**WZÓR UMOWY NR \_\_\_\_/ZPZ/22**

Zawarta w Olsztynie, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie**

Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn

NR KRS 0000003859,

NIP 739-29-54-895,

REGON 510022366

Reprezentowanym przez:

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

zwanym w dalszej części umowy **Zamawiającym**

a

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

REGON:

NIP:

Reprezentowanym przez:

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

zwanym w dalszej części umowy  **Wykonawcą**

Umowa zawarta została w wyniku przeprowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia klasycznego o wartości równej lub przekraczającej progi unijne w trybie przetargu nieograniczonego pn.: Usługi transportu medycznego w standardzie „P” i „T”

**§ 1**

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług transportu medycznego i sanitarnego w standardzie „T”, rozumianego jako przewóz pacjentów (transport na konsultacje i badania diagnostyczne, przekazanie pacjenta do innego podmiotu leczniczego, transport do domu) przez całą dobę 7 dni w tygodniu. Zamawiający ustala wielkość zamówienia na 64000 km i 3100 godzin.
2. Wymagania dotyczące personelu karetki transportowej „T”:
3. W skład personelu karetki co najmniej 2 osoby przeszkolone w zakresie pierwszej pomocy (sanitariusz lub ratownik KPP); kwalifikacje sanitariusza zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami lub kwalifikacje ratownika zgodnie z ustawą z dnia 08 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
4. Kierowca musi spełniać wymagania w stosunku do kierujących pojazdami uprzywilejowanymi, o których mowa w Rozdz. 16 Ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami.
5. Wymagania organizacyjne:
6. Przybycie zespołu „T” do miejsca wezwania powinno nastąpić w czasie wskazanym w zleceniu, nie dłuższym niż **60 min.**
7. Orientacyjna ilość godzin: zgodnie z formularzem cenowym – załącznik do niniejszego wzoru umowy.
8. Wymagania dotyczące środków transportu
9. Wykonawca gwarantuje, że środki transportu spełniają warunki określone w:

aktualnych wymogach Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane dotyczące wyposażenia medycznego, tj.: aktualnych wymogach Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane dotyczące wyposażenia medycznego:

1. PN – EN 1789 Pojazdy medyczne i ich wyposażenie – Ambulanse drogowe,
2. PN – EN 1865 – wymogi dotyczące noszy i innego sprzętu medycznego służącego do przemieszczania pacjenta, stosowane w ambulansach drogowych;
3. Wykonawca posiada zezwolenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji na używanie pojazdów samochodowych jako uprzywilejowanych w ruchu drogowym w przypadku używania tych pojazdów w związku z ratowaniem życia lub zdrowia ludzkiego, o którym mowa w Ustawie Prawo o ruchu drogowym – dotyczy wszystkich pojazdów wykazanych w ofercie. Zamawiający wymaga przedłożenia przed podpisaniem umowy kserokopii w/w zezwolenia potwierdzonej za zgodność z oryginałem dla wszystkich pojazdów wskazanych w ofercie.
4. Wykonawca zobowiązany jest do świadczenia usług będących przedmiotem zamówienia sprawnymi technicznie pojazdami i wykonania ich z należytą starannością. W przypadku awarii pojazdu Wykonawca zobowiązany jest we własnym zakresie zapewnić sprawny pojazd zastępczy do zachowania ciągłości świadczenia usługi będącej przedmiotem zamówienia, spełniający wymagania opisane w SWZ.
5. Pojazdy przeznaczone do realizacji przedmiotu zamówienia winny:
6. posiadać ubezpieczenie OC,
7. posiadać aktualne, dopuszczające do ruchu badania techniczne,
8. posiadać opinię sanitarną o pojeździe dla pojazdów przeznaczonych do realizacji zadań oraz włączanych do użytkowania w trakcie trwania umowy (przed ich włączeniem do użytkowania).Zamawiający wymaga przedstawienia przed podpisaniem umowy oświadczenia o posiadaniu opinii sanitarnej dla pojazdów przeznaczonych do realizacji umowy oraz przedłożenia opinii sanitarnej dla pojazdów włączanych do użytkowania w trakcie trwania umowy, przed ich włączeniem do użytkowania,
9. być utrzymane w należytym porządku,
10. pojazdy karetek muszą być wyposażone zgodnie z Załącznikiem nr 3 do Zarządzenia nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020r.(ze zm.) w tlen medyczny,
11. pojazdy karetek muszą posiadać klimatyzację przestrzeni medycznej,
12. pojazdy muszą posiadać urządzenie GPS z możliwością zapisu danych lokalizacyjnych oraz czasu zdarzeń z opcją wglądu do zapisów lokalizatora. Zamawiający ma prawo wglądu do danych urządzenia do 2 miesięcy wstecz od zdarzenia.
13. Wykonawca zobowiązuje się przedłożyć dowody aktualnych przeglądów środków transportu, serwisu i przeglądów okresowych urządzeń medycznych potwierdzonych za zgodność z oryginałem - dla wszystkich pojazdów wskazanych w ofercie.
14. Wykonawca ma obowiązek dokonać we własnym zakresie dezynfekcji pojazdu po przewozie każdego pacjenta,
15. Zamawiający wymaga podania przez Wykonawcę numeru wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego Wojewodę.
16. Wykonawca zobowiązuje się do poddania się kontroli NFZ na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w szczegółowych materiałach informacyjnych w przedmiocie postępowania.
17. Zamawiający uprawniony jest do dokonywania kontroli środków transportu pod kątem zgodności z Załącznikiem nr 3 do Zarządzenia nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.20r.(ze zm.).
18. Zamawiający uprawniony jest do kontroli zgodności realizowanego transportu ze zleceniem określającym rodzaj, warunki i trasę przewozu,
19. Zamawiający upoważniony jest do kontroli prowadzonej przez Wykonawcę dokumentacji: rejestru zgłoszonych zleceń, rejestru wykonanych transportów, dokumentacji z udzielonych świadczeń medycznych w trakcie realizacji transportu, a także innej, istotnej dla prowadzonego postępowania kontrolnego.

