

## WARUNKI KONKURSU OFERT

**Dyrektor**  
**Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie**  
**ul. dr. Józefa Babińskiego 29**  
**30 – 393 Kraków**

na podstawie art. 26 ust. 3 w związku z art. 26 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj.: Dz. U. z 2020 r., poz. 295 z późn. zm.) ogłasza konkurs ofert na udzielenie zamówienia na **świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych udzielane przez psychologa w Poradni Zdrowia Psychicznego Skawina (Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska-Południe).**

### I. Przedmiot konkursu ofert

Przedmiotem konkursu ofert są świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych udzielane w poradni zdrowia psychicznego, przez psychologa, który jest osobą ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty lub jest osobą prowadzącą psychoterapię – w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285 z późn. zm.); zwane dalej „świadczeniami zdrowotnymi”.

Oferent na dzień podpisania umowy nie może pozostawać ze Szpitalem Kliniknym im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie (dalej również jako: Udzielający zamówienia) w stosunku pracy, w ramach którego wykonuje obowiązki pracownicze tożsame z obowiązkami Oferenta wskazanymi w niniejszych Warunkach Konkursu Ofert, chyba że w momencie podpisania umowy w zakresie zamówienia na świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu ofert przebywa na urlopie bezpłatnym udzielonym mu przez Szpital Babińskiego i będzie przebywać na tym urlopie bezpłatnym przez cały czas trwania umowy zawartej w wyniku rozstrzygnięcia niniejszego konkursu.

W ramach udzielania świadczeń zdrowotnych Oferent zobowiązany będzie do:

- 1) udzielania świadczeń zdrowotnych obejmujących: porady psychologiczne, porady psychologiczne diagnostyczne, sesje psychoterapii indywidualnej, sesje psychoterapii grupowej, sesje psychoterapii rodzinnej, sesje wsparcia psychospołecznego,
- 2) pozostawania przez cały czas udzielania świadczeń zdrowotnych w siedzibie Szpitala Babińskiego,
- 3) podejmowania czynności niezbędnych dla zapewnienia należytej opieki medycznej osobom wymagającym udzielenia świadczeń zdrowotnych - zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- 4) prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej/papierowej zgodnie z aktualnie obowiązującymi w Szpitalu Babińskiego regulacjami wewnętrznymi oraz powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
- 5) prowadzenie dokumentacji statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- 6) bieżącego informowania kierownika komórki organizacyjnej Szpitala Babińskiego, w której Oferent będzie udzielał świadczeń zdrowotnych, o ważnych wydarzeniach, które miały miejsce podczas udzielania świadczeń zdrowotnych jak: zgon pacjenta, istotny rozstrój zdrowia stwierdzony u pacjenta lub pracownika Szpitala Babińskiego, znaczne zniszczenie lub uszkodzenie mienia Szpitala Babińskiego.

Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu będą realizowane zgodnie z wymogami właściwych przepisów prawa, w szczególności *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego* (Dz.U. z 2018 r., poz. 852 z późn. zm.), *Rozporządzenia*

*Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285 z późn. zm.) oraz Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020r. (z późn.zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.*

1. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych:

Świadczenia zdrowotne będą udzielane w Poradni Zdrowia Psychicznego Skawina, będącej komórką organizacyjną Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska-Południe, która znajduje się pod adresem: ul.Energetyków 16, 32-050 Skawina lub w innych komórkach organizacyjnych Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska-Południe w przypadku zgłoszenia zapotrzebowania przez Udzielającego zamówienia oraz w przypadku wizyt/porad domowych/środowiskowych poza ww. siedzibą na obszarze działania Centrum, tj.: obszaru powiatu myślenickiego, gminy Mogilany, gminy miejsko-wiejskiej Skawina, gminy miejsko-wiejskiej Świątniki Górne a w przypadku wizyt domowych na terenie powiatu myślenickiego.

2. Pomieszczenia/sprzęt/materiały zapewniane przez Oferenta:

Oferent zapewni we własnym zakresie:

- a) odzież ochronną, obuwie robocze,
- b) aktualne szkolenia z zakresu BHP,
- c) aktualne badania profilaktyczne zgodnie z obowiązującymi wymogami,
- d) ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją przedmiotu konkursu,
- e) identyfikator (karta magnetyczna) według wzoru przekazanego przez Szpital Babińskiego (karta zostanie wydana Przyjmującemu zamówienie przez Szpital Babińskiego za odpłatnością w wysokości 10 zł).

3. Pomieszczenia/sprzęt/materiały zapewniane przez Szpital Babińskiego:

W celu realizacji przedmiotu konkursu Szpital Babińskiego zapewni:

- 1) gabinet psychologiczny,
- 2) salę do psychoterapii,
- 3) dostęp do gabinetu zabiegowego i pokoju socjalnego,
- 4) obsługę wykwalifikowanego personelu medycznego zgodnie z właściwymi przepisami prawa,
- 5) obsługę administracyjną i gospodarczą,
- 6) niezbędne materiały medyczne,
- 7) pomieszczenia wraz z wyposażeniem w środki łączności oraz materiały biurowe (w tym pieczętki Szpitala Babińskiego),
- 8) dostęp do zasobów sieci wewnętrznej Szpitala Babińskiego,
- 9) przydzielenie uprawnień w systemie Eskulap – część medyczna.

## II. Okres realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert

1. Okres realizacji świadczeń zdrowotnych: **1.12.2024 r. – 31.02.2025 r.**
2. Przewidywany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych: **1.12.2024 r.**
3. Dni i godziny, w których będą realizowane świadczenia zdrowotne:

Świadczenia zdrowotne będą realizowane wg harmonogramu ustalonego przez Strony w łącznym wymiarze 9h tygodniowo, co odpowiada maksymalnie **8246,70 punktów** rozliczeniowych w okresie obowiązywania umowy, co odpowiada tygodniowemu wymiarowi świadczeń zdrowotnych na poziomie średnio **145,53** punktów rozliczeniowych.

