

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI
KONKURSU OFERT
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI
ZDROWOTNEJ MSWiA WE WROCŁAWIU:**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego w Przychodni MSWiA we Wrocławiu, przy ul. Grabiszyńskiej 35-39, Wrocław.

Podstawa prawna:

- art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026.156 ze zm.),
- art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2025.1461 ze zm.).

Udzielający zamówienia:

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA WE WROCŁAWIU,
50-233 Wrocław ul. OŁBIŃSKA 32**

Adres do korespondencji:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu

ul. Ołbińska 32

50-233 Wrocław

tel. – (71) 79 84 682 / 614 / p. Marta Czyżewska e-mail: mczyzewska@spzozmswia.wroclaw.pl,

kadry@spzozmswia.wroclaw.pl

strona internetowa: www.spzozmswia.wroclaw.pl

Ogłoszenie o konkursie zostanie zamieszczone w następujących ogólnodostępnych miejscach:

- strona internetowa: www.spzozmswia.wroclaw.pl

Klauzula informacyjna dotycząca RODO znajduje się na stronie internetowej Udzielającego zamówienia: www.spzozmswia.wroclaw.pl, w zakładce „Konkursy ofert”.

WARUNKI OGÓLNE

§ 1

Szczegółowe warunki konkursu ofert określają wymagania, jakie powinna spełniać oferta, sposób jej przygotowania oraz tryb składania ofert przez Oferentów, a także zasady przeprowadzenia konkursu.

§ 2

Organizatorem konkursu ofert jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu z siedzibą przy ul. Ołbińskiej 32, zwany dalej „Udzielającym zamówienie”.

§ 3

Przedmiotem konkursu ofert jest udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych w jednostce organizacyjnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu tj.: w Przychodni MSWiA we Wrocławiu, przy ul. Grabiszyńskiej 35-39, Wrocław.

I. Świadczenia zdrowotne udzielane w Szpitalu MSWiA we Wrocławiu:

Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego w Przychodni MSWiA we Wrocławiu, przy ul. Grabiszyńskiej 35-39, Wrocław.

II. Kwalifikacje:

- osoba posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo osoba posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo osoba w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo osoba w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego,
- co najmniej 5 letni staż w zawodzie pielęgniarki.

III. Wymagania:

- udzielanie świadczeń zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia w sposób zapewniający ciągłość opieki pielęgniarstwa, według miesięcznego harmonogramu uzgodnionego z Z-cą Kierownika Przychodni ds. Pielęgniarstwa, **nie mniej niż 38 godzin tygodniowo.**
- **Oferent zobowiązany jest przedstawić informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego, zgodnie z przepisami art. 21 ust. 3-8 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz.560).**

Do oferty proszę dołączyć propozycję tygodniowego harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych.

III. Czas trwania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych od 01.06.2026 r. do 31.05.2028 r.

§ 4

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu, ul. Ołbińska 32 – Przychodnia MSWiA we Wrocławiu, przy ul. Grabiszyńskiej 35-39, Wrocław.

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE (OFERENT)

§ 5

Do konkursu mogą przystąpić podmioty spełniające warunki określone w art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026.156 ze zm.) oraz osoby posiadające kwalifikacje określone w szczegółowych warunkach konkursu.

§ 6

1. Oferent w celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty powinien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
2. Warunkiem przystąpienia do konkursu ofert jest złożenie Udzielającemu zamówienia oferty oraz innych dokumentów, zgodnie z wymogami ustalonymi przez Udzielającego zamówienie. Oferent składa w jednej kopercie ofertę na wybrany lub wybrane rodzaje świadczeń zdrowotnych oraz inne wymagane dokumenty.

WYMAGANE WARUNKI FORMALNE SKŁADANEJ OFERTY

§ 7

I. Składana oferta powinna zawierać:

1. Formularz ofertowy wg **załącznika Nr 1** i ofertę cenową wg **załącznika Nr 2** złożoną w nieprzejrzywej i zamkniętej kopercie.

II. Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty:

1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie i z treścią szczegółowych warunków konkursu oraz oświadczenie oferenta, że zapoznał się z projektem umowy i wyraża zgodę na zawarcie umowy zgodnie z postanowieniami tej umowy w przypadku wybrania jego oferty – **załącznik Nr 3** oraz oświadczenie dot. ochrony danych osobowych „RODO” – **załącznik Nr 5**.

2. Kopię aktualnego dokumentu wydanego przez właściwy organ stwierdzający wpis do właściwego rejestru:

- aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub

- zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej,

- zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub księga rejestrowa,

3. Kopię dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych, poświadczoną „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta lub przez notariusza:

- kopia dyplomu ukończenia studiów lub kopia dyplom ukończenia średniej szkoły pielęgniarstwa
- prawa wykonywania zawodu;
- kopia dyplom uzyskania tytułu specjalisty pielęgniarstwa rodzinnego lub zaświadczenie (certyfikat) ukończenia kursu kwalifikacyjnego z pielęgniarstwa rodzinnego;
- informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego, zgodnie z przepisami art. 21 ust. 3-8 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz.560).

4. Oświadczenie Oferenta o posiadaniu minimum pięcioletniego doświadczenia w wykonywaniu zawodu pielęgniarki sporządzone zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik **Nr 4**.

5. Zobowiązanie (**pkt 4 załącznika nr 3**) do przedstawienia (najpóźniej w dniu podpisania umowy) kopii umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanego świadczenia zdrowotnego, poświadczoną „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta lub przez notariusza.

§ 8

OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent przystępujący do konkursu zobowiązany jest złożyć Udzielającemu zamówienia ofertę w formie pisemnej (pod rygorem nieważności) na formularzach stanowiących załączniki do szczegółowych warunków konkursu ofert. Oferent wypełnia ofertę tylko na wybrany przez siebie rodzaj świadczenia.
2. Oferta powinna być czytelna, sporządzona w języku polskim, wskazane jest napisanie oferty na komputerze.
3. W przypadku, gdy oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika do oferty powinno być załączone wystawione i podpisane przez Oferenta pełnomocnictwo do reprezentowania Oferenta w toku postępowania konkursowego (ewentualnie do zawarcia umowy).
4. Wszystkie strony oferty powinny być podpisane przez oferenta lub osobę upoważnioną /pełnomocnika /.
5. Poprawki mogą być dokonywane tylko poprzez przekreślenie błędnego zapisu, umieszczenie obok niego treści poprawnej i opatrzenie podpisem osoby uprawnionej do dokonania korekty (Oferenta lub upoważnionego pełnomocnika).
6. Cena ofertowa powinna być podana cyfrowo i słownie w PLN.
7. Ofertę należy złożyć w nieprzejrzywej i zamkniętej kopercie w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert.
8. Koperta powinna być zaadresowana do Udzielającego zamówienie na adres: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław oraz powinna posiadać

następujące oznaczenie: „**Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego w Przychodni MSWiA we Wrocławiu**”.

9. Składający ofertę otrzyma potwierdzenie zawierające datę złożenia oferty oraz numer kolejny w rejestrze ofert.

10. Oferty przesłane drogą pocztową będą traktowane jako złożone w terminie jeżeli wpłyną do Udzielającego zamówienia do **dnia 28.04.2026 r. do godz. 14.00**.

11. Oferent może wycofać złożoną przez siebie ofertę przez upływem terminu składania ofert. Udzielający zamówienia odnotowuje wycofanie oferty w rejestrze ofert.

12. Po upływie terminu składania ofert, Oferent jest związany ofertą w ciągu 30 dni od upływu terminu składania ofert.

13. Po zakończeniu postępowania konkursowego, oferty złożone Udzielającemu zamówienia wraz z wszelkimi załączonymi dokumentami nie podlegają zwrotowi.

