraz sposoby ich zabezpieczeń, do których uzyskam dostęp w trakcie współpracy z administratorem, jak i po jej zakończeniu.
- Będę wykonywać polecenia Inspektora Ochrony Danych oraz innych przedstawicieli administratora odpowiedzialnych za bezpieczeństwo danych osobowych, które będą związane z zachowaniem bezpieczeństwa danych osobowych i sposobów ich zabezpieczenia w poufności.
- W razie uzyskania nieuprawnionego dostępu do danych osobowych lub wykrycia incydentu godzącego w bezpieczeństwo danych osobowych, zobowiązuję się powiadomić o tym bezpośredniego przełożonego lub komórkę właściwą ds. IT.
- Znane mi są zasady monitorowania sposobu używania sprzętu służbowego, w tym m.in. telefonu komórkowego, komputerów, poczty elektronicznej, obowiązujące u administratora. Zostałem poinformowany o zakresie i sposobach prowadzenia ww. monitoringu.
- Znane mi są zasady odpowiedzialności prawnej za niezgodne z przepisami o ochronie danych osobowych przetwarzanie danych osobowych oraz mam świadomość, że za niedopełnienie obowiązków wynikających z niniejszego oświadczenia mogę odpowiadać prawnie na podstawie regulacji wewnętrznych obowiązujących u administratora danych, kodeksu pracy, kodeksu karnego lub kodeksu cywilnego.
- Zostałem poinformowany, iż:
 - administratorem moich danych osobowych jest **Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów**

7


Opieki Zdrowotnej – Szpital w Iłży, adres: ul. Bodzentyńska 17, 27 – 100 Iłża;

- administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogę się kontaktować w sprawach przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@szpitalilza.com.pl;
- administrator będzie przetwarzał moje dane w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
- dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem);
- mam prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora;
- moje dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa;
- przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych, ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy;
- administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Oświadczam, że treść niniejszego oświadczenia jest mi znana i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
data i podpis składającego oświadczenie