### III. Informacje ogólne

1. Wyjaśnienia dotyczące Warunków Konkursu Ofert (WKO) udzielane będą przez Udzielającego zamówienia na podstawie pisemnego wniosku otrzymanego od Oferenta.
2. W niniejszym postępowaniu wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający zamówienia oraz Oferenci przekazują pisemnie.
3. Oferenci mogą składać pytania dotyczące konkursu ofert do dnia **8 listopada 2024** roku do godziny 10:00 na adres mailowy: [katarzyna.wrona@babinski.pl](mailto:katarzyna.wrona@babinski.pl).
4. Odpowiedzi na pytania skierowane przez Oferentów do Udzielającego zamówienia dotyczące konkursu ofert, Udzielający zamówienia będzie zamieszczał na swojej stronie internetowej: [www.babinski.pl](http://www.babinski.pl).
5. Oferent pozostaje związany złożoną ofertą przez **30 dni**. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
6. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczone na tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego zamówienia oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia: [www.babinski.pl](http://www.babinski.pl).
7. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo przesunięcia terminu składania ofert.
8. Warunki Konkursu Ofert wraz z załącznikami (w tym projektem umowy) są dostępne w Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska-Południe – budynek nr 13, I piętro, w godzinach: 08:00-15:00, bądź ww. dokumenty można pobrać ze strony internetowej Szpitala Babińskiego: [www.babinski.pl](http://www.babinski.pl)

### IV. Przygotowanie oferty

1. Warunkiem przystąpienia do konkursu ofert jest złożenie oferty w formie pisemnej zgodnie z pobranymi materiałami konkursowymi.
2. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, w sposób przejrzysty i czytelny oraz zawierać wszelkie wymagane dokumenty i oświadczenia.
3. Wszystkie dokumenty tworzące ofertę powinny być ponumerowane i podpisane przez osobę upoważnioną.
4. Ofertę składa się w miejscu i czasie określonym w Warunkach Konkursu Ofert.
5. Konkurs ofert jest ważny choćby wpłynęła tylko jedna oferta spełniająca warunki konkursu ofert.

### V. Wskazanie dokumentów, które powinna zawierać Oferta

Oferta powinna zawierać:

1. Formularz oferty podpisany przez Oferenta – załącznik nr 1 do WKO.
2. Oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2 do WKO.
3. Oświadczenie Oferenta o braku przeszkód do zawarcia umowy - załącznik nr 3 do WKO.
4. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej bądź innego właściwego rejestru.
5. Paraflowany projekt umowy stanowiący załącznik nr 4 do WKO.
6. Kopię polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, lub oświadczenie o przekazaniu Udzielającemu zamówienia polisy na okres obowiązywania umowy w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy – zgodnie z załącznikiem nr 2 do WKO.
7. Dyplom ukończenia studiów magisterskich na kierunku psychologii.
8. Dokumenty potwierdzające posiadanie statusu:
  - a) osoby prowadzącej psychoterapię w rozumieniu § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych



- z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285 z późn. zm.), **LUB**
- b) osoby ubiegającej się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty w rozumieniu § 2 pkt 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285 z późn. zm.) i będącej po ukończeniu czwartego roku szkolenia.
9. Kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do realizacji przedmiotu konkursu.
10. W przypadku złożenia oferty przez Oferenta, który będzie realizował przedmiot konkursu za pomocą innych osób, Udzielający zamówienia wymaga od Oferenta zawarcia w ofercie (poza dokumentami wskazanymi w pkt 1 - 6):
- a) wykazu osób, za pomocą których Oferent będzie realizował przedmiot konkursu - zgodnie z załącznikiem nr 5 do WKO (dotyczy również Oferentów, którzy będą realizowali przedmiot konkursu ofert za pomocą osoby pozostającej z Oferentem w stosunku pracy),
- b) dokumentów wskazanych w pkt 7-10 dotyczących każdej osoby, która w imieniu Oferenta będzie udzielała świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

## VI. Kryterium i sposób oceny ofert

Przy wyborze oferty Udzielający zamówienia będzie kierował się kryterium ceny brutto za jeden punkt porady psychologicznej, porady psychologicznej diagnostycznej, sesji psychoterapii indywidualnej, sesji psychoterapii rodzinnej, sesji psychoterapii grupowej i sesji wsparcia psychospołecznego - **100% wagi**.

Liczba punktów za powyższe kryterium uzyskana przez Oferentów zostanie ustalona według poniższego wzoru:

$$C = [(CN/CX) \times 100] \times 100\%$$

gdzie:

C - liczba punktów za kryterium cena

CN - najniższa cena ofertowa spośród ważnych ofert

CX - cena ocenianej oferty

Oferta, której cena brutto za jeden punkt porady psychologicznej, sesji psychoterapii indywidualnej, sesji psychoterapii rodzinnej, sesji psychoterapii grupowej i sesji wsparcia psychospołecznego będzie najniższa, uzyska maksymalną liczbę punktów za kryterium cena tzn. 100.

Ilość punktów uzyskana przez Oferenta zostanie obliczona z dokładnością do 2 miejsc po przecinku.

## VII. Miejsce i termin składania ofert

Ofertę należy złożyć z zamkniętej kopercie z napisem:

**„Konkurs nr CZPMP-4240-7/24 na świadczenia udzielane przez psychologa w PZP Skawina (Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska-Południe)”**

oraz oznaczeniem nazwy i adresu Oferenta w Biurze Dyrektora Szpitala Babińskiego (Kancelaria) – budynek nr 28, do dnia **15 listopada 2024 roku** do godz. **8:30**.