TRYB OTWIERANIA OFERT

§ 9

1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Zamawiający powoła komisję konkursową.
2. Komisja składać się będzie co najmniej z trzech osób, spośród których Udzielający zamówienie wyznaczy Przewodniczącego.
3. Członek Komisji Konkursowej podlega wyłączeniu od udziału w Komisji, gdy oferentem jest:
 - 1) jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia,
 - 2) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
 - 3) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
 - 4) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej.
4. Dyrektor SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu w sytuacji, o której mowa w ust. 3 dokonuje wyłączenia i powołuje nowego członka Komisji Konkursowej.
5. Komisja Konkursowa rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

§ 10

1. Otwarcie ofert jest jawne i nastąpi w miejscu i terminie wskazanym w ogłoszeniu **tj. w dniu 28.04.2026 r., o godz. 14.30**, w auli SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu, przy ul. Ołbińskiej 32.
2. Podczas otwarcia kopert z ofertami, oferenci mogą być obecni oraz mogą składać wyjaśnienia i oświadczenia do protokołu.
3. Komisja konkursowa w części jawnej ogłasza obecnym oferentom, które z ofert będą brały udział w konkursie, a które zostają odrzucone.
4. Odrzuceniu podlegają oferty nie odpowiadające warunkom określonym w „Szczegółowych Warunkach Konkursu” tj.:
 - oferty zawierające nieprawdziwe informacje,

- Oferent nie podał w ofercie ceny świadczeń,
- Oferent nie złożył formularza ofertowego,
- oferta została złożona po wyznaczonym terminie.

5. Komisja konkursowa wzywa Oferentów do uzupełnienia dokumentów, jeśli oferta zawiera braki formalne lub jeśli Oferent nie przedstawił wymaganych dokumentów i wyznacza termin dostarczenia dokumentów lub usunięcia braków formalnych w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

6. Ocena i wybór najkorzystniejszej oferty następuje w części niejawnego konkursu. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do wyboru większej ilości ofert odpowiadających potrzebom Udzielającego zamówienia w celu zabezpieczenia prawidłowego wykonania świadczeń zdrowotnych.

7. W części niejawnego konkursu ofert komisja może przeprowadzić negocjacje z Oferentami w celu ustalenia korzystniejszej ceny za udzielanie świadczeń zdrowotnych.

8. Udzielający zamówienia zaprosi w formie pisemnej, telefonicznie lub e-mailowo wybranych Oferentów do podpisania umów.

§ 11

Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty komisja konkursowa kieruje się następującymi kryteriami:

- cena za udzielanie świadczeń. / 100 % /

§ 12

Z przebiegu konkursu sporządza się protokół, który powinien zawierać:

- 1) oznaczenie miejsca i czasu rozpoczęcia i zakończenia konkursu,
- 2) imiona i nazwiska członków Komisji Konkursowej,
- 3) wykaz zgłoszonych ofert,
- 4) informację czy oferty odpowiadały warunkom określonym w konkursie,
- 5) informację ile ofert nie odpowiadało warunkom określonym w konkursie lub zgłoszonych po terminie,
- 6) ewentualne wyjaśnienia i oświadczenia oferentów,
- 7) wskazanie najkorzystniejszych dla Udzielającego Zamówienia ofert albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta – wraz z uzasadnieniem,
- 8) ewentualne odrębne stanowisko członka Komisji Konkursowej,
- 9) wzmiankę o odczytaniu protokołu,
- 10) podpisy członków Komisji.

POUCZENIE O ŚRODKACH ODWOŁAWCZYCH

§ 13

Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo swobodnego wyboru oferty, możliwość do odwołania konkursu ofert bez podania przyczyny oraz do przesunięcia terminu składania, otwarcia, rozstrzygnięcia ofert.

§ 14

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu zakończenia postępowania oferent może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni

roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

2. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

3. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie ulega zawieszeniu.

4. W przypadku stwierdzenia przez Komisję oczywistej bezzasadności protestu postępowanie nie ulega zawieszeniu.

5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

6. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu Komisja niezwłocznie zamieszcza na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.

7. Oferentowi przysługuje prawo do wniesienia do Dyrektora SPZOZ MSWiA odwołania od rozstrzygnięcia konkursu ofert, w terminie 7 dni od dnia jego ogłoszenia. Odwołanie wniesione po terminie podlega odrzuceniu.

8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

ZAWARCIE UMOWY

§ 15

1. Udzielający zamówienia zawiera umowy z oferentami, których oferty wybrano w konkursie, w terminie do 14 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

2. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta z uwzględnieniem postanowień zawartych w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16

W sprawach nie uregulowanych w „Szczegółowych warunkach konkursu” mają zastosowanie przepisy :

- ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026.156 ze zm.),

- ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2025.1461 ze zm.),

- kodeksu cywilnego,

- Udzielający zamówienia wprowadził Procedurę zgłoszeń wewnętrznych – zarządzenie wewnętrzne nr 125/2024 z dnia 25.09.2024 r. Dyrektora SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu, które zostało udostępnione na stronie internetowej Udzielającego zamówienia: www.spzozmswia.wroclaw.pl

Załączniki:

1. Formularz ofertowy
2. Oferta cenowa.
3. Oświadczenie oferenta x3
4. Wzór umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne wraz z załącznikami.

Poniżej wzory dokumentów do pobrania.

Formularz ofertowy:

na udzielanie świadczeń zdrowotnych **w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego** w Przychodni MSWiA we Wrocławiu.

Dane Oferenta:

1. Nazwa/ nazwisko i imię.....
2. Siedziba:
3. Prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą:
-
4. NIPREGON.....
5. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
6. NR PESEL
7. Nr prawa wyk. zawodu:
8. Rodzaj specjalizacji:
9. Nr telefonu:.....e-mail:

Do oferty załączam:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

.....

(miejsowość)

.....

(data)

.....

(podpis Oferenta)

Oferata cenowa Oferenta :

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego w Przychodni MSWiA we Wrocławiu.

1. Proponowana stawka brutto (cena) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

wynosizł brutto, słownie zł.:

.....

(miejscowość)

.....

(data)

.....

(podpis Oferenta)

Oświadczenie oferenta:

1. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia o konkursie i z treścią szczegółowych warunków postępowania i nie zgłaszam zastrzeżeń .
2. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z wzorem umowy i wyrażam zgodę na zawarcie umowy na warunkach określonych we wzorze umowy w przypadku wybrania mojej oferty.
3. Oświadczam, że nie byłem/am/ karany /a/ i nie jest prowadzone wobec mnie żadne postępowanie karne. Jednocześnie oświadczam, iż znane mi są przepisy o odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy (art. 271 § 1 k.k.).
4. Oświadczam, że nie znajduję się w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, o którym mowa w ustawie z dnia 13 maja 2016 roku o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.
5. Zobowiązuję się do przedstawienia (najpóźniej w dniu podpisania umowy) kopii umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanego świadczenia zdrowotnego.
6. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu, dla potrzeb niezbędnych do realizacji konkursu ofert.
8. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych i z procedurami dotyczącymi ochrony danych osobowych w SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu.

.....

(miejsowość)

.....

(data)

.....

(podpis Oferenta)

Oświadczenie Oferenta

Oferent oświadcza, że posiada **minimum pięć lat doświadczenia** w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.

.....

(miejsowość)

.....

(data)

.....

(podpis Oferenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. („RODO”), zostałem/łam poinformowany/a, iż:

Udzielający Zamówienia, tj. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, jest administratorem moich danych osobowych i może przetwarzać te dane w celach/na podstawie:

a. przeprowadzenia postępowania konkursowego, a w razie wyboru oferty – do realizacji umowy, w tym umieszczenia moich danych osobowych w bazie danych Udzielającego Zamówienia w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. 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;

b. związanych z prowadzeniem ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej – w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;

c. ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń - na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych w myśl art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w przypadku pytań lub uwag dotyczących przetwarzania moich danych osobowych. **Dane kontaktowe adres e-mail:** iod@spzozmswia.wroclaw.pl.

Moje dane osobowe mogą zostać ujawnione pracownikom i współpracownikom Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, posiadającym upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych; dostawcom usług technicznych i organizacyjnych dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych) oraz podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu nie planuje przekazywania danych osobowych do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein) i organizacji międzynarodowych.

Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przez odpowiednie przepisy prawa w zakresie przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej lub przez okres przedawnienia roszczeń określony w przepisach prawa.

Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych, prawo sprostowania danych nieprawidłowych i uzupełniania danych niekompletnych oraz prawo do ograniczenia przetwarzania, jak również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia postępowania konkursowego i realizacji umowy w przypadku wyboru oferty.

Nie będę podlegał decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka), a moje dane nie będą wykorzystywane do profilowania.

.....

(miejsowość)

.....

(data)

.....

(podpis Oferenta)

WZÓR UMOWY

UMOWA NR/K/Wr/2026

zawarta w dniupomiędzy

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000104928, adres ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław, NIP 8981803575, REGON: 930856126, BDO 000140932 - zwany dalej "Udzielającym zamówienia", reprezentowany przez: - kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej uprawnionego do reprezentacji „Udzielającego zamówienia” zgodnie z informacją odpowiadającą odpisowi aktualnemu z KRS,

a

....., wykonującą/y indywidualną praktykę pielęgniarską na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod nri wpisaną/ym do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej pod nazwą „.....”, z siedzibą, REGON, NIP zwaną/ym w treści umowy „**Przyjmującym zamówienie**”.

§1

1. Przedmiotem umowy jest na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego w Przychodni MSWiA we Wrocławiu, w tym:

- wnioskowanie o objęcie opieką społeczną,
- doradzanie w sprawach korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej,
- wizyty patronażowe u dzieci powyżej 6. tygodnia życia w środowisku zamieszkania,
- profilaktyczna opieka nad dziećmi do 5. roku życia,
- prowadzenie profilaktyki gruźlicy,
- gromadzenie informacji o stanie zdrowia świadczeniobiorcy i członków jego rodziny z wykorzystaniem metod gromadzenia danych,
- wizyta w domu świadczeniobiorcy u chorych leżących, niepełnosprawnych,
- ocena potrzeb zdrowotnych i zakresu ich realizacji,
- uczestniczenie w rozwiązywaniu problemów pacjenta,
- inicjowanie współpracy z grupami wsparcia,
- realizacja zadań wynikających z procesu pielęgnowania świadczeniobiorcy w różnym stanie zdrowia, w tym przebywającego w domu w stanie terminalnym,
- prowadzenie profilaktyki powikłań wynikających z unieruchomienia pacjenta,
- udzielanie wsparcia w radzeniu sobie w życiu z chorobą i niepełnosprawnością,
- organizowanie pomocy w uzyskaniu sprzętu ortopedycznego i świadczeń socjalnych,
- przygotowanie środowiska rodzinnego do sprawowania opieki nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi,

- udzielanie pomocy medycznej w stanach zagrożenia życia,
- prowadzenie dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości z udzielanych świadczeń,
- udzielanie świadczeń na terenie Przychodni MSWiA we Wrocławiu – zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do wykonywania świadczeń zgodnie z miesięcznym harmonogramem uzgodnionym w porozumieniu z Z-cą Kierownika Przychodni ds. Pielęgniarstwa. Harmonogram udzielania świadczeń stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

3. Przyjmujący zamówienie udziela świadczeń zdrowotnych zgodnie z warunkami szczegółowymi realizacji świadczeń POZ zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2023.1427 ze zm.), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 08 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2025.400), z zarządzeniem 90/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2024 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna ze zmianami oraz w Regulaminie Organizacyjnym Udzielającego Zamówienia.

§ 2

1. Świadczenia zdrowotne wymienione w § 1 Przyjmujący zamówienie wykonywać będzie osobiście.
2. Strony dopuszczają czasową nieobecność Przyjmującego zamówienie, pod warunkiem że Udzielający zamówienia będzie miał możliwość zapewnienia ciągłości pracy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do poinformowania na piśmie Udzielającego zamówienia, co najmniej 30 dni przed planowaną nieobecnością.
4. W sytuacjach nagłych, których Przyjmujący zamówienie nie mógł przewidzieć wcześniej, zobowiązany jest powiadomić Udzielającego zamówienia niezwłocznie po zaistnieniu przyczyny niemożności udzielenia świadczeń.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do dołożenia należytej staranności przy udzielaniu świadczeń będących przedmiotem umowy, postępowania zgodnego z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta oraz zachowaniem ochrony danych osobowych, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, oraz standardami postępowania i zachowaniem właściwych procedur medycznych.
6. W celu zapewnienia prawidłowej opieki nad pacjentami Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest ściśle współpracować z personelem Przychodni MSWiA we Wrocławiu i stosować się do procedur przyjętych u Udzielającego zamówienia.
7. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zapoznał się z procedurami przyjętymi u Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykorzystywać udostępnioną bazę tylko w celu wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych w umowie i tylko na rzecz Udzielającego zamówienia oraz zobowiązuje się do zachowania należytej staranności i dbałości o mienie Udzielającego zamówienia.

§ 3

1. Przez czas obowiązywania niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie ma obowiązek posiadania aktualnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu, z uwzględnieniem chorób zakaźnych, w tym zakażenia wirusem HIV i WZW. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia oc wynosi równowartość w złotych kwoty 30.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz kwoty 150.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń. Kopia polisy ubezpieczeniowej stanowi załącznik do niniejszej umowy. W przypadku utraty ważności polisy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przedłożyć Udzielającemu zamówienia przed upływem ważności polisy, kopię nowej polisy.

2. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność wobec Udzielającego zamówienia i osoby trzeciej, za szkodę wyrządzoną w trakcie bezpośredniego udzielania świadczenia zdrowotnego, będącego przedmiotem niniejszej umowy, o ile powstała z jego winy, w tym współwiny, a w szczególności za zaniechanie lub błąd w sztuce.

3. Strony niniejszej umowy ponoszą odpowiedzialność solidarną, zgodnie z art. 27 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2026.156 ze zm.) za szkodę wyrządzoną osobom trzecim w trakcie bezpośredniego udzielania świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem tej umowy. Jednakże za szkody wyrządzone przez Przyjmującego zamówienie z jego winy Przyjmujący zamówienie w stosunku do Udzielającego zamówienie odpowiada do pełnej wysokości szkody wraz z odsetkami i innymi kosztami.

4. W przypadku roszczenia odszkodowawczego osoby trzeciej z tytułu zdarzenia medycznego dotyczącego świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, Udzielający zamówienie ma prawo zawrzeć z osobą trzecią ugodę pozasądową w celu zadośćuczynienia roszczeniom odszkodowawczym tej osoby, po konsultacji z Przyjmującym zamówienie.

5. Każda ze stron obowiązana jest zawiadomić niezwłocznie drugą o wystąpieniu osoby trzeciej z roszczeniem odszkodowawczym za szkodę będącą następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 4

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada aktualne orzeczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przepisów bhp i p.poż. oraz zarządzeń, instrukcji i innych przepisów porządkowych i organizacyjnych obowiązujących u Udzielającego zamówienia, w tym w szczególności Regulaminu Organizacyjnego.
3. Koszty leczenia poekspozycyjnego ponosi Przyjmujący zamówienie, z zastrzeżeniem art. 41 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r. poz. 1675, ze zm.).

§ 5

Przyjmujący zamówienie w ramach niniejszej umowy wykonuje czynności składające się na samodzielną opiekę pielęgniarską w oparciu o obowiązującą wiedzę i zasady etyki zawodowej.