**§ 2**

1. W ramach niniejszej umowy Wykonawca zobowiązany jest do zatrudnienia na podstawie umowy o pracę liczby pracowników niezbędnej do prawidłowego wykonania usług na rzecz Zamawiającego, przez cały okres realizacji zamówienia, jeżeli wykonanie tych usług polega na wykonywaniu pracy w sposób określony w art. 22 § 1 ustawy z 26 czerwca 1974 Kodeks Pracy Zamawiający wymaga, aby osoby zatrudnione bezpośrednio przy wykonywaniu czynności związanych z prowadzeniem pojazdów – kierowcy, były zatrudnione na podstawie umowy o pracę (nie dotyczy lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych).
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wykonywania czynności kontrolnych wobec Wykonawcy odnośnie spełniania wymogu, o którym mowa w ust. 1.
3. W ramach sprawowanych czynności kontrolnych Zamawiający uprawniony jest w szczególności do:
4. żądania oświadczeń i dokumentów w zakresie potwierdzenia spełniania ww. wymogów i dokonywania ich oceny,
5. żądania wyjaśnień w przypadku wątpliwości w zakresie potwierdzania spełniania wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę,
6. przeprowadzenia kontroli na miejscu wykonywania świadczeń.
7. W trakcie realizacji zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć Zamawiającemu dowody potwierdzające spełnianie wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę osób wykonujących czynności, o których mowa w ust. 1, na każde jego wezwanie, w wyznaczonym w wezwaniu terminie.
8. Dowody, o których mowa w ust. 4, to w szczególności:
9. oświadczenie zatrudnionego pracownika;
10. oświadczenie Wykonawcy o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę osób wykonujących czynności, których dotyczy wezwanie Zamawiającego. Oświadczenie to powinno zawierać w szczególności określenie podmiotu składającego oświadczenie, datę złożenia, wskazanie, iż objęte wezwaniem czynności wykonują osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę wraz ze wskazaniem liczby tych osób, rodzaju umowy o pracę i wymiaru etatu oraz podpis osoby uprawnionej do złożenia oświadczenia w imieniu Wykonawcy;
11. poświadczoną za zgodność z oryginałem odpowiednio przez Wykonawcę kopię umowy/umów o pracę osób wykonujących w trakcie realizacji zamówienia czynności, których dotyczy ww. oświadczenie Wykonawcy (wraz z dokumentem regulującym zakres obowiązków, jeżeli został sporządzony). Kopia umowy/umów powinna zostać zanonimizowana w sposób zapewniający ochronę danych osobowych pracowników, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27.04.16 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
12. zaświadczenie właściwego oddziału ZUS, potwierdzające opłacanie przez Wykonawcę składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne z tytułu zatrudnienia na podstawie umów o pracę za ostatni okres rozliczeniowy;
13. W przypadku wątpliwości co do przestrzegania wymogu zatrudniania na podstawie umowy o pracę przez Wykonawcę, Zamawiający zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do Państwowej Inspekcji Pracy o przeprowadzenie kontroli.

**§ 3**

1. Wykonawca zobowiązany jest do realizacji niniejszej umowy z zachowaniem najwyższej staranności, w szczególności poprzez zapewnienie bezpiecznych warunków przewozu pacjentów.
2. W wykonaniu zobowiązania, o którym mowa w ust. 1 Wykonawca:
3. zapewnia chorym niezbędną pomoc w trakcie transportu (w zakresie uprawnień sanitariusza, ratownika KPP),
4. zapewnia wezwanie zespołu ZRM Jeżeli stan zdrowia pacjenta w trakcie transportu tego wymaga, zapewnia przewóz do najbliższej placówki medycznej,
5. zapewnia podjęcie podczas transportu wszelkich działań służących uzyskaniu najlepszego samopoczucia oraz komfortu pacjenta,
6. zapewnia podjęcie podczas transportu wszelkich działań ratujących zdrowie i życie (w zakresie uprawnień sanitariusza lub ratownika KPP),
7. zapewnia realizację transportu środkami transportu zgodnymi ze wskazanym na zleceniu rodzajem transportu, spełniającymi standardy określone w § 1, 2,
8. Wykonawca nie może pobierać od pacjenta lub jego opiekuna ani od innych podmiotów opłat z tytułu świadczeń realizowanych na podstawie niniejszej umowy.