## VIII. Miejsce i termin otwarcia ofert

Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Szpitala Babińskiego, budynek nr 13, I piętro, dnia **15 listopada 2024 roku o godz. 9.30.**

**IX. Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami oraz udzielania wszelkich wyjaśnień związanych z konkursem ofert:**

- sprawach merytorycznych: lek. Aleksandra Woszczenko – Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego Skawina, tel. 12 65 24 605,
- w sprawach formalnych: Katarzyna Wrona, tel. 881-940-522.

**X. Konkurs ofert zostanie rozstrzygnięty w siedzibie Szpitala Babińskiego w ciągu 7 dni od upływu terminu składania ofert.**

**XI. Środki odwoławcze**

Umotywowane protesty i odwołania dotyczące konkursu ofert należy składać w formie pisemnej w Biurze Dyrektora Szpitala Babińskiego zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu ofert, Oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.
2. Oferent może złożyć do kierownika Udzielającego zamówienia odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.
3. W okresie od wniesienia do rozpatrzenia odwołania Udzielający zamówienia nie może zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnej.
4. W przypadku uwzględnienia odwołania, konieczne jest powtórzenie konkursu ofert.

DYREKTOR  
Szpitala Babińskiego  
im. dr. J. Babińskiego 27-752 w Krakowie

.....  
w imieniu Udzielającego zamówienia

5.10.2024 05-11-2024

.....  
data

## FORMULARZ OFERTY

1. Imię i nazwisko Oferenta:

.....

2. Nazwa, pod którą Oferent prowadzi działalność gospodarczą:

.....

3. Adres Oferenta:

.....

4. Adres Oferenta do korespondencji (jeśli inny niż adres wskazany w pkt 3):

.....

5. NIP: .....

6. REGON: .....

7. Numer telefonu kontaktowego do Oferenta:

.....

8. Osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta w tym składania w jego imieniu oświadczeń woli:

.....

9. Cena brutto za jeden punkt za poradę psychologiczną, poradę psychologiczną diagnostyczną, sesję psychoterapii indywidualnej, sesję psychoterapii rodzinnej, sesję psychoterapii grupowej i sesję wsparcia psychospołecznego: .....

(słownie: .....)

10. Numer rachunku bankowego Oferenta, na który Udzielający zamówienia będzie dokonywał zapłaty wynagrodzenia w przypadku wyboru oferty złożonej przez Oferenta oraz podpisania umowy na świadczenia zdrowotne:

.....

.....  
data i podpis Oferenta



**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że posiadam/osoby, za pomocą których będę realizował przedmiot konkursu posiadają\* wszelkie wymagane prawem kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego, udzielane przez psychologa, zgodnie z wymogami *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego* (Dz.U. z 2018 r., poz. 852 z późn. zm.), *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285 z późn. zm.), oraz *Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020r. (z późn.zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień*.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy wskazanej w pkt 3 powyżej na okres: 1.12.2024 r. – 31.12.2025 r.
5. Oświadczam, że uważam się za związanego/-ną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
7. Oświadczam, że posiadam aktualne i opłacone ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.  
Oświadczam, że w przypadku wyboru złożonej przeze mnie oferty zobowiązuję się zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, na okres obowiązywania umowy wskazany w pkt 4 powyżej oraz przekazać Udzielającemu zamówienia kopię polisy OC w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy z Udzielającym zamówienie\*.
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
9. Oświadczam, że dane zawarte w dokumentach dołączonych do złożonej przez mnie oferty są aktualne na dzień składania ofert.

.....  
data i podpis Oferenta

\*Niepotrzebne skreślić



## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie/wobec osób, za pomocą których będę realizował przedmiot konkursu\* przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.), uniemożliwiająca realizację umowy na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego udzielane przez psychologa.

.....  
data i podpis Oferenta

\*Niepotrzebne skreślić



**Umowa CZPMP-...../24**  
**na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego udzielane przez psychologa**

zawarta w dniu ..... roku w Krakowie, pomiędzy:

**Szpitałem Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Krakowie**, ul. dr. Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Krakowa - Śródmieścia w Krakowie, XI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000005002, wpisanym w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Małopolskiego w księdze rejestrowej nr 000000005597, NIP 676-20-96-303, REGON 000298554, zwanym dalej w treści umowy **„Udzielającym zamówienia”**, reprezentowanym przez: ..... - .....

a

.....,  
 (Imię i nazwisko/nazwa) ..... (Adres zamieszkania/siedziba) .....  
 NIP ....., REGON ....., KRS .....  
 reprezentowanym przez: ..... zwanym dalej **„Przyjmującym zamówienie”**.

Na podstawie przeprowadzonego postępowania konkursowego w sprawie udzielenia zamówienia na świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych udzielane przez psychologa w poradni zdrowia psychicznego (CZP-MP-4240-7/24), zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Strony zawierają umowę o następującej treści:

### **§ 1 Oświadczenia Przyjmującego zamówienie**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:
  - 1) spełnia wymagania do wykonywania zawodu psychologa określone w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. *o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów* (Dz. U. z 2001 r., Nr 73, poz. 763 z późn. zm.),
  - 2) spełnia wymagania dla osoby prowadzącej psychoterapię w rozumieniu § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285 z późn. zm.), **lub** spełnia wymagania osoby ubiegającej się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty w rozumieniu § 2 pkt 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285 z późn. zm.) i będącej po ukończeniu czwartego roku szkolenia.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu psychologa.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje do udzielania psychologicznych świadczeń zdrowotnych objętych zakresem niniejszej umowy.