§ 6

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej udzielanych świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Dokumentacja medyczna stanowi własność Udzielającego zamówienie. Wykonanie kopii dokumentacji medycznej przez Przyjmującego zamówienie może nastąpić wyłącznie za zgodą Udzielającego zamówienie.
3. Przyjmujący zamówienie odpowiedzialny będzie za ochronę danych osobowych zawartych w dokumentacji, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania procedur zapobiegania zakażeniom obowiązujących u Udzielającego zamówienia.
5. Przyjmujący zamówienie obowiązany jest posiadać odpowiednią, wymaganą przepisami obowiązującego prawa, medyczną odzież ochronną, oraz utrzymywać ją w należyтым stanie.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach przedmiotu umowy w zakresie jakości udzielanych świadczeń, posiadanych kwalifikacji na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2025.1461 ze zm.).
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego zamówienie w zakresie udzielanych świadczeń.
8. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zna i uznaje rolę i znaczenie jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjenta dla Udzielającego zamówienia, w tym także wpływu jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjenta na rozliczanie finansowe Udzielającego zamówienia z płatnikami. Przyjmujący zamówienie zapewnia możliwość przeprowadzenia przez NFZ lub inne podmioty lub organy lub osoby przez nie upoważnione do wszelkich postępowań i czynności prowadzonych z udziałem Udzielającego zamówienia na podstawie ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692), w tym w szczególności wizyt autoryzacyjnych oraz przeglądów akredytacyjnych. Każdorazowe utrudnienie przez Przyjmującego zamówienie wykonania czynności przez NFZ lub inne podmioty i organy, może stanowić podstawę do odstąpienia od umowy przez Udzielającego zamówienia bez potrzeby wzywiania Przyjmującego zamówienie do jej realizacji wraz z obowiązkiem Przyjmującego zamówienie do zapłaty na rzecz Udzielającego zamówienia kary umownej w wysokości 5 tysięcy zł. Kara umowna może być potrącona z każdą wierzytelnością Przyjmującego zamówienie, na co Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę.

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie przy wykonywaniu obowiązków wynikających z niniejszej umowy korzysta bezpłatnie z:

- a) bazy lokalowej Udzielającego zamówienia,
 - b) aparatury i sprzętu medycznego Udzielającego zamówienia,
 - c) leków i materiałów opatrunkowych Udzielającego zamówienia,
 - d) sprzętu jednorazowego użytku.
2. Korzystanie z wyżej wymienionych środków może odbywać się w zakresie niezbędnym do świadczenia objętych niniejszą umową świadczeń zdrowotnych.
 3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zna zasady użytkowania aparatury i sprzętu, i zobowiązuje się używać sprzęt, aparaturę i inne środki w sposób odpowiadający ich właściwościom i przeznaczeniu, zgodnie z instrukcją obsługi i przepisami BHP oraz dołożyć najwyższej staranności przy jego eksploatacji.
 4. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność materialną za szkodę wyrządzoną niewłaściwym użytkowaniem aparatury i sprzętu, w tym sprzętu medycznego.

§ 8

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy przez zapłatę kar umownych na następujących zasadach i wysokościach:

1/ Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienia karę umowną - w wysokości 1000 zł za jedno naruszenie polegające w szczególności na::

a/ braku powiadomienia Udzielającego zamówienia o niemożności udzielenia świadczeń w terminie określonym w miesięcznym harmonogramie,

b/ nie udzielenia świadczeń zdrowotnych bez uzyskania zgody przez Udzielającego zamówienia na czasową nieobecność Przyjmującego zamówienie,

c/ niewłaściwego wypełniania dokumentacji medycznej, w szczególności umieszczanie danych medycznych niezgodnych ze stanem rzeczywistym, nieczytelnych, sprzecznych z przepisami prawa albo wytycznymi upoważnionych właściwych organów,

d/ w przypadku braku stosowania przez Przyjmującego zamówienie przepisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U.2023, poz. 2465) oraz rozporządzeń wykonawczych do w/w ustawy.

2/ Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienia karę umowną za rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po jego stronie – w wysokości równej kwocie 7.000,00 zł (słownie zł.: siedem tysięcy).

2. Jeżeli na skutek niewykonania lub niewłaściwego wykonania niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie Udzielający zamówienie poniesie szkodę, której wysokość przekracza wysokość zastrzeżonych kar umownych, Udzielający zamówienie zastrzega możliwość dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych, do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.

3. Kara umowna płatna jest w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do jej zapłaty.

4. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na potrącenie przez Udzielającego zamówienia kary umownej z przysługującego wynagrodzenia.

5. W przypadku naruszenia przez Przyjmującego zamówienie ochrony danych osobowych, Przyjmujący

zamówienie bez zbędnej zwłoki zgłasza naruszenie Udzielającemu zamówienia. Udzielający zamówienia żąda od Przyjmującego zamówienie informacji o podjętych działaniach naprawczych i uruchamia odpowiednią procedurę. W przypadku nałożenia na Udzielającego zamówienia sankcji za wyżej wymienione naruszenie, Udzielający zamówienia obciąża odpowiednio sankcją Przyjmującego zamówienie.

§ 9

1. Z tytułu niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie w wysokości:
-zł **brutto** (słownie zł.:) za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Przyjmujący zamówienie w ramach wynagrodzenia określonego w punkcie 1, bez dodatkowego wynagrodzenia, zobowiązuje się do uczestniczenia w pracach komisji, komitetów lub zespołów działających u Udzielającego zamówienie.
3. Rozliczanie udzielanych świadczeń następować będzie w okresach miesięcznych. Wzór rozliczenia udzielonych świadczeń zdrowotnych stanowi załącznik nr 2 do umowy.
4. Wypłata należności za usługi wykonane na podstawie niniejszej umowy następuje po dostarczeniu przez Przyjmującego Zamówienie prawidłowo wystawionej faktury wraz ze specyfikacją lub grafikiem udzielonych świadczeń, potwierdzonych przez Z-cę Kierownika Przychodni ds. Pielęgniarstwa. Brak przedłożenia wymaganych załączników skutkuje brakiem rozpoczęcia biegu terminu płatności.
5. Faktury wraz ze specyfikacją lub grafikiem powinny być przedkładane Udzielającemu Zamówienia nie później niż do 10 dnia miesiąca następującego po zakończeniu miesiąca obrachunkowego. W przypadku złożenia faktury przed zakończeniem miesiąca, którego dotyczy, przyjmuje się, że została ona złożona w pierwszym dniu roboczym następnego miesiąca.
6. Faktury za wykonane usługi należy dostarczać w sposób oraz do miejsca wskazanego przez Udzielającego Zamówienia, z zastrzeżeniem ust. 8–12.
7. Zapłata należności nastąpi w terminie 30 dni od dnia dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury wraz z kompletem wymaganych załączników, na rachunek bankowy wskazany przez Przyjmującego Zamówienie.
8. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w fakturze lub w specyfikacji/grafiku, Udzielający Zamówienia ma prawo wstrzymać płatność do czasu wyjaśnienia i usunięcia rozbieżności. Jeżeli rozbieżności zostaną wyjaśnione do dnia 20. danego miesiąca, płatność nastąpi zgodnie z terminem, o którym mowa w ust. 5. Po tym terminie płatność nastąpi w terminie 21 dni od dnia dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury.
9. W przypadku złożenia faktury po terminie, o którym mowa w ust. 5, realizacja płatności nastąpi do końca następnego miesiąca kalendarzowego.
10. Strony zgodnie ustalają, że faktury wystawiane w ramach niniejszej umowy mogą być wystawiane jako faktury ustrukturyzowane za pośrednictwem Krajowego Systemu e-Faktur (KSeF), zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

11. W przypadku faktur ustrukturyzowanych wystawianych w KSeF, specyfikacja, grafik lub inne wymagane załączniki, które nie mogą zostać technicznie dołączone w ramach struktury faktury, powinny zostać przekazane Udzielającemu Zamówienia w formie elektronicznej, na następującego maila: rum@spzozmswia.wroclaw.pl w sposób z nim uzgodniony, najpóźniej w dniu wystawienia faktury. Brak przekazania załączników skutkuje uznaniem faktury za niekompletną.

12. Za datę dostarczenia faktury ustrukturyzowanej uznaje się dzień jej skutecznego przesłania do KSeF i nadania jej numeru identyfikującego w tym systemie, z zastrzeżeniem ust. 9.