**§ 4**

1. Zamawiający zobowiązuje się zlecać właściwy transport sanitarny zgodnie ze wskazaniami medycznymi, zgodnie ze zleceniem, przez świadczenie usług należy rozumieć realizację faktycznego przewozu, jak i pozostawanie w gotowości do świadczenia przewozów.
2. Obecność osoby towarzyszącej jest dopuszczalna w przypadku wpisania danych osobowych osoby towarzyszącej lub adnotacji „+ OPIEKA” na zleceniu transportu przez osobę zlecającą transport.
3. Zamawiający zobowiązany jest do przekazania zespołowi wyjazdowemu, a w szczególności zespołom ratowniczym, informacji o stosowanych w czasie leczenia chorego lekach, oraz informację o rodzaju, dawkach i sposobie kontynuowania farmakoterapii – dotyczy transportów do innych jednostek ochrony zdrowia.

**§ 5**

1. Usługi będą wykonywane na podstawie zleceń, których wzór stanowi załącznik nr 2 do umowy, zgłaszanych przez pracownika Zamawiającego na **nr tel…………………** Wykonawca zobowiązuje się do przyjmowania zgłoszeń za pomocą linii telefonicznych oraz alternatywną łącznością przez telefon komórkowy i zobowiązuje się potwierdzić telefonicznie przyjęcie zlecenia poprzez określenie godziny przybycia zespołu po pacjenta.
2. Usługa realizowana będzie każdorazowo na trasie wskazanej w zleceniu transportu sanitarnego.
3. Rozpoczęcie usługi następuje w momencie odbioru pacjenta z oddziału, kończy się w miejscu docelowym, określonym w zleceniu.
4. Zespół zobowiązany jest do pomocy przy wsiadaniu i wysiadaniu pacjentom z pojazdu; w przypadku pacjentów leżących lub pacjentów niezdolnych do samodzielnego poruszania się obsługa karetki zapewnia transport na noszach z miejsca rozpoczęcia zlecenia do miejsca docelowego (w przypadku transportu do domu również przetransportowanie po schodach bezpośrednio do domu/mieszkania).
5. Logistyczne rozplanowanie transportu leży w gestii Wykonawcy, który winien zrealizować usługę w określonym czasie najbliższą możliwą drogą – dotyczy wszystkich pakietów.
6. Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć Zamawiającemu:
7. wypełnione kopie zleceń transportów sanitarnych w formie papierowej (Załącznik nr 2),
8. zbiorcze zestawienie zrealizowanych transportów w formie pisemnej i edytowalnej elektronicznie w arkuszu kalkulacyjnym (Załącznik nr 1).

Dokumenty wskazane w zdaniu poprzednim będą składane przez Wykonawcę Zamawiającemu nie rzadziej niż co 7 dni (po każdym zakończonym 1 tygodniu) w siedzibie Zamawiającego i na adres e-mail **(**[***oddz.sor@poliklinika.net***](mailto:oddz.sor@poliklinika.net)***).*** Zbiorcze zestawienie transportów zrealizowanych za dany miesiąc stanowi integralny załącznik do faktury rozliczającej finansowo wykonanie usługi.

1. Dyspozytor Wykonawcy zobowiązany jest do prowadzenia rejestru zleceń; wpisy w rejestrze dokonywane są zgodnie z kolejnością zgłoszeń. Dyspozytor zobowiązany jest również do pozyskania informacji koniecznej do prawidłowej opieki nad pacjentem o niezbędnych wyrobach medycznych, materiałach i sprzęcie które wykonawca ma obowiązek zabezpieczyć we własnym zakresie, już na etapie zamawiania usługi i przyjmowania zlecenia.
2. Pracownik Zamawiającego wystawia druk Zlecenia na transport sanitarny w dwóch egzemplarzach, jeden egzemplarz tego druku otrzymuje pracownik Wykonawcy w momencie odbioru pacjenta z miejsca przekazanego w zleceniu telefonicznym.
3. Naegzemplarzu otrzymanego druku zlecenia na transport sanitarny pracownicy Wykonawcy odnotowują:
4. datę i godzinę:
5. przyjęcia zgłoszenia telefonicznego,
6. przyjazdu zespołu transportowego do Szpitala,
7. odbioru pacjenta od Zamawiającego/z oddziału,
8. przekazania pacjenta w miejscu docelowym,
9. zakończenia transportu.
10. godziny w których pacjent przebywał pod opieką zespołu transportowego,
11. liczbę kilometrów i godzin transportu włącznie z powrotem do bazy,
12. realizację usługi poprzez autoryzację (pieczątka i podpis) zgodnie ze zleceniem Zamawiającego i wymaganiami § 1 ust. 1 i 2.