### **§ 2 Przedmiot umowy**

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego, obejmujących:
  - 1) porady psychologiczne,
  - 2) porady psychologiczne diagnostyczne,
  - 3) sesje psychoterapii indywidualnej,
  - 4) sesje psychoterapii grupowej,
  - 5) sesje wsparcia psychospołecznego,
  - 6) sesje psychoterapii rodzinnej,
 zwanych dalej łącznie "świadczeniami zdrowotnymi".
2. Świadczenia zdrowotne będą wykonywane w ramach świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Poradnię Zdrowia Psychicznego Skawina (ul. Energetyków 16, 32-050 Skawina) lub w innych komórkach organizacyjnych Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska-Południe w przypadku zgłoszenia zapotrzebowania przez Udzielającego zamówienia oraz w przypadku wizyt/porad domowych/środowiskowych poza ww. siedzibą na obszarze działania Centrum, tj.: obszaru powiatu myślenickiego, gminy Mogilany, gminy miejsko-wiejskiej Skawina, gminy miejsko-wiejskiej Świątniki Górne a w przypadku wizyt domowych na terenie powiatu myślenickiego.
3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w § 2 ust. 1 niniejszej umowy, powinny być niezbędne, celowe, kompleksowe oraz nie powinny przekraczać granicy koniecznej potrzeby z uwzględnieniem w pierwszej kolejności uzasadnionego interesu pacjenta.
4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że świadczeń zdrowotnych będzie udzielał osobiście, z zastrzeżeniem § 4 ust. 7 i 8/przy udziale osób wskazanych w wykazie stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej umowy\*.
5. W ramach realizacji niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany uczestniczyć w spotkaniach zespołu terapeutycznego komórki organizacyjnej Udzielającego zamówienia, o której mowa w ust. 2, obejmujących m.in. superwizje, narady służące omówieniu procesu leczenia pacjentów.

### § 3 Obowiązki Udzielającego zamówienia

1. W celu realizacji niniejszej umowy Udzielający zamówienia zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu zamówienie gabinet psychologiczny, salę do psychoterapii, dostęp do gabinetu zabiegowego i pokoju socjalnego, obsługę recepcyjną, stanowisko komputerowe, dostęp do sieci wewnętrznej Udzielającego zamówienia, przydzielenie uprawnień w systemie Eskulap – część medyczna, niezbędne materiały medyczne.
2. Udzielający zamówienia zobowiązuje się upoważnić do przetwarzania danych osobowych Przyjmującego zamówienie. Upoważnienie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, stanowi załącznik nr 4 do niniejszej umowy.

### § 4 Obowiązki Przyjmującego zamówienie

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy zgodnie z wymogami właściwych przepisów prawa, w szczególności *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego* (Dz.U. z 2018 r., poz. 852 z późn. zm.), *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285 z późn. zm.), oraz *Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020r. (z późn.zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień*.
2. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie będzie realizował w średnim wymiarze **9 godzin tygodniowo** zgodnie z poniższym harmonogramem, z wyjątkiem dni ustawowo uznanych za dni wolne od pracy: .....

(Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych zostanie ustalony przed podpisaniem umowy w drodze obopólnego porozumienia pomiędzy Przyjmującym zamówienie i Udzielającym zamówienia).



3. Łączna liczba punktów, które Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany wykonać w trakcie obowiązywania niniejszej umowy wynosi maksymalnie **8246,70** punktów rozliczeniowych, co stanowi średnio **145,53** punktów rozliczeniowych tygodniowo.
4. Przyjmujący zamówienie w celu realizacji niniejszej umowy jest zobowiązany zapewnić we własnym zakresie odzież, obuwie ochronne i robocze, badania profilaktyczne, identyfikator wykonany według wzoru stanowiącego załącznik nr 6 do niniejszej umowy. Ponadto Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do noszenia w widocznych miejscach identyfikatora podczas udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się posiadać aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do realizacji niniejszej umowy przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy oraz przekazać Udzielającemu zamówienia kopię nowego zaświadczenia w przypadku, gdy w trakcie obowiązywania niniejszej umowy upłynął okres na jaki zostało wydane dotychczasowe zaświadczenie lekarskie. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przekazania Udzielającemu zamówienia kopii nowego zaświadczenia lekarskiego najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień upływu okresu na jaki zostało wydane poprzednie zaświadczenie.
6. W ramach realizacji niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie będzie korzystał z pieczętki Udzielającego zamówienia, którą będzie wykorzystywał wyłącznie w celu realizacji niniejszej umowy.
7. W przypadku kiedy osobista realizacja niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie nie będzie możliwa z przyczyn, których nie można było przewidzieć, tj. choroba, wypadek lub inne zdarzenie losowe, na Przyjmującym zamówienie będą spoczywały obowiązki, o których mowa w § 4 ust. 8 pkt 1-2 niniejszej umowy.
8. Przyjmujący zamówienie może powierzyć realizację niniejszej umowy osobie trzeciej lub skorzystać z przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy, w wymiarze nieprzekraczającym łącznie 5 dni, o których mowa w harmonogramie wskazanym w § 4 ust. 2 - z zastrzeżeniem, że przerwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych nie może być dłuższa niż 14 kolejnych dni kalendarzowych i pod warunkiem, że Przyjmujący zamówienie:
  - 1) uzyska uprzednią, pisemną zgodę Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Udzielającego zamówienia,
  - 2) pisemnie powiadomi o powyższym Udzielającego zamówienia, a w sytuacji nagłej również telefonicznie na następujący numer kontaktowy: tel. (12) 65 24 347 oraz przekaze Udzielającemu zamówienia informację, w przypadku powierzenia realizacji niniejszej umowy osobie trzeciej, jaki podmiot oraz w jakim okresie będzie realizował świadczenia zdrowotne (za wynagrodzeniem w wysokości wskazanej w § 6 niniejszej umowy).
9. Za świadczenia zdrowotne udzielane przez zastępcę, Przyjmującemu zamówienie nie przysługuje wynagrodzenie. Wynagrodzenie Udzielający zamówienia zapłaci zastępcy na podstawie jednorazowo zawartej z nim umowy przez Udzielającego zamówienia.
10. W przypadku, kiedy Przyjmujący zamówienie nie wywiąże się z obowiązku wskazanego w § 4 ust. 8 pkt 2, Udzielający zamówienia będzie uprawniony powierzyć innemu podmiotowi wykonanie przedmiotu niniejszej umowy wskazanego w § 2, a wszelkie z tego tytułu poniesione przez Udzielającego zamówienia dodatkowe koszty ponad wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie wskazane w § 6 zostaną pokryte przez Przyjmującego zamówienie.
11. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż jest objęty ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową. Kopia polisy ubezpieczenia, o którym mowa w zdaniu poprzednim stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy. Ponadto Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się utrzymywać ubezpieczenie w zakresie, o którym mowa w zdaniu poprzednim przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy oraz przekazać Udzielającemu zamówienia kopię nowej polisy w przypadku wygaśnięcia poprzedniej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w trakcie obowiązywania niniejszej umowy. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przekazania

