**UMOWA KONTRAKTOWA nr …………………….**

Zawarta w dniu **……………… roku**, w Warszawie pomiędzy:

**Warszawskim Szpitalem Południowym spółką z ograniczoną odpowiedzialnością** z siedzibą w Warszawie przy ul. Rtm. Witolda Pileckiego 99, 02-781 Warszawa, wpisaną do rejestru przedsiębiorców   
Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000368174, NIP 5252491419,   
REGON 142628955,reprezentowaną przez**: Agatę Kusz-Rynkun - Dyrektor Medyczną,**działającą na podstawie pełnomocnictwa z dnia 20 grudnia 2022 roku udzielonego przez   
**Prezesa Zarządu - Artura Krawczyka** zwaną dalejzwaną dalej **„Szpitalem”,**

a

Panią/nem **………………………**,prowadzącą/cym działalność gospodarczą pod nazwą: ………………, pod adresem: ………………., posiadającą/cym prawo wykonywania zawodu lekarza nr ………… wydane przez Okręgową Izbę Lekarską w …………, PESEL: ……………, NIP: ………………., REGON: ………………..

zwaną dalej **„Usługodawcą”**.

**STRONY NINIEJSZYM POSTANOWIAJĄ, CO NASTĘPUJE:**

1. **PRZEDMIOT UMOWY**
   1. Przedmiotem Umowy, jest świadczenie przez Usługodawcę na rzecz Szpitala usług medycznych   
      za wynagrodzeniem ustalonym zgodnie z § 2 Umowy.
   2. Usługi będące przedmiotem niniejszej umowy będą świadczone w ramach następującej jednostki Szpitala: **Zakład Patomorfologii**, znajdującej się pod adresem:   
      ul. Rtm. W. Pileckiego 99, 02-781 Warszawa.
2. **WYNAGRODZENIE**
   1. Za wykonane Usługi Szpital zapłaci Usługodawcy wynagrodzenie miesięczne w kwocie stanowiącej iloczyn udokumentowanej liczby wykonanych sekcji zwłok i stawki za jedną sekcję w wysokości określonej w ust. 2 Umowy.
   2. Stawka za jedną sekcję stanowić będzie kwota 450 brutto. Słownie: (czterysta pięćdziesiąt złotych).
3. **OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**
   1. Umowa zawarta jest na okres od dnia **…………………….** do dnia **…………………….** roku.
4. **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**
   1. Umowę sporządzono w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
   2. Integralną część umowy stanowią Ogólne Warunki Umów o świadczenie usług zdrowotnych   
      w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o.

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Usługodawca** | **W imieniu Szpitala** |