Kompletne druki zlecenia na transport sanitarny w formie potwierdzonej za zgodność kserokopii lub skanu będą składane przez Wykonawcę Zamawiającemu nie rzadziej niż co 7 dni (po każdym zakończonym 1 tygodniu). Drugi egzemplarz pozostaje w dokumentacji Zamawiającego. Potwierdzenie, o którym mowa w ust. 10 jest jednocześnie potwierdzeniem odbioru usługi wykonanej przez Wykonawcę.

1. Wykonawca zobowiązuje się do potwierdzenia daty i godziny przybycia oraz odbioru pacjenta od Zamawiającego na druku zlecenia na transport sanitarny, który pozostaje w dyspozycji Zamawiającego.
2. Każdy członek zespołu transportowego ma obowiązek potwierdzenia wykonania zlecenia poprzez złożenie własnoręcznego podpisu oraz pieczęci na druku zlecenia transportu.
3. Wpisy w rejestrze dokonywane są zgodnie z kolejnością zgłoszeń.
4. Pacjent przewożony na dializę, scyntygrafię lub inne wielogodzinne procedury lecznicze lub diagnostyczne zostaje przekazany pod opiekę personelu odpowiedniego oddziału co skutkuje zakończeniem transportu.
5. W przypadkach, o których mowa w ust. 13 Wykonawca zobowiązany jest do wystawienia dwóch zleceń – jedno z SP ZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie do ośrodka w którym będzie wykonywana procedura, drugie z ośrodka w którym jest wykonywana procedura do SPZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie z adnotacją „powrót”.
6. Po zakończonej procedurze leczniczej lub diagnostycznej i wezwaniu zespołu przez personel oddziału, do którego przekazano pacjenta, zespół transportowy odbiera pacjenta i przewozi go z powrotem do oddziału macierzystego w SP ZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie.

**§ 6**

1. Termin wykonania umowy ustala się na okres **12 miesięcy** lub do czasu wyczerpania kwoty wynagrodzenia wskazanej w § 7 ust. 1, w zależności od tego, które zdarzenie nastąpi wcześniej.
2. Z chwilą wyczerpania kwoty wskazanej w § 7 ust. 1 umowa wygasa, o czym Zamawiający ma obowiązek poinformować Wykonawcę.
3. Wykonawcy nie będzie przysługiwało roszczenie o pełną realizację zamówienia na usługi o wartości odpowiadającej wartości umowy w okresie obowiązywania ani roszczenie odszkodowawcze z tytułu nie zrealizowania pełnego zamówienia na usługi.
4. Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości świadczonych usług przez cały okres obowiązywania umowy.
5. W przypadku zaistnienia okoliczności stanowiących tymczasową przeszkodę w wykonywaniu umowy – Wykonawca zobowiązany jest do poinformowania Zamawiającego o powyższym, w terminie do 2 godzin od powstania przeszkody utrudniającej lub uniemożliwiającej prawidłową realizację umowy.
6. Wykonawca, który z przyczyn wskazanych w ust. 5 nie może tymczasowo zapewnić we własnym zakresie świadczenia usług będących przedmiotem niniejszej umowy – zobowiązany jest do ich zorganizowania i sfinansowania w pełnym zakresie przedmiotu niniejszej umowy. (W takiej sytuacji Wykonawca za realizację umowy odpowiada, jak za działanie własne oraz zobowiązany jest pokryć różnice w cenie).
7. Usługi, o których mowa w ust. 6 mogą być realizowane wyłącznie przez podmioty spełniające warunki określone w postępowaniu przetargowym na udzielanie świadczeń z zakresu transportu sanitarnego – po uzyskaniu pisemnej akceptacji Zamawiającego.
8. Jeżeli transport realizowany jest ze znacznym wyprzedzeniem (planowy) lub odbywa się wg ustalonego harmonogramu – rozpoczęcie realizacji przewozu nastąpi w terminie uprzednio wskazanym.