- Udzielającemu zamówienia kopii nowej polisy najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień wygaśnięcia poprzedniej polisy.
12. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do poddania się kontroli przez osobę wyznaczoną przez Udzielającego zamówienia w zakresie należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych § 2 ust. 1 niniejszej umowy.
  13. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących Udzielającego zamówienia oraz zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązującymi podmioty lecznicze zarówno co do sposobu, jak i zakresu, jak również zgodnie z aktualnym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.
  14. Przyjmujący zamówienie wyraża wolę poddania się kontroli Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), w zakresie wynikającym z umów zawartych pomiędzy Funduszem a Udzielającym zamówienia w części wymagającej zapewnienia przez Udzielającego zamówienia świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszej umowy.
  15. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych związanych z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, jak również wyraża zgodę na podawanie ich przez Udzielającego zamówienia do wiadomości pacjentom, Narodowemu Funduszowi Zdrowia i ubezpieczycielom.
  16. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany przestrzegać właściwych przepisów prawnych, BHP, przeciwpożarowych, zakażeń szpitalnych, wewnętrznych regulaminów i zarządzeń obowiązujących u Udzielającego zamówienia, a związanych z przedmiotem niniejszej umowy, w tym również z Księgą Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością jak również współdziałać z Dyrekcją Udzielającego zamówienia przy wykonywaniu swoich obowiązków wynikających z niniejszej umowy. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się dostarczyć potwierdzenie odbycia szkoleń w powyższych zakresach – wzór karty szkoleń stanowi Załącznik nr 8.
  17. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do realizacji zadań obronnych nałożonych na Udzielającego zamówienia wynikających z odrębnych przepisów lub zleconych przez podmiot tworzący, obejmujących działanie w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, stanów nadzwyczajnych, zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny.
  18. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany przestrzegać bezwzględnego zakazu przyjmowania zapłaty lub innych dóbr od pacjentów, członków ich rodzin bądź osób działających w imieniu lub na rzecz pacjentów z tytułu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Udzielającego zamówienia.
  19. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie ciąży na nim wyrok sądów powszechnych, który uniemożliwiłby wykonanie przedmiotu umowy, a w chwili podpisania niniejszej umowy nie jest mu wiadomym, aby toczyło się przeciwko niemu jakiekolwiek postępowanie, którego wynik mógłby uniemożliwić mu wykonywanie przedmiotu umowy w przyszłości.
  20. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do dbałości o użytkowany sprzęt i aparaturę Udzielającego zamówienia i ponosi odpowiedzialność za ich uszkodzenie bądź utratę, jeśli używa ich w sposób sprzeczny z właściwościami lub przeznaczeniem.

#### **§ 5 Okres udzielania świadczeń zdrowotnych**

Świadczenia zdrowotne będą udzielane w okresie od dnia **1 grudnia 2024 roku** do dnia **31 grudnia 2025 roku**.

#### **§ 6 Wynagrodzenie**

1. Z tytułu realizacji niniejszej umowy Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie miesięczne wynagrodzenie stanowiące iloczyn liczby punktów rozliczeniowych za świadczenia zdrowotne zrealizowane przez Przyjmującego

- zamówienie w danym miesiącu i ceny brutto jednego punktu rozliczeniowego. Wskazana w zdaniu poprzednim liczba punktów rozliczeniowych za świadczenia zdrowotne wykonane przez Przyjmującego zamówienie będzie odpowiadać wadze punktowej poszczególnych świadczeń wskazanej w obowiązującym w dacie udzielenia tych świadczeń zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.
2. Cena brutto jednego punktu rozliczeniowego wynosi: ..... zł (słownie: ..... 00/100).
  3. Wynagrodzenie należne Przyjmującemu zamówienie na podstawie niniejszej umowy obejmuje wszelkie koszty poniesione przez Przyjmującego zamówienie w związku z realizacją niniejszej umowy.
  4. Przyjmującemu zamówienie nie należy się wynagrodzenie za świadczenia zdrowotne zrealizowane przez Przyjmującego zamówienie w danym miesiącu w czasie niezgodnym z harmonogramem wskazanym w § 4 ust. 2, bądź ponad ilość punktów rozliczeniowych wynikającą z § 4 ust. 3.
  5. Udzielający zamówienia dokonuje zapłaty wynagrodzenia przysługującego Przyjmującemu zamówienie na podstawie miesięcznych faktur/rachunków wystawianych przez Przyjmującego zamówienie - zgodnie z wykazem świadczeń zdrowotnych zrealizowanych w danym miesiącu. Wzór wykazu stanowi załącznik nr 3 do niniejszej umowy. W treści wystawionej faktury/rachunku Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest podać numer i datę niniejszej umowy oraz numer rachunku bankowego wskazany w ust. 6.
  6. Udzielający zamówienia zobowiązuje się dokonać zapłaty wynagrodzenia za realizację przedmiotu niniejszej umowy w **terminie 30 dni** od daty otrzymania faktury/rachunku. Zapłata nastąpi w formie przelewu na następujący numer rachunku bankowego Przyjmującego zamówienie: ..... Przed dostarczeniem faktury/rachunku Udzielającemu zamówienia, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do uzyskania na fakturze/rachunku pisemnego potwierdzenia Kierownika Poradni Zdrowia Psychicznego Skawina w zakresie wykonania świadczeń zdrowotnych zrealizowanych w danym miesiącu przez Przyjmującego zamówienie.
  7. Za dzień zapłaty wynagrodzenia Strony przyjmują dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.
  8. W przypadku wystawienia faktury korygującej/rachunku korygującego Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się dostarczyć ją w terminie nieprzekraczającym 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia pomyłki.
  9. Niedopuszczalnym jest kumulowanie i przedstawianie do realizacji rachunków za więcej niż jeden okres rozliczeniowy (miesięczny) przyjęty w niniejszej umowie.
  10. W przypadku, kiedy Udzielający zamówienia będzie pozostawał w zwłoce z zapłatą wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie, Przyjmujący zamówienie będzie uprawniony do obciążenia Udzielającego zamówienia odsetkami ustawowymi.
  11. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że wykonywanie przedmiotu umowy wskazanego w § 2, wchodzi w zakres prowadzonej przez Przyjmującego zamówienie pozarolniczej działalności gospodarczej.
  12. Przyjmujący zamówienie ponosi ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną przez niego działalnością.
  13. W przypadku, kiedy właściwy organ kontrolujący, w szczególności Narodowy Fundusz Zdrowia, zakwestionuje świadczenie zdrowotne udzielone przez Przyjmującego zamówienie i Udzielający zamówienia zostanie zobowiązany do zwrotu środków finansowych otrzymanych za powyższe świadczenie zdrowotne udzielone przez Przyjmującego zamówienie, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zwrotu wypłaconego mu przez Udzielającego zamówienia wynagrodzenia za zakwestionowane świadczenie zdrowotne.

