

**Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych
NR ZPU 40/KO/2025/..... – zadanie nr 1**

zawarta w dniu r. w Opolu pomiędzy

Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu

z siedzibą przy ul. Kośnego 55, 45–372 Opole,

działającym na podstawie wpisu w Krajowym Rejestrze Sądowym pod Nr KRS: 0000009878,

w Sądzie Rejonowym w Opolu, VIII Wydział Gospodarczy

NIP 754-25-54-112, REGON 000292103

w imieniu którego działa:

Dyrektor – Iwona Rajca-Biernacka,

zwanym dalej „Udzielającym zamówienia”

a

.....

adres:, PESEL:, NIP:.....

Nr prawa wykonywania zawodu:

zwanym dalej „Przyjmującym zamówienie”

zawarta w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert w oparciu o protokół konkursowy z dnia r. oraz na podstawie przepisów:

- ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U.2024.1782 ze zm.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi (Dz.U. 2022.1279 ze zm.),
- ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. 2025.450 ze zm.),
- innych przepisów obowiązujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej w szczególności dotyczącej prowadzenia dokumentacji medycznej.

§ 1

1. Udzielający zamówienia zamawia, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykonać świadczenia zdrowotne w zakresie **czuwania nad bezpieczeństwem krwi (max 80 h/m-c)**, które obejmują:

- 1) Nadzór nad rejestracją niepożądanych reakcji, występujących podczas lub po donacji.
- 2) Ocenę danych dotyczących kwalifikacji dawców do oddania krwi.
- 3) Nadzór nad gromadzeniem danych epidemiologicznych dawców, u których w badaniach przeglądowych wykryto markery czynników zakaźnych przenoszonych przez krew.
- 4) Nadzór nad gromadzeniem danych o dawcach z wykrytymi alloprzeciwciałami do składników krwi, w tym o dawcach z przeciwciałami anty-leukocytarnymi zidentyfikowanymi podczas procedury dochodzenia do ustalenia prawdopodobnych przyczyn TRALI.
- 5) Przeprowadzenie kontroli w podmiotach leczniczych w których dokonywane są zabiegi przetaczania krwi i jej składników zgodnie z planem kontroli oraz współudział w przygotowaniu stosownej dokumentacji.
- 6) Udzielanie konsultacji w zakresie kwalifikowania kandydatów na dawców krwi/dawców krwi i jej składników.

- 7) Udzielanie konsultacji lekarzom podmiotów leczniczych związanych z przetaczaniem krwi i jej składników we współpracy z lekarzem sprawującym nadzór nad ekspedycją krwi.
 - 8) Zarządzanie w współudziale Osoby Odpowiedzialnej Zlecniodawcy niepożądanymi reakcjami u dawców i biorców związanymi z pobieraniem i przetaczaniem krwi, w tym wskazywanie i nadzór nad działaniami naprawczymi i zapobiegawczymi.
 - 9) Przeprowadzenie kontroli w szpitalu po wystąpieniu w nim poważnej niepożądanego reakcji poprzetoczeniowej i poważnego niepożądanego zdarzenia.
 - 10) Udzielanie konsultacji pracownikom podmiotu leczniczego w zakresie postępowania z pacjentem, u którego wystąpiło niepożądane zdarzenie związane z procedurą przetaczania krwi lub jej składników oraz w zakresie postępowania z materiałem poprzetoczeniowym.
 - 11) Zgłaszanie z Osobą Odpowiedzialną Zlecniodawcy poważnych niepożądanych reakcji u dawców oraz biorców krwi i jej składników do IHiT, nadzór/przygotowywanie stosownej dokumentacji.
 - 12) Współudział w tworzeniu standardowych operacyjnych procedur (SOP).
2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa wyżej będą udzielane w siedzibie RCKiK w Opolu, ul. Kośnego 55.

§ 2

1. Udzielanie świadczeń, o których mowa w §1 następować będzie zgodnie z ustalonym przez Strony miesięcznym harmonogramem, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do umowy.
2. Miesięczny harmonogram udzielania świadczeń ustalać będą wyznaczeni przez Udzielającego zamówienie pracownicy i będą one ustalane z Przyjmującym zamówienie w terminie do 25-go dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc udzielania świadczeń.
3. W celu zapewnienia prawidłowej realizacji usług objętych niniejszą umową Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przebywania w miejscu świadczenia usług w ilości minimum: **80 godzin** w ciągu miesiąca.
4. Udzielający zamówienie zastrzega sobie możliwość zmniejszenia ilości gwarantowanych godzin w danym miesiącu w przypadku niemożności wykonania świadczeń objętych przedmiotem konkursu przez Przyjmującego zamówienie z powodu dłuższej nieobecności np. z powodu choroby, urlopu itp.