**§ 7**

1. **Całkowita wartość przedmiotu umowy wynosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł brutto, (*słownie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),*** przy czym cena jednostkowa za 1 km to \_\_\_\_ zł brutto, a za 1 godzinę to \_\_\_\_\_ zł brutto.
2. Zamawiający uiszczać będzie należność za wykonanie usług transportu sanitarnego wykonane w okresie miesięcznym zgodnie z cenami podanymi w ust. 1, przedstawionym zbiorczym zestawieniem zrealizowanych transportów wypełnione oraz wypełnionych kopii zleceń transportów sanitarnych, o których mowa w §5 ust. 6 pkt 1 i 2 umowy.
3. Koszt transportu naliczany jest od chwili wyjazdu z miejsca stacjonowania do momentu powrotu na miejsce stacjonowania. Jeżeli rozpoczęcie usługi odbywa się w trakcie ruchu ambulansu ilość kilometrów dojazdu rozliczonych w związku z wykonaniem usługi liczy się od miejsca rzeczywistego znajdowania się pojazdu lecz nie może być większa niż przy założeniu, że zespół wyjeżdża z miejsca stacjonowania.
4. Zamawiający będzie rozliczał dojazd i powrót do siedziby zamawiającego w ilości nie większej niż 10 km liczonego łącznie w obie strony, chyba że miejsce stacjonowania znajduje się bliżej siedziby zamawiającego wtedy rozliczeniu podlega faktyczna długość drogi dojazdu do Zamawiającego i powrotu karetki do miejsca stacjonowania.
5. Przewóz zrealizowany środkiem transportu o wyższym standardzie niż wskazany w zleceniu – podlega rozliczeniu na zasadach określonych dla typu zleconego transportu.
6. Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia rejestru zleconych i wykonanych transportów.
7. Cena określona w ust. 1 wiąże strony w okresie obowiązywania umowy.
8. Wartość brutto wynagrodzenia może ulec zmianie w przypadku zmiany stawki podatku VAT. W przypadku zmiany stawki podatku VAT do wartości netto wynagrodzenia zostanie doliczony podatek VAT w wysokości obowiązującej w chwili powstania obowiązku podatkowego.
9. Zmiana wysokości wynagrodzenia obowiązywać będzie od dnia wejścia w życie zmian, o których mowa w ust. 8. Okoliczność, o której mowa w zdaniu pierwszym, nie stanowi zmiany umowy i nie wymaga sporządzenia aneksu do umowy.W tym przypadku Wykonawca zobowiązany jest poinformować Zamawiającego na piśmie o wprowadzonej zmianie, podając podstawę prawną.
10. Podane ceny są stałe i nie ulegają zmianie przez cały okres obowiązywania umowy z zastrzeżeniem ust. 9 oraz zawierają wszystkie koszty transportu, prac i materiałów koniecznych do prawidłowego realizowania przedmiotu umowy oraz obsługi przez wykwalifikowany personel.
11. Jeżeli w ramach jednego transportu realizowane są dwa lub więcej zleceń Wykonawca obciąża zamawiającego za ten transport, którego wartość jest najwyższa, bez kumulacji należności za poszczególne zlecenia.
12. Zmiana umowy nastąpić może w przypadkach:
13. zmniejszenia, zmiany, ograniczenia finansowania procedur medycznych przez NFZ,
14. zmian organizacyjnych Szpitala, w szczególności związanych ze zmniejszeniem zapotrzebowania w związku z udzielanymi świadczeniami transportu medycznego i sanitarnego.
15. W przypadku zmniejszenia wielkości zamówienia Wykonawcy nie będą przysługiwały roszczenia z tytułu niewykonania całości zamówienia.
16. Zapłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze VAT, którą należy przedłożyć Zamawiającemu w terminie do 15 dnia każdego miesiąca następnego po miesiącu wykonania usługi z zastrzeżeniem terminowego dostarczania dokumentów wymienionych w § 5 ust 6.
17. Termin zapłaty określa się na **………….. dni** od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury przez Zamawiającego.
18. W razie opóźnienia w zapłacie wynagrodzenia należnego Wykonawcy jest on uprawniony do naliczania odsetek w wysokości ustawowej.

**§ 8**

1. Wykonawca nie może przenieść wierzytelności wynikającej z niniejszej umowy na stronę trzecią bez pisemnej zgody Zamawiającego poprzez udzielenie cesji, poręczenia oraz factoringu, jak również udzielać pełnomocnictw do występowania w imieniu Wykonawcy i odbioru w jego imieniu wynagrodzenia.
2. Wykonawca zobowiązany jest do posiadania na cały okres obowiązywania umowy obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na kwotę nie niższą niż 300 000,00 zł *(trzysta tysięcy złotych)*, tj. za szkody wyrządzone pacjentom w związku z udzielanymi świadczeniami medycznymi oraz za szkody komunikacyjne będące w związku z realizowanymi przedmiotowymi usługami.
3. Wykonawca zobowiązany jest do przedłożenia dowodów ubezpieczenia w zakresie wskazanym w ust 2. W terminie do 5 dni od dnia zawarcia umowy.
4. Wykonawca zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia, do których będzie miał dostęp w związku z wykonywaniem jakichkolwiek czynności na rzecz SP ZOZ MSWiA z WMCO w Olsztynie, zgodnie z zapisami i na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27.04.16 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zgodnie z umową powierzenia danych osobowych.