## § 7 Kary umowne



1. W przypadku, kiedy Udzielający zamówienia wypowie umowę z powodu zaprzestania jej realizacji przez Przyjmującego zamówienie lub wykonywania niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie w sposób naruszający jej postanowienia, Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienia karę umowną w wysokości 30% ostatniego miesięcznego wynagrodzenia zapłaconego Przyjmującemu zamówienie.
2. W przypadku, kiedy Przyjmujący zamówienie zaprzestanie realizacji niniejszej umowy bądź będzie ją realizował w sposób naruszający jej postanowienia Udzielający zamówienia może wezwać go odpowiednio do realizacji umowy lub zmiany sposobu wykonywania umowy i wyznaczyć mu w tym celu odpowiedni termin. Po bezskutecznym upływie terminu Udzielający zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym oraz z konsekwencjami wskazanymi w ust. 1.
3. Za każdy przypadek niewykonania lub nienależytego wykonania niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie, który nie spowoduje wypowiedzenia umowy, o którym mowa w ust. 1-2, Udzielający zamówienia może nałożyć na Przyjmującego zamówienie karę umowną w wysokości 5% ostatniego miesięcznego wynagrodzenia zapłaconego Przyjmującemu zamówienie. Kary umowne, o których mowa w zdaniu poprzednim, mogą się sumować. Kara umowna, o której mowa w niniejszym ustępie, dotyczy w szczególności następujących przypadków:
  - 1) realizacji przez Przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami lub postanowieniami niniejszej umowy np. brak odzieży ochronnej, realizowania świadczeń zdrowotnych niezgodnie z harmonogramem wskazanym w § 4 ust. 2 niniejszej umowy,
  - 2) uniemożliwienia przeprowadzenia czynności kontrolnych przez Udzielającego zamówienia, Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne uprawnione podmioty,
  - 3) nieprowadzenia lub nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej,
  - 4) zobowiązania Udzielającego zamówienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie § 28 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, do zwrotu nienależnych środków finansowych przekazanych Udzielającemu zamówienia wynikającego z niewykonania lub nienależytego wykonania niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie,
  - 5) nałożenia na Udzielającego zamówienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia kary umownej w wysokości wynikającej z § 30 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, z powodu niewykonania lub wykonania niniejszej umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie,
  - 6) naruszenia zakazu wskazanego w § 4 ust. 18 niniejszej umowy.
4. Udzielający zamówienia ma prawo do potrącenia kar umownych określonych w niniejszej umowie z wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie.
5. Udzielający zamówienia ma prawo dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej na zasadach ogólnych.

### **§ 8 Cesja wierzytelności**

Przyjmujący zamówienie nie dokona przeniesienia wierzytelności pieniężnych związanych z realizacją niniejszej umowy na rzecz osób trzecich, bez zgody Udzielającego zamówienia oraz nie dokona żadnych innych czynności w wyniku, których doszłoby do powstania zobowiązania Udzielającego zamówienia względem osoby trzeciej lub doszłoby do zmiany stron umowy. Ewentualna zgoda Udzielającego zamówienia na zmianę wierzyciela będzie uzależniona od wyrażenia zgody podmiotu tworzącego, zgodnie z art. 54 ust. 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku *o działalności leczniczej*. Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela dokonana z naruszeniem ww. zasad jest nieważna.

### **§ 9 Odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie**



1. Odpowiedzialność cywilną, kontraktową (ex contractu) za szkody (majątkową lub krzywdę) będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie, Strony ponoszą solidarnie, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Odpowiedzialność cywilną, deliktową (ex delicto) wynikającą z popełnienia przez Przyjmującego zamówienie czynu niedozwolonego w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych ponosi wyłącznie Przyjmujący zamówienie.
3. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za szkody powstałe w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem świadczeń zdrowotnych.
4. Udzielający zamówienia uprawniony jest do żądania pokrycia szkody spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar pieniężnych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w umowach zawartych przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia, jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewłaściwego wykonania przez Przyjmującego zamówienie zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.

