Załącznik nr 2b do SWKO

UMOWA NR .../2026
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
(umowa o świadczenie usług – umowa zlecenia)

zawarta w dniu …….. r. w Łodzi, pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Kopcińskiego 22, (90-153 Łódź), wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000021295, NIP 7251019093, REGON 000288774, reprezentowanym przez Dyrektora – dr n. med. Monikę Domarecką, zwanym dalej **„Udzielającym Zamówienia"**

a
Panią/Panem……,zamieszkałą/ym……..PESEL ……., posiadającą/ym kwalifikacje do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, zwaną/ym dalej **„Przyjmującym Zamówienie".**

Strony zgodnie oświadczają, że niniejsza umowa ma charakter umowy o świadczenie usług, do której stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia.

W wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1
Przedmiot umowy

1. Udzielający Zamówienia zamawia, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie i świąteczne z zakresu diagnostyki laboratoryjnej na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia.
2. Miejscem wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową jest Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, w szczególności ……., a także inne komórki organizacyjne Udzielającego Zamówienia, jeżeli wynika to z potrzeb organizacyjnych, charakteru udzielanych świadczeń albo konieczności zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami.
3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności:
   1) Obowiązki ogólne - Przyjmujący Zamówienie w szczególności zobowiązany jest do:
      a. Posiadania pełnej znajomości przepisów prawnych w zakresie zadań stanowiska.
      b. Punktualnego rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych.
      c. Wykonywania powierzonych obowiązków zgodnie z posiadanymi kompetencjami oraz zasadami etyki zawodowej.
      d. Starannego i terminowego wykonywania obowiązków, oraz stosowania się do poleceń, które dotyczą udzielania świadczeń zdrowotnych.
      e. Zachowania w tajemnicy informacji stanowiących tajemnicę służbową oraz związanych z pacjentem, w szczególności danych osobowych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.
      f. Systematyczne doskonalenie swojej wiedzy i umiejętności zawodowych w drodze samokształcenia oraz udziału w szkoleniach organizowanych na terenie Udzielającego Zamówienia i poza nim.
      g. Przestrzegania obowiązujących u Udzielającego Zamówienie regulaminów i ustalonego w zakładzie porządku.

h. Dbałości o dobro zakładu, ochrony jego mienia oraz informacji, których ujawnienie mogłoby narazić Udzielającego Zamówienie na szkodę.

i. Noszenia w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonej odzieży ochronnej i obuwia, przed przystąpieniem do świadczenia usług, usunięcia elementów uniemożliwiających skuteczną higienę rąk.

j. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem oraz procedurami przyjętymi w Szpitalu.

k. Przestrzeganie zasad profilaktyki zakażeń szpitalnych.

l. Dbałość o należyty stan sanitarno - higieniczny miejsca świadczenia zdrowotnych, w szczególności laboratorium oraz innych pomieszczeń, w których wykonywane są świadczenia.

m. Utrzymanie w należytym stanie i sprawności technicznej aparatury, sprzętu diagnostycznego oraz wyposażenia wykorzystywanego do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową.

2) Obowiązki szczegółowe:

a. wykonywanie zadań zgodnie z funkcjonującym w Szpitalu Zintegrowanym Systemem

b. współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie powierzonych zadań.

c. uczestnictwo w realizacji zadań Zakładu, zarówno naukowych jak i administracyjnych,

d. nadzór nad przyjmowaniem i zabezpieczeniem materiału biologicznego dostarczonego do Pracowni Immunologii,

e. wykonywanie oznaczeń laboratoryjnych zgodnie z obowiązującymi procedurami,

f. autoryzacja wyników badań oraz bezzwłoczne powiadamianie zleceniodawców o wynikach krytycznych lub wątpliwych.

g. pełnieniu obowiązków związanych z funkcjonowaniem Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej wraz z Bankiem Krwi.

4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada kwalifikacje wymagane do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową;
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się posiadać przez cały okres obowiązywania umowy kwalifikacje, uprawnienia, wpisy rejestrowe oraz inne dokumenty wymagane do udzielania świadczeń objętych niniejszą umową, a o każdej zmianie w tym zakresie niezwłocznie poinformować Udzielającego Zamówienia.
6. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że zgodnie z jego wiedzą nie zostało wszczęte ani nie toczy się wobec niego postępowanie o pozbawienie prawa wykonywania zawodu ani nie został on pozbawiony prawa wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu lub ostateczną decyzją właściwego organu.
7. Przyjmujący Zamówienie wykonuje świadczenia osobiście, z zastrzeżeniem zasad zastępstwa określonych w § 4.

