

### **ZMIANA WARUNKÓW KONKURSU OFERT**

w sprawie udzielenia zamówienia na świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych udzielane przez psychologa klinicznego w Poradni Zdrowia Psychicznego Myślenice (Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska-Południe)

Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie, ul. dr. Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków informuje, że ww. konkursie ofert nastąpiła zmiana Warunków Konkursu Ofert (WKO) poprzez zmianę treści załącznika nr 4 do WKO (umowa na świadczenia zdrowotne) z uwagi na omyłkę pisarską w zakresie słów „w zespole leczenia środowiskowego”, które otrzymują brzmienie „w poradni zdrowia psychicznego”.

Nowa treść załącznika nr 4 stanowi załącznik nr 1 do niniejszej zmiany WKO.

11.12.2025 .....

DIREKTOR  
Szpitala Klinicznego  
im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie  
*Michał Tochowicz*

w imieniu Udzielającego zamówienia

*By*

**Umowa CZPMP-...../25**  
**na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne**  
**dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego udzielane przez**  
**psychologa klinicznego**

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

**Szpitałem Kliniknym 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 klinicznego w poradni zdrowia psychicznego (CZPMP-4240-11/25), 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) posiada specjalizację z psychologii klinicznej,
  - 3) 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.).
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 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 Myślenice (ul. Drogowców 6, 32 – 400 Myślenice) lub w innych komórkach organizacyjnych Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska-Południe w przypadku zgłoszenia zapotrzebowania przez Udzielającego zamówienia na obszarze działania Centrum, tj.: obszaru powiatu myślenickiego, gminy Mogilany, gminy miejsko-wiejskiej Skawina, gminy miejsko-wiejskiej Świątniki Górne.
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 **20 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 **17140,20** punktów rozliczeniowych, co stanowi średnio **1428,35** punktów rozliczeniowych miesięcznie.
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 7.
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 uniemożliwiłaby 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 stycznia 2026 roku** do dnia **31 grudnia 2026 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 Zespołu Leczenia Środowiskowego 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) nieprzewodzenia 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) skutek 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) skutek oświadczenia jednej ze Stron z zachowaniem okresu wypowiedzenia wynoszącego jeden miesiąc ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego,
- 4) skutek 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,
  - 8) Załącznik nr 7 - wzór karty szkoleń,
  - 9) Załącznik nr 8 - 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-.../25 na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego udzielane przez psychologa klinicznego

**WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W IMIENIU  
PRZYJMującego 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-....../25 na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego udzielane przez psychologa klinicznego

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

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

.....  
data i podpis Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam zrealizowanie Umowy CZPMP-...../25 z dnia ..... roku w miesiącu ..... roku zgodnie z powyższym zestawieniem

.....  
data i podpis Kierownika w Poradni Zdrowia Psychicznego Myślenice

## UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Działając w imieniu Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie (dalej jako: Szpital Babińskiego) jako administratora 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* (Dz.Urz. UE L 2016 Nr 119, s. 1, ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej jako: RODO) z dniem 1 stycznia 2026r. **upoważniam Pana/Panią:**

.....

(imię i nazwisko)

do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do wykonywania obowiązków wynikających z Umowy ..... nr ...../..... z dnia ..... roku, tj. uzyskuje Pani/Pan upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w zbiorze/zbiorach: **PACJENCI**

Upoważnienie obejmuje uprawnienie do przetwarzania danych w postaci papierowej oraz w ramach nadanych dostępów do systemów informatycznych.

Upoważnienie obejmuje uprawnienie do przetwarzania danych w zakresie: zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie .

Na podstawie niniejszego upoważnienia jest Pan/Pani zobowiązany/a do przetwarzania danych osobowych wyłącznie we wskazanym zakresie oraz zgodnie z przepisami RODO, Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz obowiązującej w Szpitalu Babińskiego procedury pn. „Polityka Bezpieczeństwa Teleinformatycznego i Ochrony Danych Osobowych”, a także do zachowania w poufności wszelkich danych, do których uzyskał/a Pan/Pani dostęp w zakresie pełnionych obowiązków umownych, także po wygaśnięciu umowy.

Upoważnienie obowiązuje od dnia 1 stycznia 2026r. do dnia 31 grudnia 2026r.

Nadanie nowego upoważnienia w okresie jego obowiązywania zastępuje w całości niniejsze upoważnienie.

.....  
(podpis osoby uprawnionej w imieniu Administratora)

---

Oświadczam, iż o niniejszym upoważnieniu i jego zakresie zostałem/am poinformowany/a oraz rozumiem jego treść.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami powszechnie obowiązującymi dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z RODO, a także z obowiązującą w Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie procedurą pn. „Polityka Bezpieczeństwa Teleinformatycznego i Ochrony Danych Osobowych”, która określa techniczne i organizacyjne środki zapewniające ochronę i bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych, oraz zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

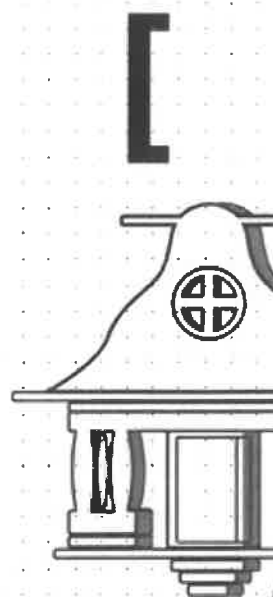
Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałem/am się oraz sposobów ich zabezpieczania, zarówno w okresie trwania Umowy ..... nr ...../..... z dnia ..... roku, jak również po ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie ze Szpitalem Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie.

.....  
(podpis osoby, której dotyczy upoważnienie)

[Nazwisko i imię]

[Grupa Pracownicza]

Szpital Kliniczny  
im. dr. Józefa Babińskiego  
SPZOZ w Krakowie  
ul. J. Babińskiego 29 30-393 Kraków



Załącznik nr 7 do Umowy CZPMP-...../25 na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w poradni zdrowia psychicznego udzielane przez psychologa klinicznego

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

|                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Imię i nazwisko pracownika:                                                                                             |
| 2. Stanowisko lub rodzaj zadań: PSYCHOLOG                                                                                  |
| 3. Nazwa komórki organizacyjnej w której realizowane mają być zadania:<br>Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska-Południe |
| 4. Rozpoczęcie realizacji umowy z dniem : 01.01.2026r.                                                                     |

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

Kraków,  
miejscowość, data

Pieczęć i podpis