### **§ 10 Ochrona danych osobowych**

Strony zobowiązują się do:

- 1) zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,
- 2) zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonaniem czynności wynikających z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego - na zasadach wskazanych w Rozdziale 6 wskazanej ustawy,
- 3) przestrzegania przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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) (tekst jedn.: Dz. Urz. UE L 119, s. 1), w szczególności do ochrony danych osobowych przetwarzanych w celu: ochrony stanu zdrowia; wykonywania świadczeń zdrowotnych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub wykonywaniem innych świadczeń zdrowotnych; zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w zakresie dostępu do tych danych, zachowania ich w tajemnicy oraz nie wykorzystywania w innym celu,  
- przez cały czas trwania niniejszej umowy jak również po jej zakończeniu.

### **§ 11 Rozwiązanie oraz wypowiedzenie umowy**

Niniejsza umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:

- 1) z upływem okresu wskazanego w § 5 niniejszej umowy,
- 2) wskutek oświadczenia jednej ze Stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia niniejszej umowy, w szczególności:
  - a) w stosunku do Przyjmującego zamówienie - gdy Przyjmujący zamówienie został tymczasowo aresztowany na okres powyżej 1 miesiąca lub utracił prawo wykonywania zawodu lub został w tym prawie zawieszony przez organ uprawniony, lub zgłosił się do udzielania świadczeń zdrowotnych bądź udzielał świadczeń zdrowotnych w stanie nietrzeźwym, lub popełnił w czasie trwania umowy przestępstwo, które uniemożliwia dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych, jeżeli przestępstwo zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem, lub nie udokumentuje przed upływem okresu obowiązywania dotychczasowego ubezpieczenia podpisania umowy zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na dalszy okres wykonywania świadczeń zdrowotnych,
  - b) w stosunku do obu Stron - rozwiązania lub wygaśnięcia umowy pomiędzy Udzielającym zamówienia, a płatnikiem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,
  - c) w przypadkach wskazanych w § 7 ust. 2 niniejszej umowy,

- 3) wskutek oświadczenia jednej ze Stron z zachowaniem okresu wypowiedzenia wynoszącego jeden miesiąc ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego,
- 4) wskutek oświadczenia Udzielającego zamówienia z zachowaniem okresu wypowiedzenia wynoszącego 7 dni ze skutkiem na koniec tygodnia, w przypadku gdy udzielanie świadczeń zdrowotnych stanie się niemożliwe z przyczyn niezależnych od Udzielającego zamówienia.

### **§ 12 Polubowne rozwiązywanie sporów**

1. W razie ewentualnych sporów wynikłych na tle wykonania niniejszej umowy oraz jakichkolwiek rozbieżności lub roszczeń odnoszących się do niej lub z niej wynikających, Strony zobowiązują się do współdziałania celem ich ugodowego rozstrzygnięcia w drodze obopólnego porozumienia.
2. W przypadku niemożności dojścia do porozumienia w ciągu czternastu dni od dnia otrzymania przez Stronę pisemnego wezwania do ugody, spory będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.

### **§ 13 Postanowienia końcowe**

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają pod rygorem nieważności formy pisemnego aneksu podpisanego przez obydwie Strony.
2. Wszelkie oświadczenia Stron niniejszej umowy będą składane na piśmie pod rygorem nieważności listem poleconym, lub za potwierdzeniem ich złożenia, na następujące adresy Stron:
  - 1) Udzielający zamówienia - ul. dr. Józefa Babińskiego 29, 30 - 393 Kraków,
  - 2) Przyjmujący zamówienie - .....
 Wymóg, o którym mowa w zdaniu poprzednim nie dotyczy kwestii, dla których Strony w umowie wskazały inną formę komunikacji.
3. W przypadku zmiany adresu wskazanego w ust. 2, Strona której zmiana dotyczy jest zobowiązana do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie drugiej Strony w formie pisemnej, pod rygorem uznania skuteczności doręczenia na ostatni adres wskazany przez Stronę.
4. Osobami sprawującymi nadzór nad realizacją niniejszej umowy są:
  - 1) ze strony Udzielającego zamówienia - .....,
  - 2) ze strony Przyjmującego zamówienie - .....
5. Załącznikami do niniejszej umowy stanowiącymi jej integralną część są:
  - 1) Załącznik nr 1 - kopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej Przyjmującego zamówienie,
  - 2) Załącznik nr 2 - wykaz personelu Przyjmującego zamówienie,
  - 3) Załącznik nr 3 - wykaz świadczeń zdrowotnych udzielonych w danym miesiącu,
  - 4) Załącznik nr 4 - upoważnienie do przetwarzania danych osobowych,
  - 5) Załącznik nr 5 - kopia zaświadczenia lekarskiego,
  - 6) Załącznik nr 6 - wzór identyfikatora,
  - 7) Załącznik nr 7 - oświadczenie,
  - 8) Załącznik nr 8 - wzór karty szkoleń,
  - 9) Załącznik nr 9 - dokumenty potwierdzające kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie znajdują zastosowanie właściwe przepisy prawa, w szczególności Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny.
7. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze Stron.

**Udzielający zamówienia**

**Przyjmujący zamówienie**

\*Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do Umowy CZPMP-.../24 na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego udzielane przez psychologa

WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W IMIENIU  
PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE

| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Rodzaj stosunku prawnego łączącego psychologa z przyjmującym zamówienie | Numer telefonu |
|-----|-----------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1   |                 |                       |                                                                         |                |
| 2   |                 |                       |                                                                         |                |
| 3   |                 |                       |                                                                         |                |
| 4   |                 |                       |                                                                         |                |
| 5   |                 |                       |                                                                         |                |
| 6   |                 |                       |                                                                         |                |
| 7   |                 |                       |                                                                         |                |
| 8   |                 |                       |                                                                         |                |
| 9   |                 |                       |                                                                         |                |
| 10  |                 |                       |                                                                         |                |

.....

data i podpis Przyjmującego zamówienie



Załącznik nr 3 do Umowy CZPMP-.../24 na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego udzielane przez psychologa