13. W przypadku awarii KSeF, rozumianej jako brak możliwości wystawienia lub przesłania faktury ustrukturyzowanej z przyczyn niezależnych od Przyjmującego Zamówienie, faktura może zostać wystawiona i doręczona w formie dopuszczonej przepisami prawa oraz przesłana na adres e-mail wskazany przez Udzielającego Zamówienia: faktury@spzozmswia.wroclaw.pl. Po ustaniu awarii Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do niezwłocznego wprowadzenia faktury do KSeF, o ile wymagają tego obowiązujące przepisy.

14. Postanowienia dotyczące terminów płatności stosuje się odpowiednio do faktur ustrukturyzowanych wystawianych w KSeF oraz faktur wystawionych w trybie awaryjnym.

15. W przypadku jednoczesnego lub następującego po sobie złożenia więcej niż jednej faktury obejmującej zaległe okresy rozliczeniowe, Udzielający Zamówienie zastrzega sobie prawo do dokonywania płatności w sposób sukcesywny, według własnych możliwości organizacyjnych i finansowych, nie częściej niż jedną płatność w miesiącu kalendarzowym, aż do całkowitego rozliczenia wszystkich zaległych faktur/rachunków

§ 10

1. Umowa została zawarta na okres od dnia **01.06.2026 r. do dnia 31.05.2028 r.**
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron, za 3 - miesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Umowa może zostać rozwiązana bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku:
 - a/ przez jedną ze stron – gdy druga strona rażąco narusza postanowienia umowy,
 - b/ naruszenia przez Przyjmującego zamówienie istotnych postanowień niniejszej umowy, a w szczególności odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową, udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających,
 - c/ utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień koniecznych do wykonywania przedmiotu umowy lub zawieszenia tych uprawnień,
 - d/ popełnienia przez Przyjmującego zamówienie przy wykonywaniu niniejszej umowy przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem, który uniemożliwia dalszą realizację umowy przez Przyjmującego zamówienie,
 - e/ trwałego zaprzestania przez Udzielającego zamówienia działalności w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy,
 - f/ braku przedłożenia aktualnej, obowiązkowej polisy OC,

g/ gdy zajdą okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwią dalsze jej wykonanie albo nastąpi taka zmiana bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, która wykluczy możliwość kontynuowania umowy.

§ 11

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do noszenia identyfikatora zawierającego imię i nazwisko oraz funkcję/stanowisko. Identyfikator zapewnia Udzielający zamówienia. Za nienoszenie identyfikatora Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest to zapłaty na rzecz Udzielającego zamówienia, z uwagi na wymogi akredytacyjne, kary umownej w kwocie 200 zł. Koszt identyfikatora to 15,00 zł W przypadku zagubienia lub zniszczenia identyfikatora, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest zwrócić Udzielającemu zamówienia jego równowartość, w wysokości określonej w zdaniu poprzedzającym

§ 12

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz informacji i danych pozyskanych w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy w trakcie jej wykonywania jak i po jej zakończeniu.

2. Naruszenie w/w obowiązku spowoduje odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie za wyrządzone szkody dla Udzielającego zamówienia według zasad określonych w Kodeksie cywilnym.

§ 13

1. Wszelkie zmiany warunków umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. Zakazuje się zmian postanowień zawartej umowy oraz wprowadzania nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Udzielającego zamówienia jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego zamówienia, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

4. Zmiana umowy z naruszeniem ust. 2 jest nieważna.

§ 14

Spory mogące wyniknąć na tle stosowania niniejszej umowy Strony rozstrzygają polubownie, a w razie nie osiągnięcia porozumienia poddają pod rozstrzygnięcie Sądu Powszechnego właściwego miejscowo dla Udzielającego zamówienia.

§ 15

Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia, ponoszą solidarnie Przyjmujący zamówienie i Udzielający zamówienia, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2026.156 ze zm.).

§ 16

1. W celu realizacji przedmiotu umowy Udzielający zamówienie udostępni Przyjmującemu zamówienie niezbędne dane osobowe.

2. Przyjmujący zamówienie udostępnione dane osobowe przetwarza na podstawie pisemnego upoważnienia wystawionego przez Udzielającego zamówienie.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do uczestnictwa w szkoleniach z zasad przetwarzania danych osobowych, organizowanym przez Udzielającego zamówienie.
4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zapoznał się z politykami i procedurami ochrony danych osobowych obowiązującymi u Udzielającego zamówienie.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania wszelkich informacji, do których otrzymał dostęp, w poufności, także po ustaniu upoważnienia.
6. Przyjmujący zamówienie realizuje przedmiot umowy w siedzibie Udzielającego zamówienie.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się przetwarzać dane osobowe, do których uzyskał dostęp wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w Umowie i zgodnie z obowiązującymi u Udzielającego zamówienie politykami ochrony danych osobowych.
8. W przypadku stwierdzenia lub podejrzenia naruszenia zasad ochrony danych osobowych, Przyjmujący zamówienie, bez zbędnej zwłoki, informuje o tym Udzielającego zamówienie, w szczególności pisząc na adres email Inspektora Ochrony Danych : iod@spozmswia.wroclaw.pl .
9. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za będące następstwem jego działań lub zaniechań, szkody wyrządzone nieprawidłowym przetwarzaniem danych osobowych, w szczególności za szkody powstałe w przypadku udostępnienia lub ujawnienia danych osobowych osobom nieupoważnionym, przetwarzania z naruszeniem obowiązujących przepisów lub w zakresie niezgodnym z przedmiotem umowy oraz ich utratą, uszkodzeniem, lub zniszczeniem.
10. W przypadku naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych, w ramach realizacji Umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie, w następstwie którego Udzielający zamówienie zostanie zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub ukarany grzywną, prawomocnym wyrokiem lub decyzją właściwego organu, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zwrócenia równowartości odszkodowań lub grzywien poniesionych przez Udzielającego zamówienie.

§ 17

1. W związku z zawarciem i realizacją umowy, Udzielający zamówienie informuje, że będzie przetwarzał dane osobowe Przyjmującego zamówienie.
2. Informacje o zasadach przetwarzania danych Przyjmującego zamówienie przez Udzielającego zamówienie są opublikowane na stronie: <https://spozmswia.wroclaw.pl/rodo-kontrahenci/>.
3. W sprawach dotyczących przetwarzania ww. danych osobowych, Przyjmujący zamówienie może kontaktować się z wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie Inspektorem Ochrony Danych, pisząc na adres e-mail: iod@spozmswia.wroclaw.pl

§ 18

W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2026.156 ze zm.) i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2025.1461 ze zm.).

§ 19

Załączniki nr 1 i 2 stanowią integralną część umowy.

§ 20

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, 1 egzemplarz dla Udzielającego zamówienia i 1 egzemplarz dla Przyjmującego zamówienie.

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

HARMONOGRAM

Poniedziałek	-
Wtorek	-
Środa	-
Czwartek	-
Piątek	-
Sobota	-

.....
(podpis Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR UMOWY ZLEC.)
UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUG

Nr

zawarta dnia 2026 r. we Wrocławiu pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000104928, adres ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław, NIP 8981803575, REGON: 930856126, BDO 000140932 - zwany dalej "Zleceniodawcą", reprezentowany przez:

Jana Mularczyka - kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej uprawnionego do reprezentacji „Zleceniodawcy”, zgodnie z informacją odpowiadającą odpisowi aktualnemu z KRS,

a

Panią/Panem, posiadającą/cym prawo wykonywania zawodu nrP, zamieszkałą/ym: 51-167 Wrocław, Aleja Poprzeczna 66/8, zwaną/ym w treści umowy „Zleceniobiorcą”.

