



**WARSZAWSKI
SZPITAL
POŁUDNIOWY**

NIP: 525-24-91-419

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.

ANNA LUKASIK
Prezes Zarządu



podmiot leczniczy
miasta stołecznego
Warszawy

REGON: 142628955

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.

dr n. med. AGATA KUSZ-RYBICKA
Członek Zarządu

WZÓR UMOWY

Dane Udzielającego Zamówienia:

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.

Adres: 02-781 Warszawa, ul. rtm. Witolda Pileckiego 99

REGON: 142628955, NIP: 5252491419

KRS: 0000368174

Kapitał zakładowy 25.070.000,00 zł

Adres internetowy: www.szpitalpoludniowy.pl

e-mail: kadry@szpitalpoludniowy.pl

Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr

zawarta w dniu 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, kapitał zakładowy 25.070.000,00 zł, NIP 5252491419, REGON 142628955, reprezentowaną przez:

[●] – [●]

[●] – [●]

zwaną dalej „**Udzielającym zamówienie**”,

a

Panem/Panią

prowadzącym/prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą „[●]” z siedzibą w [●] przy ul. [●], 00-000 [●] * – jeśli dotyczy

NIP: – jeśli dotyczy

REGON: – jeśli dotyczy

posiadającą wpis do CEIDG – jeśli dotyczy

księga rejestrowa nr – jeśli dotyczy

adresem zamieszkania :

PWZ nr wydane przez

PESEL:

zwanym dalej „**Przyjmującym zamówienie**”.

W wyniku przeprowadzonego **konkursu ofert** zgodnie z Uchwałą nr [●] z dnia [●] r. na podstawie art. 26 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Strony zawierają umowę o następującej treści:

Przedmiot Umowy

§ 1.





1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania **świadczeń zdrowotnych w zakresiea w szczególności np. :**
 - a. **Udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom hospitalizowanym w....**
 - b. **Pełnienia dyżurów medycznych....**
 - c. **Udzielania świadczeń medycznych w ramach pakietu onkologicznego.**
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielenia świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy w czasie i miejscu ustalonym z Udzielającym zamówienia, zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
3. Obowiązkiem Przyjmującego Zamówienie będzie udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ogólnymi warunkami umowy OWU o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
4. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy będą świadczone w ramach następujących jednostek Szpitala:znajdujących się pod adresem:
np. ul. Rtm. W. Pileckiego 99, Warszawa;
Np. ul. Solec 99, Warszawa.

Wynagrodzenie za realizację zamówienia

§ 2.

1. Za realizację przedmiotu umowy Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał miesięczne wynagrodzenie w wysokości liczonej jako iloczyn zrealizowanych np. godzin i stawki za jedną godzinę (brutto) tj.: **złoty** (słownie:).
2. Wynagrodzenie zostanie wypłacone za świadczenia rzeczywiście wykonane i sprawozdane zgodnie z postanowieniami OWU o udzielenie świadczeń zdrowotnych.
3. Prawidłowo sporządzona faktura/rachunek wraz ze sprawozdaniem z udzielonych świadczeń potwierdzonym przez osobę wskazaną przez Udzielającego Zamówienie winna być przedkładana Udzielającemu Zamówienia.
4. Brak złożenia sprawozdania z udzielonych świadczeń powoduje, że termin zapłaty nie zaczyna biec.
5. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniu/fakturze/rachunku wypłata należności zostanie wstrzymana do czasu wyjaśnienia rozbieżności.
6. Zapłata należności nastąpi na rachunek bankowy wskazany przez Przyjmującego Zamówienie, w terminie 30 dni od daty złożenia poprawnie wystawionej faktury / rachunku Udzielającemu Zamówienia.
7. Zmiana liczby jednostek rozliczeniowych za daną procedurę oraz ich ceny dokonana przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest skuteczna wobec stron i nie wymaga aneksu do niniejszej umowy.
8. Zasady rozliczenia znajdują zastosowanie także do rozliczenia świadczeń innych niż wskazane w § 1 punkt 1 powyżej, które zostały przeprowadzone, ze względu na stwierdzoną konieczność z zastrzeżeniem, iż warunkiem wypłaty wynagrodzenia jest rozliczenie danego świadczenia przez NFZ.
9. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia sprawozdania z udzielonych świadczeń zdrowotnych np. zestawienia wykonanych procedur, dni i godzin udzielania świadczeń, zgodnego z załącznikiem nr 1 do niniejszej umowy.





10. Wypłata wynagrodzenia w przypadku rozliczenia wykonanych usług w zakresie umowy NFZ pakiet onkologiczny nastąpi po udokumentowaniu liczby poprawnie zakodowanych świadczeń do NFZ oraz po ich rozliczeniu przez NFZ.
11. Wypłata wynagrodzenia w przypadku rozliczenia wykonanych usług w zakresie umowy NFZ poza pakietem onkologicznym oraz w zakresie ryczału podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nastąpi po rozliczeniu świadczenia przez NFZ, proporcjonalnie do wysokości kwoty wypłaconej przez NFZ z tytułu rozliczenia danego świadczenia w stosunku do obowiązujących stawek. Proporcjonalność oznacza, że przykładowo, jeżeli NFZ wypłaci 70% stawki katalogowej za dane świadczenie, to wynagrodzenie za dane świadczenie będzie wynosiło 70% stawki określonej w umowie za dane świadczenie.
12. Zasady rozliczania świadczeń przez NFZ regulowane są przepisami prawa powszechnie obowiązującego oraz zarządzeniami Prezesa NFZ, które mają charakter jednolity i powszechny dla wszystkich świadczeniodawców w kraju. Propozycje rozliczeń przedstawione przez NFZ nie podlegają indywidualnym negocjacom ani modyfikacjom.

Okres obowiązywania umowy

§ 3.

Umowa zawarta jest od dnia do dnia roku.

Postanowienia końcowe

§ 4

1. Umowę sporządzono w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
2. Integralną część umowy stanowią Ogólne Warunki Umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych („OWU”), które zostały udostępnione Przyjmującemu Zamówienie w wersji elektronicznej przed zawarciem Umowy, w szczególności poprzez wskazanie do stosowania OWU udostępnionych na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia oraz/lub w systemie Intranet.

Przyjmujący Zamówienie

.....

Udzielający Zamówienia

.....

.....





SPRAWOZDANIE - Załącznik do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Lp.	Data zabiegu	Nazwisko i imię pacjenta	Pesel/ID	Operator samodzielny/ Główny operator z asystą / Asysta	Kod grupy	Kod procedury ICD-9	Nazwa procedury ICD-9	W-ść przychodu wg katalogu NFZ
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
...								
Razem wykonane świadczenia jako Operator samodzielny								
Razem wykonane świadczenia jako Asysta								
Łącznie do wypłaty z tytułu wykonanych świadczeń								



