|  |  |
| --- | --- |
| DKw.2233.50.2024.DB |  |

**Załącznik nr 2b**

**Umowa nr ……./DKw/2024**

**na świadczenie usług zdrowotnych**

zawarta w Brzustowie w dniu …………………..…..2024 r.  
pomiędzy: **Skarbem Państwa - Zakładem Karnym w Żytkowicach**

z siedzibą w **Brzustów 62**, **26-930 Garbatka Letnisko**

NIP: **812-10-58-480**, REGON **001038200**

– zwanym w treści umowy **Zamawiającym** lub **Udzielającym zamówienie,**

który reprezentuje:

**mjr Wilczyński Robert – Dyrektor Zakładu Karnego**

a,

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

z siedzibą w ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez ………….…..

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

pod numerem: ……………………………………………………………………………………………………………………..…….…….

NIP: ….……..……….………………….……………………… REGON: ………………….………………….……………………..….…..

reprezentowanym przez:

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

zwanym dalej **Wykonawcą** lub **Przyjmującym zamówienie**.

Podstawę prawną zawarcia niniejszej umowy stanowią:

1. Ustawa z dnia 15.04.2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz.U. 2024 poz. 799),
2. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2022 r. *w sprawie regulaminu organizacyjno - porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności* (Dz.U. 2022 poz. 2847),
3. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 roku *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz.U. 2019 poz. 866 z późn. zm.),
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 2024 poz. 1287),
5. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku *Kodeks cywilny* (Dz. U. 2024 poz. 1061 z późn. zm.).

**§ 1**

1. Udzielający zamówienia powierza obowiązki **lekarza ……………………………………** a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania zadań w zakresie świadczeń medycznych polegających na opiece zdrowotnej nad osadzonymi w Zakładzie Karnym w Żytkowicach i w Oddziale Zewnętrznym w Pionkach w następującym zakresie:
2. udzielenie pierwszej pomocy medycznej osadzonym,
3. udzielenie porad lekarskich, podejmowanie decyzji o skierowaniu osadzonych w celu leczenia poza zakładem karnym do zakładu opieki zdrowotnej, zawiadamiając o tym niezwłocznie Udzielającego zamówienie,
4. wykonanie pierwszych badań medycznych,
5. wykonywania innych czynności zleconych przez Dyrektora Zakładu Karnego w Żytkowicach, a w zakresie merytorycznym przez kierownika Ambulatorium z Izbą Chorych ZK w Żytkowicach.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do osobistego świadczenia usług będących przedmiotem niniejszej umowy i nie może powierzyć ich wykonania osobom trzecim.

**§ 2**

Przyjmujący zamówienie obowiązki wynikające z umowy wykonywał będzie w zależności od zaistniałych potrzeb po wcześniejszym ustaleniu terminu z Udzielającym Zamówienie.

**§ 3**

W razie niemożności wykonywania świadczeń objętych umową, z powodu uzasadnionej i usprawiedliwionej nieobecności, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. niezwłocznego poinformowania Udzielającego zamówienia o okolicznościach uniemożliwiających świadczenie usług,
2. ustalenia innego terminu na realizację świadczenia.

**§ 4**

1. Przy udzielaniu świadczeń Przyjmujący zamówienie może korzystać z pomocy personelu medycznego Zakładu Karnego w Żytkowicach.
2. Przyjmujący zamówienie udzielając świadczeń objętych niniejszą umową wykorzystuje nieodpłatnie aparaturę, sprzęt, leki i artykuły sanitarne oraz bazę lokalową zakładu karnego.
3. Korzystanie za środków wymienionych w ust. 2 może odbywać się w zakresie niezbędnym do świadczenia określonych w umowie usług medycznych.
4. Przyjmujący zamówienie w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową ponosi odpowiedzialność za uszkodzenie lub zagubienie sprzętu i aparatury, z których korzysta, na zasadach określonych w Kodeksie Cywilnym.
5. Konserwacja i naprawa sprzętu, o którym mowa w ust. 2 dokonywane są przez Udzielającego zamówienie i na jego koszt.

**§ 5**

1. Przyjmujący zamówienie sporządza sprawozdanie określające liczbę zrealizowanych konsultacji medycznych, będące podstawą wystawienia przez niego faktury (załącznik nr 1).
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1 podlega sprawdzeniu i potwierdzeniu przez Kierownika Ambulatorium z Izbą Chorych lub osobę przez niego upoważnioną.

**§ 6**

1. Za wykonane świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową Przyjmujący zamówienie otrzymuje od Udzielającego zamówienie wynagrodzenie na podstawie doręczonej Udzielającemu Zamówienie faktury oraz sprawozdania, o którym mowa w § 5.
2. Za udzielone świadczenie ustala się wynagrodzenie w wysokości **……………………. zł brutto (słownie: ………………………………… złotych brutto) za 1 (jedną) konsultację medyczną.**
3. Za okres rozliczeniowy ustala się jeden miesiąc kalendarzowy.
4. Przyjmujący zamówienie składa Udzielającemu zamówienie dokumenty, o których mowa w ust. 1 w terminie 7 dni od zakończenia okresu rozliczeniowego określonego w § 6 ust. 3. Za usługi zdrowotne świadczone w grudniu Przyjmujący zamówienie składa Udzielającemu zamówienie dokumenty, o których mowa w ust. 1, w terminie do 7 dni od wykonania usług.
5. Wypłata należności nastąpi w terminie 30 dni od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej faktury. Za dokonanie wypłaty uważa się wydanie przez Udzielającego zamówienia polecenia przelewu na konto Przyjmującego zamówienie:

**Nazwa Banku …………………………………………………………………………………………………………………**

**Nr rachunku** **…………………………………………………………………………………………………………………….**

1. Każdy dzień złożenia faktury po terminie wydłuża odpowiednio dzień zapłaty należności.
2. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek błędów w fakturze lub dokumentach rozliczeniowych Udzielający zamówienia zawiadomi o stwierdzonych nieprawidłowościach Przyjmującego zamówienie i wezwie go do poprawienia dokumentów lub ich uzupełnienia. W takim przypadku termin zapłaty rozpoczyna bieg od dnia dostarczenia przez przyjmującego zamówienia prawidłowo wystawionych dokumentów.
3. O zmianie rachunku bankowego Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić w formie pisemnej Udzielającego zamówienie, podając aktualny rachunek bankowy. Zmiana numeru rachunku wymaga formy pisemnej w postaci aneksu do umowy podpisanego przez obie strony.

**§ 7**

Przyjmujący zamówienie samodzielnie dokonuje rozliczeń przychodów osiągany z niniejszej umowy, zgodnie z przepisami dotyczącymi osób prowadzących działalność gospodarczą.

**§ 8**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych przez siebie usług do kwoty sum ubezpieczeniowych nie mniejszych niż określone w obowiązujących przepisach.
2. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń w zakresie objętym umową.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 przez cały okres obowiązywania umowy. Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie dostarczyć Udzielającemu zamówienia najpóźniej w następnym dniu po dacie jej odnowienia.

**§ 9**

Przyjmujący zamówienie ma obowiązek poddać się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego zamówienie oraz osoby przez niego upoważnione w zakresie wykonania warunków niniejszej umowy, a w szczególności kontroli jakości udzielanych świadczeń.

**§ 10**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do stosowania przepisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 roku *w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności* (Dz. U. z 2017, poz. 2131 z późn. zm.).

**§ 11**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonania zleconych usług wykorzystując wiedzę i umiejętności oraz postępy nauki w tym zakresie.

**§ 12**

Umowa zostaje zawarta na okres **od 01 stycznia 2025 do dnia 31 grudnia 2025 roku.**

**§ 13**

1. Strony mają prawo rozwiązać umowę za 1 miesięcznym pisemnym wypowiedzeniem.
2. Umowa może zostać rozwiązana przez Udzielającego zamówienie bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli w wyniku kontroli wykonania umowy i innych działań kontrolnych uregulowanych w odrębnych przepisach stwierdzono u Przyjmującego zamówienie niewypełnienie warunków umowy lub wadliwe jej wykonanie, a w szczególności ograniczenie dostępności świadczeń, zawężenie ich lub złą jakość świadczeń oraz nieposiadanie aktualnej umowy ubezpieczeniowej o której mowa w § 8 ust. 1 umowy.
3. Przyjmującemu zamówienie przysługuje prawo rozwiązania umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku niewypłacenia mu przez Udzielającego zamówienie należności z tytułu wykonanej umowy za dwa kolejne miesiące.

**§ 14**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania tajemnicy warunków realizacji niniejsze umowy oraz wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z umową.
2. Naruszenie w/w obowiązku spowoduje odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie za wyrządzone szkody Udzielającemu zamówienie wg. zasad określonych w kodeksie cywilnym, a ponadto daje prawo Udzielającemu zamówienie rozwiązania umowy bez wypowiedzenia.

**§ 15**

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 16**

* + - 1. W sprawach nieuregulowanych postanowieniami umowy mają zastosowanie przepisy wymienione na wstępie umowy.
      2. Wszelkie spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą przez sąd właściwy miejscowo dla Udzielającego zamówienie.

**§ 17**

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Przyjmującego Zamówienie i dwa dla Udzielającego Zamówienie.

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

Przyjmujący zamówienie Udzielający zamówienie

Wykonano w 3 egz.

1. Przyjmujący zamówienie
2. ZK Żytkowice – dział finansowy
3. ZK Żytkowice – dział kwatermistrzowski

Z a ł ą c z n i k N r 1

………………………………..

*(pieczęć nagłówkowa)*

**SPRAWOZDANIE za miesiąc** …………. **2025 r.**

***od lekarza ……………… z ilości wykonanych konsultacji***

***dla skazanych z Zakładu Karnego w Żytkowicach i OZ Pionki***

Lista przebadanych skazanych w miesiącu rozliczeniowym:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię przebadanego:** | **Lp.** | **Nazwisko i imię przebadanego:** |
| 1 |  | 16 |  |
| 2 |  | 17 |  |
| 3 |  | 18 |  |
| 4 |  | 19 |  |
| 5 |  | 20 |  |
| 6 |  | 21 |  |
| 7 |  | 22 |  |
| 8 |  | 23 |  |
| 9 |  | 24 |  |
| 10 |  | 25 |  |
| 11 |  | 26 |  |
| 12 |  | 27 |  |
| 13 |  | 28 |  |
| 14 |  | 29 |  |
| 15 |  | 30 |  |

**Łączna kwota za wykonanie badań: …………………………………………………………………………**

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

(data, pieczątka i podpis przyjmującego zamówienie)

Potwierdzam wykonanie usług zdrowotnych w wyżej wskazanej ilości.

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

(data, pieczątka i podpis osoby upoważnionej)