§ 1

1. Zleceniodawca powierza, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do świadczenia usług w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego w Przychodni MSWiA we Wrocławiu, w tym:

- wnioskowanie o objęcie opieką społeczną;
- doradzanie w sprawach korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej;
- wizyty patronażowe u dzieci powyżej 6. tygodnia życia w środowisku zamieszkania;
- profilaktyczna opieka nad dziećmi do 5. roku życia;
- prowadzenie profilaktyki gruźlicy;
- gromadzenie informacji o stanie zdrowia świadczeniobiorcy i członków jego rodziny z wykorzystaniem metod gromadzenia danych;
- wizyta w domu świadczeniobiorcy u chorych leżących, niepełnosprawnych;
- ocena potrzeb zdrowotnych i zakresu ich realizacji;
- uczestniczenie w rozwiązywaniu problemów pacjenta;
- inicjowanie współpracy z grupami wsparcia;
- realizacja zadań wynikających z procesu pielęgnowania świadczeniobiorcy w różnym stanie zdrowia, w tym przebywającego w domu w stanie terminalnym;
- prowadzenie profilaktyki powikłań wynikających z unieruchomienia pacjenta;
- udzielanie wsparcia w radzeniu sobie w życiu z chorobą i niepełnosprawnością;
- organizowanie pomocy w uzyskaniu sprzętu ortopedycznego i świadczeń socjalnych;
- przygotowanie środowiska rodzinnego do sprawowania opieki nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi;
- udzielanie pomocy medycznej w stanach zagrożenia życia;
- prowadzenie dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości z udzielanych świadczeń;
- Zgodnie z art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. Dz.U.2026.15 ze zm.):

w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych samodzielnie ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty oraz ordynować określone wyroby medyczne;

w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, niezbędne do kontynuacji leczenia, zlecenia na wyroby medyczne.

- udzielanie świadczeń na terenie Przychodni MSWiA we Wrocławiu – zgodnie z potrzebami Zleceniodawcy.

2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do wykonywania świadczeń zgodnie z miesięcznym harmonogramem uzgodnionym w porozumieniu z Z-cą Kierownika Przychodni ds. Pielęgniarstwa. Harmonogram udzielania świadczeń stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Zleceniobiorca udziela świadczeń zdrowotnych zgodnie z warunkami szczegółowymi realizacji świadczeń POZ zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2023.1427 ze zm.), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 08 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2025.400), z zarządzeniem 22/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2025 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna ze zmianami oraz w Regulaminie Organizacyjnym Zleceniodawcy.

§ 2

8. Świadczenia zdrowotne wymienione w § 1 Zleceniobiorca wykonywać będzie osobiście.
9. Strony dopuszczają czasową nieobecność Zleceniobiorcy, pod warunkiem, że Zleceniodawca będzie miał możliwość zapewnienia ciągłości pracy.
10. Przed planowaną nieobecnością Zleceniobiorca zobowiązany jest do poinformowania na piśmie Zleceniodawcę, na co najmniej 30 dni przed planowaną nieobecnością.
11. W sytuacjach nagłych, których Zleceniobiorca nie mógł przewidzieć wcześniej, zobowiązany jest powiadomić Zleceniodawcę niezwłocznie po zaistnieniu przyczyny niemożności świadczenia usług.
12. Zleceniobiorca zobowiązuje się do dołożenia należytej staranności przy świadczeniu usług będących przedmiotem umowy, postępowania zgodnego z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta oraz zachowaniem ochrony danych osobowych, zgodnie z wytycznymi ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, oraz standardami postępowania i zachowaniem właściwych procedur medycznych.
13. W celu zapewnienia prawidłowej opieki nad pacjentami Zleceniobiorca zobowiązany jest ściśle współpracować z personelem Przychodni MSWiA we Wrocławiu i stosować się do procedur przyjętych u Zleceniodawcy.
14. Zleceniobiorca oświadcza, że zapoznał się z procedurami przyjętymi u Zleceniodawcy. Zleceniobiorca zobowiązuje się wykorzystywać udostępnioną bazę tylko w celu wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych w umowie i tylko na rzecz Zleceniodawcy oraz zobowiązuje się do zachowania należytej staranności i dbałości o mienie Zleceniodawcy.

§ 3

1. Przez czas obowiązywania niniejszej umowy Zleceniobiorca ma obowiązek posiadania aktualnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu świadczenia usług zdrowotnych w ramach umowy zlecenia, z uwzględnieniem chorób zakaźnych, w tym zakażenia wirusem HIV i WZW. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC wynosi równowartość w złotych kwoty 30.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz kwoty 150.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń. Kopia polisy ubezpieczeniowej stanowi załącznik do niniejszej umowy. W przypadku utraty ważności polisy, Zleceniobiorca zobowiązany jest przedłożyć Zleceniodawcy przed upływem ważności polisy, kopię nowej polisy.
2. Zleceniobiorca ponosi pełną odpowiedzialność wobec Zleceniodawcy i osoby trzeciej, za szkodę wyrządzoną w trakcie bezpośredniego świadczenia usług, będącego przedmiotem niniejszej umowy, o ile powstała z jego winy, w tym współwiny, a w szczególności za zaniedbanie lub błąd w sztuce.
3. Strony niniejszej umowy ponoszą odpowiedzialność solidarną, zgodnie z art. 27 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2026.156 ze zm.) za szkodę wyrządzoną osobom trzecim w trakcie bezpośredniego świadczenia usług będących przedmiotem tej umowy. Jednakże za szkody wyrządzone przez Zleceniobiorcę z jego winy Zleceniobiorca w stosunku do Zleceniodawcy odpowiada do pełnej wysokości szkody wraz z odsetkami i innymi kosztami.
4. W przypadku roszczenia odszkodowawczego osoby trzeciej z tytułu zdarzenia medycznego dotyczącego świadczonych usług objętych niniejszą umową, Zleceniodawca ma prawo zawrzeć z osobą trzecią ugodę pozasądową w celu zadośćuczynienia roszczeniom odszkodowawczym tej osoby, po konsultacji ze Zleceniobiorcą.
5. Każda ze stron obowiązana jest zawiadomić niezwłocznie drugą o wystąpieniu osoby trzeciej z roszczeniem odszkodowawczym za szkodę będącą następstwem świadczonych usług albo niezgodnego z prawem zaniechania świadczenia usług.

§ 4

1. Zleceniobiorca oświadcza, że posiada aktualne orzeczenie lekarskie o zdolności do świadczenia usług objętych niniejszą umową.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przepisów bhp i p.poż. oraz zarządzeń, instrukcji i innych przepisów porządkowych i organizacyjnych obowiązujących u Zleceniodawcy, w tym w szczególności Regulaminu Organizacyjnego Zleceniodawcy

§ 5

1. Zleceniodawca zobowiązuje się zapewnić Zleceniobiorcy dostęp do dokumentacji medycznej tych pacjentów, którzy objęci są świadczeniem usług medycznych przez Zleceniobiorcę z zastrzeżeniem, iż wykorzystane one będą tylko do należytego wykonania świadczonych usług.
2. Zleceniodawca zapewnia odpowiednie druki niezbędne do prowadzenia dokumentacji medycznej.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej udzielanych świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Dokumentacja medyczna stanowi własność Zleceniodawcy. Wykonanie kopii dokumentacji medycznej przez Zleceniobiorcę może nastąpić wyłącznie za zgodą Zleceniodawcy.
5. Zleceniobiorca odpowiedzialny będzie za ochronę danych osobowych zawartych w dokumentacji, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.
6. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania procedur zapobiegania zakażeniom obowiązujących u Zleceniodawcy.
7. Zleceniobiorca obowiązany jest posiadać odpowiednią, wymaganą przepisami obowiązującego prawa, medyczną odzież ochronną, oraz utrzymywać ją w należyłym stanie.
8. Zleceniobiorca zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez Zleceniodawcę w zakresie świadczonych usług.
9. Zleceniobiorca zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach przedmiotu umowy w zakresie jakości świadczonych usług i posiadanych kwalifikacji oraz na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2025.1461 ze zm.).
10. Zleceniobiorca oświadcza, że zna i uznaje rolę i znaczenie jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjenta dla Zleceniodawcy, w tym także wpływu jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjenta na rozliczanie finansowe Zleceniodawcy z płatnikami. Zleceniobiorca zapewnia możliwość przeprowadzenia przez NFZ lub inne podmioty lub organy lub osoby przez nie upoważnione do wszelkich postępowań i czynności prowadzonych z udziałem Zleceniodawcy na podstawie ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692), w tym w szczególności wizyt autoryzacyjnych oraz przeglądów akredytacyjnych. Każdorazowe utrudnienie przez Zleceniobiorcę wykonania czynności przez NFZ lub inne podmioty i organy, może stanowić podstawę do odstąpienia od umowy przez Zleceniodawcę bez potrzeby wzywania Zleceniobiorcy do jej realizacji wraz z obowiązkiem Zleceniobiorcy do zapłaty na rzecz Zleceniodawcy kary umownej w wysokości 5 tysięcy zł. Kara umowna może być potrącona z każdą wierzytelnością Zleceniobiorcy, na co Zleceniobiorca wyraża zgodę.