§ 3

Przyjmujący zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddawania się kontroli Udzielającego zamówienia oraz innych uprawnionych organów i osób, szczególnie w zakresie sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej.

§ 4

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy i nie może powierzyć ich wykonania osobom trzecim chyba, że otrzyma pisemną zgodę Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie może przystąpić do realizacji zadań po odbyciu szkolenia dokonanego przez Udzielającego zamówienia. Szkolenie należy odbyć do 30 dni od podpisania umowy.
3. Udzielający zamówienia nie dopuści do wykonywania świadczeń zdrowotnych osoby, której dokumenty potwierdzające prawo do wykonywania zawodu lekarza nie zostały doręczone Udzielającemu zamówienia.

§ 5

1. Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał przedmiot umowy korzystając z lokalu, aparatury, sprzętu medycznego, leków, materiałów medycznych, preparatów diagnostycznych, środków ochrony indywidualnej i innych środków niezbędnych do wykonania zamówienia, udostępnionych mu przez Udzielającego zamówienia, z tym zastrzeżeniem, że Przyjmujący

zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt zabezpieczyć się w odzież roboczą (mundurek i obuwiu medyczne) spełniającą wymogi Norm Polskich.

2. Korzystanie ze środków wymienionych w ust. 1, stanowiących własność Udzielającego zamówienia może odbywać się w zakresie niezbędnym do wykonania świadczeń zdrowotnych i nie mogą być one używane w innych celach niż określone niniejszą umową.
3. Przyjmujący zamówienie w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową ponosi odpowiedzialność za zawnione uszkodzenie lub zaginięcie sprzętu i aparatury będącej własnością Udzielającego zamówienia.
4. Przyjmujący zamówienie nie może przenieść praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy na inny podmiot bez zgody Udzielającego zamówienia.
5. Przyjmujący zamówienie nie może pobierać żadnych opłat od krwiodawców za udzielane świadczenia zdrowotne.

§ 6

1. Udzielający zamówienia oświadcza, że miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych spełnia warunki stawiane zakładom opieki zdrowotnej w tym zakresie.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie zgłasza w tym przedmiocie żadnych zastrzeżeń.

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej (stanowiącej własność Udzielającego zamówienia) wynikającej z obowiązujących przepisów.
2. Udostępnienie dokumentacji medycznej przez Udzielającego zamówienia osobom trzecim odbywa się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami ustawy, w szczególności z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020r. poz. 666).

§ 8

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. W przypadku wygaśnięcia polisy w trakcie trwania umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do złożenia Udzielającemu zamówienia kopii nowej polisy ubezpieczeniowej najpóźniej w terminie do 7 dni od wygaśnięcia poprzedniej polisy – pod rygorem rozwiązania umowy bez wypowiedzenia.

§ 9

1. Przyjmującemu zamówienie za wykonanie świadczeń zdrowotnych określonych w §1 przysługuje wynagrodzenie w wysokości **zł brutto** za godzinę udzielania świadczeń, **przy czym łączna wartość umowy nie może przekroczyć równowartości roboczogodzin tj. brutto.**
2. Jednostką kalkulacyjną do naliczania należności przez Przyjmującego zamówienie w ramach umowy na świadczenia zdrowotne jest godzina zegarowa.
3. Przez czas udzielania świadczeń zdrowotnych należy rozumieć czas pozostawiania do dyspozycji Udzielającego zamówienia w celu udzielania świadczeń objętych przedmiotem konkursu ustalonym w harmonogramie, o którym mowa w pkt. 2 ppkt. 6 SWK.
4. Przyjmujący zamówienie w przypadku nieprzestrzegania ustalonego harmonogramu świadczenia usług (wykonywania ich w krótszym czasie) zapłaci karę umowną o jakiej mowa w § 11 ust. 3.
5. Okresem rozliczeniowym pomiędzy Udzielającym zamówienia a Przyjmującym zamówienie z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych będzie miesiąc kalendarzowy. Przyjmujący

zamówienie będzie przedstawiać fakturę/rozliczenie wraz z prawidłowo wypełnionymi zatwierdzonym „wykazem czasu pracy przyjmującego zamówienie” w terminie do 5 dni po upływie miesiąca, którego to faktura/rozliczenie dotyczy, a Udzielający zamówienia wypłacać będzie należność w ciągu 10 dni licząc od daty otrzymania faktury/rozliczenia.