§ 2

Mienie, sprzęt i miejsce wykonywania świadczeń

1. Przyjmujący Zamówienie w czasie wykonywania świadczeń korzysta bezpłatnie z bazy lokalowej, aparatury, sprzętu medycznego, wyposażenia, systemów informatycznych oraz materiałów udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia, wyłącznie w zakresie niezbędnym do wykonywania niniejszej umowy.
2. Szczegółowe zasady korzystania z powierzonego mienia, odpowiedzialności za powierzony sprzęt, wyposażenie i bazę lokalową, zgłaszania awarii oraz ich zwrotu po zakończeniu umowy określa Załącznik nr 1 do umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystywać mienia Udzielającego Zamówienia do udzielania świadczeń na rzecz osób niebędących pacjentami Udzielającego Zamówienia ani do wykonywania działalności niezwiązanej z niniejszą umową.

§ 3

Zasady wykonywania świadczeń

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami etyki zawodowej, prawami pacjenta, obowiązującymi przepisami prawa, wymaganiami NFZ oraz procedurami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia.

2. Przyjmujący Zamówienie wykonuje czynności diagnostyki laboratoryjnej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i zasadami wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego.
3. W ramach realizacji niniejszej umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się w szczególności do:
   1) przebywania w miejscu udzielania świadczeń w godzinach ustalonych z Udzielającym Zamówienia, zgodnie z harmonogramem zaakceptowanym przez Udzielającego Zamówienia
   2) wykonywania wszystkich czynności zawodowych zgodnie z obowiązującymi regulaminami, procedurami i instrukcjami:
   3) wykonywania powierzonych obowiązków zgodnie z posiadanymi kompetencjami oraz zasadami etyki zawodowej;
   4) starannego i terminowego wykonywania obowiązków, oraz stosowania się do poleceń, które dotyczą udzielania świadczeń zdrowotnych;
   5) przestrzegania zasady podmiotowości oraz przestrzegania Karty Praw Pacjenta;
   6) dbałości o wysoką jakość, rzetelność i dynamikę czynności zawodowych odpowiednio do sytuacji klinicznej;
   7) udzielania świadczeń w sposób zapewniający ciągłość i dostępność opieki zdrowotnej;
   8) rzetelnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym dokumentacji elektronicznej;
   9) sporządzania i przedkładania sprawozdań z wykonanych świadczeń w formie i terminach obowiązujących u Udzielającego Zamówienia;
   10) przestrzegania przepisów BHP, ppoż., sanitarno-epidemiologicznych, Statutu, regulaminów, zarządzeń, instrukcji, standardów akredytacyjnych, standardów ochrony małoletnich oraz procedur obowiązujących u Udzielającego Zamówienia;
   11) noszenia w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonej odzieży ochronnej i obuwia, przed przystąpieniem do świadczenia usług w klinice/oddziale/zakładzie, usunięcia elementów uniemożliwiających skuteczną dezynfekcję rąk
   12) przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych oraz zasad bezpieczeństwa informacji;
   13) dbania o dobro i mienie Udzielającego Zamówienia oraz niezwłocznego zgłaszania awarii, uszkodzeń lub nieprawidłowości dotyczących sprzętu, aparatury lub systemów informatycznych;
   14) podwyższania kwalifikacji i umiejętności zawodowych w zakresie wymaganym do prawidłowego wykonywania świadczeń objętych umową oraz udziału w szkoleniach organizowanych na terenie szpitala.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się posiadać przez cały okres obowiązywania umowy aktualne badania lekarskie, szkolenia BHP oraz inne dokumenty wymagane przepisami prawa lub procedurami Udzielającego Zamówienia do wykonywania świadczeń objętych umową.
5. Niedobory środków farmaceutycznych, materiałów medycznych, artykułów sanitarnych oraz sprzętu jednorazowego powstałe z udowodnionej winy Przyjmującego Zamówienie albo osoby wykonującej zastępstwo obciążają Przyjmującego Zamówienie.
6. Żadne okoliczności wymienione lub niewymienione w umowie nie mogą stanowić podstawy odmowy udzielenia świadczenia, jeżeli pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
7. Przyjmujący Zamówienie nie może pobierać od pacjentów opłat za świadczenia udzielane w ramach niniejszej umowy.
8. Przyjmujący Zamówienie wykonuje świadczenia w czasie pokoju oraz w razie wystąpienia stanu kryzysu, kolejnych stanów gotowości obronnych państwa albo wojny, w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i potrzeb Udzielającego Zamówienia.