Wykaz świadczeń zdrowotnych zrealizowanych w miesiącu ..... roku

| Lp. | Imię i nazwisko pacjenta | PESEL pacjenta | Rodzaj świadczenia zdrowotnego | Wartość punktowa świadczenia | Data świadczenia | udzielenia |
|-----|--------------------------|----------------|--------------------------------|------------------------------|------------------|------------|
| 1   |                          |                |                                |                              |                  |            |
| 2   |                          |                |                                |                              |                  |            |
| 3   |                          |                |                                |                              |                  |            |
| 4   |                          |                |                                |                              |                  |            |
| 5   |                          |                |                                |                              |                  |            |
| 6   |                          |                |                                |                              |                  |            |
| 7   |                          |                |                                |                              |                  |            |

.....  
data i podpis Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam zrealizowanie Umowy CZPMP-.../24 z dnia ..... roku w miesiącu ..... roku zgodnie z powyższym zestawieniem

.....  
data i podpis Kierownika Poradni Zdrowia Psychicznego Skawina

Załącznik nr 4 do Umowy CZPMP-..../24 na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego udzielane przez psychologa

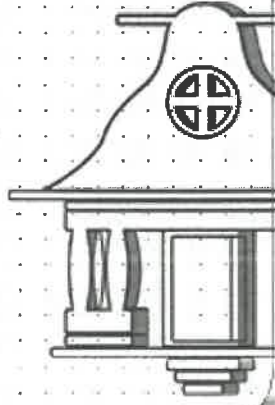
## UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1), w celu realizacji umowy CZPMP-..../24 na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego udzielane przez psychologa, zawartą w dniu ..... pomiędzy Szpitalem Kliniknym im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie z ..... upoważniam Panią/Pana ..... do przetwarzania danych osobowych w celach związanych z realizacją powyższej umowy w systemie tradycyjnym (kartoteki, ewidencje, rejestry, spisy itp.) i informatycznym w czasie realizacji obowiązków wynikających z powyższej umowy.

.....  
Podpis Administratora Danych Osobowych



Załącznik nr 6 do Umowy CZPMP-..../24 na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego udzielane przez psychologa

|                                                                                                                                                                        |                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>[Nazwisko i imię]</p> <p>[Grupa Pracownicza]</p> <p>Szpital Kliniczny<br/>im. dr. Józefa Babińskiego<br/>SPZOZ w Krakowie<br/>ul.J.Babińskiego 29 30-393 Kraków</p> | <p>[</p>  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|



Załącznik nr 7 do Umowy CZPMP-...../24 na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego udzielane przez psychologa

.....  
(miejscowość, data)

### **O Ś W I A D C Z E N I E** **o ochronie danych osobowych**

Ja, niżej podpisany(a) niniejszym oświadczam, że:

1. Znane mi są:

- Podstawowe zasady ochrony danych osobowych i systemów informatycznych;
- Polityka Bezpieczeństwa Teleinformatycznego - PBI;
- Księga i dokumenty Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością

które opisują zasady bezpieczeństwa danych w Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego i niniejszym zobowiązuje się do ich stosowania i przestrzegania.

2. Zobowiązuję się do ochrony i nie ujawniania żadnej osobie wszystkich wykorzystywanych przez mnie danych medycznych, danych osobowych oraz haseł osobistych, haseł grup roboczych oraz innych haseł (w tym także kodów zabezpieczających elektroniczne identyfikatory dostępu do zasobów oraz generowanych przez nie kodów czasowych) powierzonych mi celem korzystania z informacji przetwarzanych w zasobach teleinformatycznych Szpitala, a także do nie ujawniania osobom nieuprawnionym danych pacjentów i zabezpieczeń organizacyjnych i technicznych stosowanych dla zapewnienia ochrony informacji i zasobów teleinformatycznych służących do ich przetwarzania, przez cały czas mojego zatrudnienia oraz po ustaniu stosunku pracy lub wygaśnięciu umowy cywilno-prawnej będącej podstawą świadczenia usług na rzecz Szpitala.

3. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za naruszenie powyższych zobowiązań na podstawie art. 266 §1 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks Karny oraz art. 52 w związku z art. 100 § 2 pkt. 4 ustawy z dnia 26 kwietnia 1974 Kodeks Pracy.

4. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za próby lub dokonanie nieuprawnionego podsłuchu komputerowego, nieuprawnionego dostępu do zasobów teleinformatycznych, zapisów na elektronicznych nośnikach informacji Szpitala, lub nieuprawnionego niszczenia, uszkodzania, usuwania, zmieniania danych w nich przetwarzanych bądź gromadzonych albo utrudniania dostępu do tych danych, czy też innego zakłócania pracy systemu lub sieci teleinformatycznej, na podstawie art. 130 §3 art. 267, 268, 268 i 269 §1i art. 287 §1 pkt 4 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks Karny.

Imię i nazwisko

.....

Numer PESEL

.....

Czytelny podpis

.....



Załącznik nr 8 do Umowy CZPMP-...../24 na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego udzielane przez psychologa

**KARTA SZKOLEŃ**  
**/DOKUMENT WEWNĘTRZNY SZPITALA BABIŃSKIEGO/**

|                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Imię i nazwisko pracownika:                                                                                                    |
| 2. Stanowisko lub rodzaj zadań:                                                                                                   |
| 3. Nazwa komórki organizacyjnej w której realizowane mają być zadania:<br><i>Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska-Południe</i> |
| 4. Rozpoczęcie realizacji umowy z dniem :   01.12.2024r.                                                                          |

| Nazwa komórki                                                                                   | Data | Podpis |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|
| 1. Komórka organizacyjna : <i>Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska-Południe -PZP Skawina</i> |      |        |
| 2. BHP                                                                                          |      |        |
| 3. P. POŻ                                                                                       |      |        |
| 4. Pielęgniarka epidemiologiczna                                                                |      |        |
| 5. Pełnomocnik ds.Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością                                   |      |        |

Kraków,  
miejscowość, data

Pieczęć i podpis