**§ 9**

1. Za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, a w szczególności w przypadku:
2. udzielania świadczeń niezgodnie ze zleceniem,
3. udzielania świadczeń środkiem transportu nie spełniającym wymogów określonych w niniejszej umowie,
4. braków w wyposażeniu środków transportu,
5. używania aparatury i sprzętu medycznego bez aktualnych atestów i certyfikatów dopuszczających do stosowania w zakładach opieki zdrowotnej,
6. udzielania świadczeń przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji i uprawnień,
7. realizacji przewozów bez wymaganej obsady personalnej,
8. wykonania zlecenia w innym standardzie,
9. wykonanie zlecenia w niepełnym składzie osobowym,
10. nieuzasadnionego niedotrzymania warunków umowy, co do terminów realizacji świadczeń, w tym czas, który upłynął od zleconej przez Zamawiającego godziny odbioru pacjenta do momentu fizycznego odebrania pacjenta przez Wykonawcę z miejsca wskazanego w zleceniu,
11. przewozu pacjentów w warunkach nie odpowiadających wymogom sanitarno-epidemiologicznym,
12. stwarzania innych sytuacji zagrażających bezpieczeństwu pacjenta (w tym m.in. zbyt długi czas transportu),
13. pobierania opłat od pacjentów lub innych podmiotów za świadczenia realizowane w ramach niniejszej umowy,
14. niedotrzymania warunków umowy zawartych w § 8 ust. 4.
15. niedopełnienia wymogu zatrudnienia pracowników na umowę o pracę zgodnie z § 2 ust. 1 niniejszej umowy.

- wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 500 zł za każdy przypadek niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.

1. W przypadku zwłoki w przedłożeniu prawidłowej dokumentacji, o której mowa w § 5 ust. 6 Umowy, Wykonawca zobowiązuje się do zapłaty kary umownej w wysokości 200,00 zł za każdy dzień zwłoki, jeżeli pomimo wezwania do uzupełnienia braków formalnych i dostarczenia prawidłowo uzupełnionej dokumentacji Wykonawca pozostaje nadal w zwłoce.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania odszkodowania uzupełniającego w przypadku gdyby wielkość poniesionej szkody przewyższała wysokość nałożonych kar umownych.
3. Termin zapłaty kary umownej wynosi 14 dni od daty otrzymania przez Wykonawcę wezwania do zapłaty.
4. Zamawiającemu przysługuje prawo do potrącenia kary z bieżących należności przysługujących mu od Wykonawcy.
5. W przypadku zakwestionowania jakości usługi przez zewnętrzne służby sanitarne i inne posiadające uprawnienie do kontroli oraz nałożenia na Zamawiającego kary finansowej, kara ta zostanie w całości potrącona z wynagrodzenia należnego Wykonawcy.
6. W przypadku odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z powodu okoliczności za które odpowiedzialność ponosi Wykonawca, będzie on zobowiązany do zapłaty Zamawiającemu kary umownej w wysokości 20% (słownie: dwudziestu procent) wartości wynagrodzenia brutto, określonego w § 7 ust. 1 niniejszej umowy.
7. Kary umowne podlegają sumowaniu. Łączna wysokość naliczonych kar umownych, nie może przekraczać 20 % wartości umowy brutto określonej w § 7 ust. 1.

**§ 10**

1. Zamawiający może odstąpić od umowy w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili jej zawarcia, zawiadamiając o tym Wykonawcę na piśmie w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach.
2. Zamawiający może również odstąpić od umowy w razie:
3. ogłoszenia upadłości lub rozwiązania firmy Wykonawcy,
4. nie rozpoczęcia realizacji przedmiotu umowy przez Wykonawcę.
5. w razie rażącego naruszenia przez Wykonawcę postanowień niniejszej umowy, w szczególności:
6. niewykonywania lub nienależytego wykonywania umowy, o których mowa w § 9 ust. 1
7. innych rażących naruszeń postanowień niniejszej umowy o ile Wykonawca pomimo wezwania do zaprzestania naruszeń umowy w dalszym ciągu nie realizuje umowy w sposób prawidłowy.
8. Za odstąpienie od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Zamawiającemu przysługuje kara umowna w wysokości określonej w § 9 ust 7 umowy.

**§ 11**

1. Zamawiający zobowiązuje się do realizacji umowy na poziomie co najmniej **80%** wartości umowy brutto wskazanej w § 7 ust. 1 umowy.
2. W przypadku braku realizacji umowy przez Zamawiającego na poziomie co najmniej 80% jej wartości, na wniosek każdej ze stron, przedłuża się okres obowiązywania umowy o czas nie dłuższy jednak niż 3 miesiące w celu realizacji umowy na zadeklarowanym poziomie.
3. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 2 Wykonawca nie wystąpi z wnioskiem o przedłużenie terminu obowiązywania umowy lub nie wyrazi zgody na jej przedłużenie na wniosek Zamawiającego, w terminie jej pierwotnego obowiązywania, Wykonawcynie będzie przysługiwało jakiekolwiek roszczenie o pełną realizację zamówienia o wartości odpowiadającej wartości umowy ani roszczenie odszkodowawcze z tytułu niezrealizowania pełnego zamówienia. Roszczenie, o którym mowa w zdaniu pierwszym nie będzie również przysługiwało Wykonawcy w przypadku realizacji umowy przez Zamawiającego na poziomie co najmniej **80%** wartości brutto umowy.