§ 4

Harmonogram i zastępstwo

1. Terminy udzielania świadczeń ustalane są co miesiąc między Stronami na minimum 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca udzielania świadczeń.

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przedłożenia Udzielającemu Zamówienia harmonogramu udzielania świadczeń do 25. dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc wykonywania świadczeń oraz do stosowania się do czasu w nim wskazanego.
3. W zakresie świadczeń udzielanych w **Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej wraz z Bankiem Krwi** terminy udzielania świadczeń określane są w harmonogramie ustalanym przez Strony w sposób zapewniający ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do realizacji świadczeń zgodnie z ustalonym harmonogramem oraz do poinformowania Udzielającego Zamówienia, z co najmniej 35-dniowym wyprzedzeniem, o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń w **Pracowni**, ze wskazaniem terminu rozpoczęcia i zakończenia przerwy.
4. Zmiana harmonogramu wymaga uzgodnienia z Udzielającym Zamówienia. W sytuacjach nagłych lub losowych Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Udzielającego Zamówienia albo osobę przez niego wskazaną o braku możliwości wykonania świadczeń zgodnie z harmonogramem.
5. Świadczenia zdrowotne określone w niniejszej umowie Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wykonywać osobiście, z zastrzeżeniem ust. 6–9.
6. W szczególnie uzasadnionych przypadkach dopuszcza się zastępstwo przez osobę posiadającą kwalifikacje i uprawnienia wymagane do udzielania świadczeń objętych niniejszą umową, po uzyskaniu uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia.
7. Koszt zastępstwa ponosi Przyjmujący Zamówienie. Udzielający Zamówienia nie jest zobowiązany do zapłaty dodatkowego wynagrodzenia z tego tytułu.
8. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za działania i zaniechania osoby wykonującej zastępstwo jak za własne działania i zaniechania.
9. Osoba wykonująca zastępstwo musi posiadać aktualne ubezpieczenie OC oraz spełniać wymagania formalne i organizacyjne obowiązujące u Udzielającego Zamówienia.
10. Przyjmujący Zamówienie może wykonywać świadczenia zdrowotne na rzecz innych osób lub podmiotów, pod warunkiem że nie odbywa się to na terenie Udzielającego Zamówienia, nie koliduje z wykonywaniem niniejszej umowy oraz nie narusza interesów Udzielającego Zamówienia.
11. Za działanie konkurencyjne wobec Udzielającego Zamówienia Strony uznają w szczególności ubieganie się przez Przyjmującego Zamówienie, w konkurencji z Udzielającym Zamówienia, o zawarcie kontraktu z NFZ albo innym podmiotem finansującym świadczenia opieki zdrowotnej.
12. W przypadku uzasadnionego podejrzenia naruszenia ust. 10–11 Udzielający Zamówienia może żądać od Przyjmującego Zamówienie informacji niezbędnych do oceny, czy doszło do naruszenia tych postanowień.

§ 5
Ubezpieczenie i tajemnica

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się posiadać przez cały okres obowiązywania umowy ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania ich udzielania, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Ubezpieczenie powinno obejmować w szczególności szkody wynikające z błędów medycznych, zakażeń chorobami zakaźnymi, w tym HIV, WZW i zakażeń bakteryjnych, oraz inne szkody mogące powstać w związku z wykonywaniem świadczeń objętych niniejszą umową.
3. Kopia polisy OC stanowi Załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy i każdorazowego przedstawiania kopii kolejnej polisy najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniego okresu ubezpieczenia.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się we własnym zakresie i na własny koszt posiadać ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem niniejszej umowy, w szczególności informacji dotyczących pacjentów, ich stanu zdrowia, dokumentacji medycznej, organizacji pracy Udzielającego Zamówienia oraz informacji stanowiących tajemnicę Szpitala. Obowiązek zachowania tajemnicy obowiązuje również po rozwiązaniu albo wygaśnięciu umowy.