§ 10

Umowa niniejsza zostaje zawarta **na okres od 01.07.2025 r. do dnia 31.12.2025 r.**

§ 11

1. Strony umowy zastrzegają prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem trzymiesięcznego terminu wypowiedzenia, w razie zajścia okoliczności uniemożliwiających realizację umowy, w tym:
 - a) zmian organizacyjnych Udzielającego zamówienia polegających na likwidacji, ograniczeniu lub określeniu innego sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,
2. Udzielający zamówienia jest uprawniony do natychmiastowego rozwiązania umowy, jeżeli:
 - a) Przyjmujący zamówienie nie przedłoży aktualnej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
 - b) nastąpi niemożność wykonywania umowy przez Przyjmującego zamówienie z powodu likwidacji działalności, utraty uprawnień zawodowych niezbędnych do wykonywania umowy, upadłości, długotrwałej choroby,
 - c) nierzetelnego prowadzenia przez Przyjmującego zamówienie dokumentacji medycznej lub pozamedycznej,
 - d) jeżeli w wyniku kontroli wykonywania umowy stwierdzono u Udzielającego zamówienia niewypełnienie warunków umowy lub wadliwe jej wykonywanie przez Przyjmującego zamówienie, a w szczególności ograniczenie dostępności świadczeń, zawężenie ich zakresu, złą jakość świadczeń,
3. Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienia karę umowną w sytuacji gdy będzie naruszał harmonogram świadczenia usług zdrowotnych w wysokości podwójnej stawki za godzinę pracy za każde nie wykonywanie świadczeń zdrowotnych w danej godzinie określonej harmonogramem.

§ 12

1. Zmiana warunków umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Wszystkie aneksy sporządzone do umowy stanowić będą jej integralną część.

§ 13

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

§ 14

Strony zastrzegają poufność wszelkich postanowień umowy wobec osób trzecich.

§ 15

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy powołane na wstępie tej umowy oraz przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 16

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

Udzielający zamówienia

Przyjmujący zamówienie

Załączniki do umowy:

- 1) wzór harmonogramu/dokumentu potwierdzającego ilość przepracowanych godzin.
- 2) wzór rozliczenia przyjmującego zamówienie

Załącznik nr 1 do umowy ZPU 40/KO/2025

HARMONOGRAM/WYKAZ CZASU PRACY PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE*Nazwisko i imię**miesiąc – rok*

<i>Dzień m-ca</i>	Czas pracy wg harmonogramu		Rzeczywisty czas pracy		Czas pracy ogółem [ilość godzin]	w tym czas pracy ponad czas ustalony w harmonogramie [ilość minut]	Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych ¹	Podpis przyjmującego zlecenie
	<i>od</i>	<i>do</i>	<i>od</i>	<i>do</i>				
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								

*Przyjmuję harmonogram do realizacji*_____
*SPORZĄDZIŁ*_____
SPRAWDZIŁ

¹ W przypadku świadczenia usług: podczas ekipy wyjazdowej: wpisać - EW – nazwa miejscowości; w terenowym oddziale: wpisać - OT-nazwa oddziału, w siedzibie RCKiK: wpisać RCKiK Opole

Załącznik nr 2 do umowy ZPU 40/KO/2025

ROZLICZENIE nr PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE*Nazwisko i imię**za miesiąc – rok*

<i>Dzień m-ca</i>	<i>Rzeczywisty czas pracy</i>		<i>Czas pracy ogółem [ilość godzin] j.m.</i>	<i>Cena jednostkowa brutto (za 1 godzinę) [PLN]</i>	<i>Wartość brutto [PLN]</i>	<i>Podpis realizującego zlecenie</i>
	<i>od</i>	<i>do</i>				
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: __________
*Podpis realizującego zlecenie***Stwierdzono wykonanie pracy zleconej:**_____
*sprawdził***Sprawdzono pod względem merytorycznym:**_____
sprawdził