**§ 12**

1. Poza przypadkami wynikającymi z przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych, Zamawiający przewiduje, możliwość wprowadzenia istotnych zmian do umowy w stosunku do treści oferty Wykonawcy w przypadkach i zakresie wskazanych w § 7 ust.8 i 12 oraz § 11 ust.2 niniejszej umowy.
2. Zmiany określone w ust. 1 niniejszego paragrafu wymagają pod rygorem nieważności zachowania formy pisemnej w postaci aneksu.

**§ 13**

1. Osobami odpowiedzialnymi za realizacje umowy ze strony Zamawiającego są :

***Krzysztof Rąkowski tel. 89 539 82 00, e-mail*** [***oddz.sor@poliklinika.net***](mailto:%20oddz.sor@poliklinika.net)

***Łukasz Górczyński tel. 89 539 88 43, e-mail*** [***ord.sor@poliklinika.net***](mailto:ord.sor@poliklinika.net)

ze strony Wykonawcy są:

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy *Ustawy* *Kodeks cywilny, Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*
2. Zakres świadczenia Wykonawcy wynikający z umowy jest tożsamy z jego zobowiązaniem zawartym w ofercie.
3. Jeżeli okaże się, że do sprawnej realizacji umowy niezbędne jest dokonanie wzajemnych dodatkowych uzgodnień, strony poczynią te uzgodnienia niezwłocznie.
4. Wykonawca zobowiązany jest do niezwłocznego informowania Zamawiającego o każdej zmianie adresu siedziby i o każdej innej zmianie w działalności mogącej mieć wpływ na realizację umowy. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku Wykonawcę będą obciążać ewentualne koszty mogące wyniknąć wskutek zaniechania.
5. Wykonawca nie jest uprawniony do przeniesienia na osoby trzecie jakichkolwiek praw lub obowiązków wynikających z niniejszej umowy bez zgody Zamawiającego wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności. W szczególności Wykonawca nie jest uprawniony do przeniesienia na osoby trzecie wierzytelności wynikających z niniejszej umowy, ani rozporządzania nimi w jakiejkolwiek prawem przewidzianej formie. Nie będzie mógł on też bez pisemnej zgody Zamawiającego zawrzeć umowy z osobą trzecią o wstąpienie w prawa wierzyciela, ani dokonywać żadnej innej czynności rodzącej takie skutki. Wykonawca nie będzie mógł również rozporządzać wierzytelnością w taki sposób, aby mogła być ona przedmiotem zabezpieczenia zobowiązań Wykonawcy (np. z tytułu umowy kredytowej, pożyczki), jak również Wykonawca nie ma prawa przyjąć poręczenia za zobowiązanie Zamawiającego bez uzgodnienia z nim tego w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
6. Wszelkie zmiany niniejszej umowy, z zastrzeżeniem wyjątków wyraźnie wskazanych w jej postanowieniach, wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności i wprowadzone mogą być aneksami obustronnie podpisanymi.
7. Wykonawca zobowiązuje się, że dochodzenie zaległych należności wynikających z niniejszej umowy w postępowaniu procesowym poprzedzone będzie postępowaniem polubownym, włącznie z zawezwaniem do próby ugodowej zgodnie z art. 184-186 Kodeksu Postępowania Cywilnego. Strony postanawiają, że właściwym sądem do rozstrzygania sporów pomiędzy stronami będzie sąd powszechny w Olsztynie (woj. warmińsko-mazurskie).
8. Pozostałe kwestie sporne dotyczące treści i realizacji niniejszej umowy będą dochodzone przez strony w pierwszej kolejności w drodze polubownej. W sytuacji, gdy strony nie dojdą do porozumienia w drodze polubownej w terminie 30 dni, spory będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego
9. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
10. Zamawiający oświadcza, iż posiada wdrożony Zintegrowany System Zarządzania oparty o normy ISO 9001:2015
11. W razie wątpliwości datą podpisania umowy przez obie strony jest data jej zawarcia wskazana w umowie przez Zamawiającego.

**Zamawiający Wykonawcy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |  | Załącznik nr 1 do umowy | | | | | | | |  | |
| **Zbiorcze zestawienie zrealizowanych transportów – umowa nr \_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  |  | | |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | |  |  | |  | | |  |
| **LP.** | **Data przyjęcia zlecenia** | **Godzina przyjęcia zlecenia przez wykonawcę** | **Imię i nazwisko pacjenta** | **Lekarz zlecający transport** | **Kierunek przewozu** | | | **Data odbioru pacjenta** | **Godzina odbioru pacjenta przez wykonawcę** | | | **Data przekazania pacjenta** | **Godzina przekazania pacjenta** | **Ilość godz.** | | **Ilość km** | | | **Ogółem koszt transportu** | | **Typ** | |
| **Z** | **Do** | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SP ZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie**  **Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn**  **REGON: 510022366**  228 Olsztyn  Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn  REGON: 510022366 Kliniczny Szpitalny Oddział Ratunkowy | **Zlecenie na transport sanitarny** | F-CO-9-1-1 |

Data i godz. **telefonicznego wezwania zespołu transportowego**: ………………………………………………..