§ 6

Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy przez zapłatę kar umownych na następujących zasadach i wysokościach:

1/Zleceniobiorca zapłaci Zleceniodawcy karę umowną - w wysokości 700 zł za jedno naruszenie polegające w szczególności na:

- a/ braku powiadomienia Zleceniodawcy o niemożności Świadczenia usług w terminie określonym w miesięcznym harmonogramie,
- b/ nie udzielenia świadczeń zdrowotnych bez uzyskania zgody przez Zleceniodawcę na czasową nieobecność Zleceniobiorcy,
- c/ niewłaściwego wypełniania dokumentacji medycznej, w szczególności umieszczanie danych medycznych niezgodnych ze stanem rzeczywistym, nieczytelnych, sprzecznych z przepisami prawa albo wytycznymi upoważnionych właściwych organów,
- d/ w przypadku braku stosowania przez Zleceniobiorcę przepisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U.2023, poz. 2465) oraz rozporządzeń wykonawczych do w/w ustawy.

2/Zleceniobiorca zapłaci Zleceniodawcy karę umowną za rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po jego stronie – w wysokości równej kwocie 5.000,00 zł (słownie zł.: pięć tysięcy).

3/ Jeżeli na skutek niewykonania lub niewłaściwego wykonania niniejszej umowy przez Zleceniobiorcę Zleceniodawca poniesie szkodę, której wysokość przekracza wysokość zastrzeżonych kar umownych, Zleceniodawca zastrzega możliwość dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych, do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.

4/ Kara umowna płatna jest w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do jej zapłaty.

5/ Zleceniobiorca wyraża zgodę na potrącenie przez Zleceniodawcę kary umownej z przysługującego wynagrodzenia.

6 W przypadku naruszenia przez Zleceniobiorcę ochrony danych osobowych, Zleceniobiorca bez zbędnej zwłoki zgłasza naruszenie Zleceniobiorcy. Zleceniodawca żąda od Zleceniobiorcy informacji o podjętych działaniach naprawczych i uruchamia odpowiednią procedurę. W przypadku nałożenia na Zleceniodawcę sankcji za wyżej wymienione naruszenie, Zleceniodawca obciąża odpowiednio sankcją Zleceniobiorcę.

§ 7

1. W celu realizacji przedmiotu umowy Zleceniodawca udostępni Zleceniobiorcy niezbędne dane osobowe.
2. Zleceniobiorca udostępnione dane osobowe przetwarza na podstawie pisemnego upoważnienia wystawionego przez Zleceniodawcę.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do uczestnictwa w szkoleniach z zasad przetwarzania danych osobowych, organizowanych przez Zleceniodawcę.
4. Zleceniobiorca oświadcza, że zapoznał się z politykami i procedurami ochrony danych osobowych obowiązującymi u Zleceniodawcy.
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania wszelkich informacji, do których otrzymał dostęp, w poufności, także po ustaniu upoważnienia.
6. Zleceniobiorca realizuje przedmiot umowy w siedzibie Zleceniodawcy.
7. Zleceniobiorca zobowiązuje się przetwarzać dane osobowe, do których uzyskał dostęp wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w Umowie i zgodnie z obowiązującymi u Zleceniodawcy politykami ochrony danych osobowych.
8. W sprawach dotyczących przetwarzania ww. danych osobowych, Zleceniobiorca może kontaktować się z wyznaczonym przez Zleceniodawcę Inspektorem Ochrony Danych, pisząc na adres e-mail: iod@spzozmswia.wroclaw.pl
9. W przypadku stwierdzenia lub podejrzenia naruszenia zasad ochrony danych osobowych, Zleceniobiorca, bez zbędnej zwłoki, informuje o tym Zleceniodawcę, w szczególności pisząc na adres email Inspektora Ochrony Danych : iod@spzozmswia.wroclaw.pl .
10. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność za będące następstwem jego działań lub zaniechań, szkody wyrządzone nieprawidłowym przetwarzaniem danych osobowych, w szczególności za szkody powstałe w przypadku udostępnienia lub ujawnienia danych osobowych osobom nieupoważnionym, przetwarzania z naruszeniem obowiązujących przepisów lub w zakresie niezgodnym z przedmiotem umowy oraz ich utratą, uszkodzeniem, lub zniszczeniem.
11. Informacje o zasadach przetwarzania danych Zleceniobiorcy przez Zleceniodawcę są opublikowane na stronie: <https://spzozmswia.wroclaw.pl/rodo-kontrahenci/>.

§ 8

1. Umowa została zawarta na okres od dnia2026 r. do dnia r.
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron, za 3 - miesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Umowa może zostać rozwiązana bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku:
 - a/ przez jedną ze stron – gdy druga strona rażąco narusza postanowienia umowy,
 - b/ naruszenia przez Zleceniobiorcę istotnych postanowień niniejszej umowy, a w szczególności odmowy świadczenia usług objętych umową, świadczenia usług w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających,
 - c/ utraty przez Zleceniobiorcę uprawnień koniecznych do wykonywania przedmiotu umowy lub zawieszenia tych uprawnień,
 - d/ popełnienia przez Zleceniobiorcę przy wykonywaniu niniejszej umowy przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem, który uniemożliwia dalszą realizację umowy przez Zleceniobiorcę,
 - e/ braku przedłożenia aktualnej, obowiązkowej polisy OC,
 - f/ gdy zajdą okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają dalsze jej wykonanie albo nastąpi taka zmiana bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, która wykluczy możliwość kontynuowania umowy.

§ 9

1. Z tytułu niniejszej umowy Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie w wysokości: **zł brutto** (słownie złotych:^{00/100}) za każdą godzinę świadczenia usług, zgodnie z potrzebami Zleceniodawcy.
2. Wypłata wynagrodzenia nastąpi na podstawie rachunku wystawionego przez Zleceniobiorcę i dostarczonego Zleceniodawcy do dnia **05 - go** następnego miesiąca, po miesiącu świadczenia usług określonych w § 1, przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Zleceniobiorcę, w terminie zapłaty do dnia 15 – go, w miesiącu otrzymania rachunku. W przypadku opóźnienia w dostarczeniu rachunku Zleceniodawcy, zapłata za świadczone usługi nastąpi w ciągu 15 dni od otrzymania rachunku.
3. Do rachunku Zleceniobiorca zobowiązany jest dołączyć rozliczenie świadczonych usług, stanowiące załącznik nr 2 do niniejszej umowy, potwierdzony przez Pielęgniarkę Oddziałową oraz Naczelną Pielęgniarkę.