7. Przyjmujący Zamówienie może przetwarzać dane osobowe wyłącznie w zakresie niezbędnym do wykonywania niniejszej umowy oraz na podstawie upoważnienia udzielonego przez Udzielającego Zamówienia, jeżeli jest ono wymagane zgodnie z obowiązującymi u niego zasadami.

§ 6

Kontrola

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się poddać kontroli Udzielającego Zamówienia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych organów i podmiotów, w zakresie związanym z realizacją niniejszej umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przedkładania dokumentów, udzielania informacji, składania wyjaśnień oraz wykonywania zaleceń pokontrolnych w zakresie związanym z realizacją niniejszej umowy.
3. Zawinione niewykonanie zaleceń pokontrolnych w wyznaczonym terminie może stanowić podstawę wypowiedzenia albo rozwiązania umowy.
4. Organizację udzielania świadczeń ze strony Udzielającego Zamówienia koordynuje osoba wskazana przez Dyrektora Szpitala. Postanowienie to nie stanowi podporządkowania pracowniczego, lecz służy zapewnieniu prawidłowej organizacji, ciągłości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się współpracować z personelem Udzielającego Zamówienia w zakresie niezbędnym do prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 7

Uprawnienia Przyjmującego Zamówienie

Przyjmujący zamówienie uprawniony jest do:

1. doradztwa i proponowania zmian dotyczących usprawniania wykonywanych czynności

2. zgłaszania uwag na temat wyposażenia stanowisk pracy oraz organizacji i stanu sanitarno-higienicznego laboratorium, oraz innych miejsc wykonywania świadczeń zdrowotnych

3. korzystania z konsultacji lub pomocy osób kompetentnych w sytuacjach, kiedy zadania przekraczają wiedzę i umiejętności zawodowe.

§ 8

Obowiązki Udzielającego Zamówienia

1. Udzielający Zamówienia zapewnia Przyjmującemu Zamówienie dostęp do dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do wykonywania niniejszej umowy.
2. Udzielający Zamówienia udostępnia, w zakresie niezbędnym do wykonywania umowy:
   1) pomieszczenia, aparaturę, sprzęt medyczny i wyposażenie;
   2) środki farmaceutyczne, materiały medyczne, artykuły sanitarne i sprzęt jednorazowy, których zużycie będzie rozliczane rozchodem na pacjenta z systemu;
   3) sprzęt komputerowy, oprogramowanie i dostęp do systemów informatycznych;
   4) formularze, druki i narzędzia niezbędne do prowadzenia dokumentacji oraz sprawozdawczości;
   5) możliwość korzystania z konsultacji i diagnostyki dostępnej u Udzielającego Zamówienia.

§ 9

Wynagrodzenie i rozliczenia

1. Za wykonywanie świadczeń objętych niniejszą umową Przyjmujący Zamówienie otrzymuje wynagrodzenie w wysokości: …… zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń.
   Maksymalna ilość godzin w miesiącu……
2. Podstawą wypłaty wynagrodzenia jest:
   1) wykonanie świadczeń,
   2) przedłożenie ewidencji czasu świadczeń zgodnie z Załącznikiem nr 3,
   3) przedłożenie prawidłowo wystawionego rachunku.
3. Dokumenty rozliczeniowe wymagają zatwierdzenia pod względem merytorycznym przez Kierownika właściwej Kliniki/Oddziału albo osobę przez niego upoważnioną.
4. Wynagrodzenie płatne będzie przelewem w terminie 14 dni od dnia przedłożenia prawidłowych dokumentów rozliczeniowych.