Data i godz. **przekazania pacjenta dla zespołu transportowego**: ……………………………………………….

Proszę o przewiezienie chorego/chorej: ……………………………………………………. PESEL: …………….

**Adres**: ………………………………………….

**Rozpoznanie**: ..........................................…. **ICD-10:** …………………………….................…

Transport w pozycji:  siedzącej /  leżącej / Telefon opiekuna:

**I - Standard transportu (***właściwe zaznaczyć x):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **S** |  | lekarz + 2 ratowników medycznych/ lub + pielęgniarka systemu pilny TAK / NIE |
| **P** |  | 2 ratowników medycznych pilny TAK / NIE |
| **T** |  | 1 ratownik KPP + 1 kierowca/sanitariusz |
|  |  | + osoba towarzysząca w transporcie |

**II - Transport bezpłatny |\_|/ uzasadnienie** *(właściwe zaznaczyć x):*

|  |  |
| --- | --- |
|  | konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w innym podmiocie leczniczym |
|  | potrzeba zachowania ciągłości leczenia w innym podmiocie leczniczym |
|  | dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego  *(określić rodzaj dysfunkcji ):…………………………………………………………… ………………...* |

**III - Transport częściowo płatny – pacjent 60% |\_|**/**uzasadnienie** *(właściwe zaznaczyć x):*

|  |  |
| --- | --- |
|  | pacjent jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych, przy stwierdzeniu chorób wymienionych w § 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.2295 z późn. zm.), (określić rodzaj choroby):   * chorób: krwi i narządów krwiotwórczych, nowotworowych, oczu, przemiany materii, psychicznych i zaburzeń zachowania, skóry i tkanki podskórnej,    chorób układu: krążenia, moczowo – płciowego, nerwowego, oddechowego, ruchu, trawiennego, wydzielania wewnętrznego, chorób zakaźnych, urazów i zatruć, wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych. |

**IV - Transport w całości płatny przez pacjenta – 100% |\_|**/**uzasadnienie** *(właściwe zaznaczyć x):*

|  |  |
| --- | --- |
|  | pacjent nie wymaga leczenia w innym podmiocie leczniczym |
|  | pacjent nie wymaga hospitalizacji |

|  |  |
| --- | --- |
| Transport z: / Pieczęć oddziału | ***Transport do:*** |

**IV - Oświadczenie pacjenta/rodziny/opiekuna:**

|  |
| --- |
| *Wyrażam zgodę na poniesienie kosztów transportu w kwocie ……………….…………zł (słownie kwota…………….…*  *……………………………………………………………………………………………………….. ……………………..………*  *Potwierdzenie wpłaty……………………………………………………………………………………………………….……..*  *Data i czytelny podpis pacjenta/rodziny/opiekuna…………………………………………………………………………..* |
| ***Podstawa prawna:*** *art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych(t.j. Dz.U z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.2295 z późn. zm.).* |

***Pieczątka i podpis lekarza zlecającego transport***

Strona 1 z 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SP ZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie**  **Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn**  **REGON: 510022366**  228 Olsztyn  Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn  REGON: 510022366 Kliniczny Szpitalny Oddział Ratunkowy | **Zlecenie na transport sanitarny** | F-CO-9-1-1 |

Imię i Nazwisko pacjenta:…………………………..………………...PESEL: ………...…………………............

**V – WYPEŁNIA WYKONAWCA REALIZUJĄCY TRANSPORT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przyjęcie zgłoszenia telefonicznego | Data: | Godzina: |
| Przyjazd zespołu transportowego do Szpitala | Data: | Godzina: |
| Odbiór pacjenta od Zamawiającego/z oddziału | Data: | Godzina: |
| Przekazanie pacjenta w miejscu docelowym | Data: | Godzina: |
| Pacjent pod opieką zespołu transportowego | Od godz. ……..  Do godz.…….. | Łączna liczba godz.  transportu: |
| Zakończenie transportu | Data: | Godzina: |
| Łącznie: |  |  |
| Liczba kilometrów włącznie z powrotem do bazy |  | |
| Liczba godzin włącznie z powrotem do bazy |  | |

**VI – TRANSPORT REALIZOWANY PRZEZ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ** Szpital MSWiA**  ** …………**  ** …………** | **Lekarz transportu**  *(pieczątka i podpis)* | **Ratownik 1/sanitariusz**  *(pieczątka i podpis)* | **Ratownik 2/kierowca**  *(pieczątka i podpis)* |

Strona 2 z 2