§ 9

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonania zlecenia w siedzibie Zleceniodawcy w okresie, o którym mowa w § 8.
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przestrzegania przepisów:
 - ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej,
 - ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§ 10

1. W celu realizacji niniejszej umowy Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy obowiązujących w SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu. W szczególności Zleceniobiorca zobowiązuje się:
 - 1) znać przepisy i zasady bezpieczeństwa i higieny pracy, brać udział w szkoleniu (instruktażu) z tego zakresu,
 - 2) świadczyć usługi określone w § 1 w sposób zgodny z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz stosować się do wydawanych w tym zakresie poleceń i wskazówek z uwzględnieniem występujących zagrożeń, znać występujące ryzyko zawodowe występujące podczas świadczenia usług,
 - 3) dbać o należyty stan urządzeń, narzędzi i sprzętu oraz o porządek i ład w miejscu świadczenia usług określonych w § 1,
 - 4) stosować środki ochrony indywidualnej wymagane przy świadczeniu usług określonych w § 1,
 - 5) dostarczyć aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług określonych przez Zleceniodawcę,
 - 6) niezwłocznie zawiadomić Zleceniodawcę o zauważonym na terenie Zakładu wypadku albo zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego oraz ostrzec inne osoby znajdujące się w rejonie zagrożenia, o grożącym im niebezpieczeństwie,
 - 7) współdziałać ze Zleceniodawcą w wypełnianiu obowiązków dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy.
 - 8) przedstawić Zleceniodawcy zaświadczenie o posiadanych kwalifikacjach i uprawnieniach - stosownie do wykonywania zleconych usług.

§ 11

Zleceniobiorca zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach danych mających wpływ na opłacenie składek ZUS i podatku dochodowego.

W przypadku nieprzekazania informacji o zmianie w/w danych, Zleceniobiorca zobowiązuje się do zwrotu Zleceniodawcy opłaconych składek ZUS i podatku dochodowego wraz z odsetkami w wysokości odsetek od zaległości podatkowej.

§ 12

Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia, ponoszą solidarnie Przyjmujący zamówienie i Udzielający zamówienia, zgodnie z ustawą

z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2026.156 ze zm.).

§ 13

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy dla swej ważności wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności tych zmian.
2. Zakazuje się zmian postanowień zawartej umowy oraz wprowadzania nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Zleceniobiorcy jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Zleceniobiorcy, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
3. Zmiana umowy z naruszeniem ust. 2 jest nieważna.

§ 14

W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2026.156 ze zm.) i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2025.1461 ze zm.).

§ 15

W sprawach spornych strony mogą poddać się rozstrzygnięciu Sądu Powszechnego właściwego miejscowo dla siedziby Zleceniodawcy.

§ 16

Umowa zawarta została w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, 1 egz. dla Zleceniobiorcy, 2 egz. dla Zleceniodawcy.

.....
/ Zleceniobiorca/

.....
/Zleceniodawca/

HARMONOGRAM

Poniedziałek	-
Wtorek	-
Środa	-
Czwartek	-
Piątek	-
Sobota	-

.....
/podpis Zleceniobiorcy/

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY 2026 r.

1. Dane osobowe

Nazwisko Imiona 1. 2.

Data urodzenia

Obywatelstwo.....

PESEL lub NIP

Numer **PESEL** – w przypadku podatników będących osobami fizycznymi objętymi rejestrem PESEL nieprowadzących działalności gospodarczej lub niebędących zarejestrowanymi podatnikami od towarów i usług; **NIP** – w przypadku pozostałych podmiotów podlegających obowiązkowi ewidencyjnemu.

Nr karty stałego pobytu (dla obcokrajowców)

2. Adres zameldowania

Województwo Powiat Gmina

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

3. Adres zamieszkania

Województwo Powiat Gmina

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

4. Adres do korespondencji (gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania)

Województwo Powiat Gmina/dzielnica

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

5. Urząd skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-8B)

Nazwa i adres

6. Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

7. Oświadczenie w celu ustalenia potrącenia składek ZUS na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne:

Oświadczam, że jako Zleceniobiorca:

Jestem: emerytem tak nie
rencistą tak nie

Jeśli wpisano Tak, to wpisać numer świadczenia i Oddział ZUS i datę przyznania

.....
.....

8. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności tak nie

Jeśli wpisano TAK, określić orzeczony stopień niepełnosprawności

9. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu (właściwie zakreślić znakiem X):

- Stosunku pracy
- Członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych
- Stosunku służby w WP, Policji, UOP, SG, PSW, SW, SC
- Wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy
- Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko
- Wykonywania pracy nakładczej
- Z innego tytułu (określić tytuł _____)
- Nie jestem nigdzie zatrudniony(a)

Równocześnie oświadczam, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne emerytalne

i rentowe z tytułu stosunku pracy u w/w pracodawcy w przeliczeniu na okres miesiąca jest

- niższa od kwoty 4806,00 zł brutto
- równa lub wyższa kwocie 4806,00 zł brutto.

10. Zleceniobiorca jest studentem do 26-go roku życia tak nie

11. Oświadczenie dla powiatowego urzędu pracy

Zleceniobiorca oświadcza, iż pozostaje w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w

tak nie

12. Oświadczenie dla celów dobrowolnego ubezpieczenia społecznego/chorobowego

- WNOSZĘ
- NIE WNOSZĘ

o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym/chorobowym.

13. Telefon kontaktowy.....

14. Numer Rachunku

bankowego.....

OŚWIADCZAM, IŻ WSZYSTKIE INFORMACJE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM, A ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA ZA PODANIE INFORMACJI NIEZGODNYCH Z PRAWDĄ LUB ICH ZATAJENIE JEST MI ZNANA.

UPOWAŻNIAM ZLECENIODAWCĘ DO DOKONANIA W MOIM IMIENIU ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO I/LUB SPOŁECZNEGO, O ILE WYKONYWANIE PRZEZE MNIE UMOWY ZLECENIA PODLEGAĆ BĘDZIE TYM UBEZPIECZENIOM ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI.

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO NIEZWŁOCZNEGO POINFORMOWANIA ZLECENIODAWCY O WSZELKICH ZMIANACH DOTYCZĄCYCH TREŚCI NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA ORAZ PRZEJMĘ ODPOWIEDZIALNOŚĆ Z TYTUŁU NIEDOTRZYMANIA POWYŻSZEGO ZOBOWIĄZANIA.

W PRZYPADKU PODANIA BŁĘDNYCH INFORMACJI LUB NIEPRZEKAZANIA INFORMACJI O ZMIANIE DANYCH MAJĄCYCH WPŁYW NA OPLACENIE SKŁADEK ZUS I PODATKU DOCHODOWEGO ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO ICH ZWROTU ZLECENIODAWCY WRAZ Z ODSETKAMI .

.....
.....
(data i czytelny podpis Zleceniobiorcy)

1. RACHUNEK DO UMOWY ZLECENIA

wystawiony w dnia

przez **Zleceniobiorcę:**

.....

(imię i nazwisko)

zamieszkałego/ą w przy ul.

Dla **Zleceniodawcy:**

SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu, ul. Olbińska 32, 50-233 Wrocław

stosownie do umowy zlecenia z dnia proszę o wypłacenie kwoty brutto:

1.* Ustalonej jako iloczyn wykazanych przeze mnie godzin i stawki godzinowej wynikającej z Umowy

2.* Wynikającej z Umowy (dla określonych stałą miesięczną stawką)

***niepotrzebne skreślić**

Tytułem wykonania pracy w

postaci.....

.....

....

.....

(podpis **Zleceniobiorcy**)

Zlecenie wykonano i przyjęto dnia.....

.....

(data i podpis **bezpośredniego przełożonego**)

Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym

(data i podpis **Sekcja Płac**)

Akceptuję do wypłaty kwotęzł (słownie:

.....)

.....

(data i podpis **Głównego Księgowego**)

.....

(data i podpis **osoby upoważnionej**)

UWAGA

ZALĄCZNIKIEM DO NINIEJSZEGO RACHUNKU JEST WYPEŁNIONA PRZEZ ZLECENIOBIORCĘ EWIDENCJA GODZIN WYKONYWANIA UMOWY ZLECENIA POTWIERDZONA PRZEZ PRZEŁOŻONEGO

Załącznik nr 1 do rachunku

Ewidencja godzin wykonywania umowy zlecenia nr zawartej w dniu r.

Miesiąc: 20..... r.

Nazwisko i imię Zleceniobiorcy:

Dzień miesiąca	Liczba godzin wykonywania umowy zlecenia	Uwagi
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
Liczba godzin wykonywania umowy zlecenia ogółem:		

Podpis Zleceniobiorcy

Podpis Z-cy Kierownika Przychodni ds.
Pielęgniarstwa

.....

.....