



**WARSZAWSKI
SZPITAL
POŁUDNIOWY**

NIP: 525-24-91-419



podmiot leczniczy
miasta stołecznego
Warszawy

REGON: 142628955

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.



Warszawski Szpital Południowy spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. rtm. Witolda Pileckiego 99, 02-781 Warszawa
tel. 22 166 90 30 fax 22 166 90 30
NIP 5252491419 REGON 142628955 KRS 0000368174

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
ING Bank Śląski 82 1050 1025 1000 0090 3041 5567
Wysokość kapitału zakładowego i wpłaconego 25.070 000,00 zł



1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania **świadczeń zdrowotnych w zakresie** **a 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								