5. Za datę zapłaty uznaje się datę polecenia wykonania przelewu przez Udzielającego Zamówienia.
6. Wynagrodzenie ustalone zgodnie z ust. 1 niniejszego paragrafu wyczerpuje wszelkie roszczenia Przyjmującego Zamówienie wobec Udzielającego Zamówienia z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych i innych czynności objętych niniejszą umową
7. Strony zgodnie postanawiają, że w trakcie obowiązywania niniejszej umowy dopuszczalne jest dokonanie waloryzacji wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4 powyżej, w drodze negocjacji i na podstawie zgodnych oświadczeń woli Stron, w przypadku wystąpienia zmiany okoliczności lub zaistnienia szczególnych warunków wpływających na zakres lub charakter udzielanych świadczeń. Za szczególne warunki Strony uznają w szczególności:
   1) istotny wzrost obłożenia lub obciążenia pracą Przyjmującego zamówienie, w tym także wynikający z udzielania konsultacji na rzecz innych komórek organizacyjnych Podmiotu leczniczego,
   2) istotny wzrost średnich wynagrodzeń w podmiocie leczniczym Udzielającego zamówienie, związany z obowiązkiem stosowania przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.
8. Waloryzacja wynagrodzenia wymaga formy pisemnej w postaci aneksu do umowy.
9. Weryfikacja świadczeń udzielonych przez Przyjmującego Zamówienie i nieuznanych przez NFZ albo innego płatnika, po wyczerpaniu procedur odwoławczych, może stanowić podstawę do obniżenia wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie w zakresie odpowiadającym kwocie obniżenia finansowania, zwrotu środków albo kar nałożonych na Udzielającego Zamówienia, jeżeli zakwestionowanie świadczeń nastąpiło z przyczyn zawinionych przez Przyjmującego Zamówienie, w szczególności wskutek nieprawidłowego udzielania świadczeń, prowadzenia dokumentacji lub sprawozdawczości. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do wyrównania uprzednio obniżonego wynagrodzenia, jeżeli NFZ albo inny płatnik ostatecznie zapłaci za wcześniej zakwestionowane świadczenia.
10. Przekroczenie limitów punktów, ryczałtu albo innych limitów rozliczeniowych dopuszczalne jest wyłącznie w przypadkach uzasadnionych ratowaniem życia lub zdrowia pacjenta, udokumentowanych w dokumentacji medycznej, albo po uzyskaniu zgody osoby wskazanej przez Udzielającego Zamówienia.
11. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przekazania danych niezbędnych do prawidłowego wykonania obowiązków podatkowych i ubezpieczeniowych przez Udzielającego Zamówienia.
12. Szczegółowe dane do celów podatkowych i ubezpieczeniowych określa Załącznik nr 9 do niniejszej umowy.
13. Przyjmujący Zamówienie wykonuje świadczenia w ramach prowadzonej działalności gospodarczej i samodzielnie realizuje obowiązki publicznoprawne związane z jej prowadzeniem, w szczególności obowiązki podatkowe i składkowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
14. Każda czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela albo cesję wierzytelności wymaga uprzedniej pisemnej zgody Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Udzielającego Zamówienia.

§ 10
Kary umowne i odpowiedzialność

1. Udzielający Zamówienia ma prawo obciążyć Przyjmującego Zamówienie karą umowną:
   1) w wysokości 10% wynagrodzenia należnego za miesiąc poprzedzający naruszenie – w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków wynikających z Umowy, w szczególności dotyczących: prowadzenia dokumentacji medycznej, obowiązków sprawozdawczych, organizacji świadczeń, przestrzegania procedur, standardów lub zarządzeń obowiązujących u Udzielającego Zamówienia, naruszenia obowiązków związanych z bezpieczeństwem pacjentów lub ochroną danych osobowych;
   2) w wysokości 10% wynagrodzenia należnego za miesiąc poprzedzający naruszenie – za każdą uzasadnioną skargę pacjenta lub osoby trzeciej dotyczącą zawinionego działania albo zaniechania Przyjmującego Zamówienie, potwierdzoną po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego;
   3) w wysokości 20% wynagrodzenia należnego za miesiąc poprzedzający naruszenie – w przypadku niepodjęcia wykonywania świadczeń zgodnie z ustalonym harmonogramem albo samowolnego zaprzestania wykonywania świadczeń;
   4) w wysokości 20% wynagrodzenia należnego za ostatni pełny miesiąc wykonywania świadczeń – za każdy przypadek niepodjęcia wykonywania świadczeń w okresie wypowiedzenia.

2. Kary umowne płatne są na podstawie not obciążeniowych wystawianych przez Udzielającego Zamówienia i mogą zostać potrącone z wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie, z zachowaniem obowiązujących przepisów prawa.
3. Udzielający Zamówienia może dochodzić odszkodowania przewyższającego wysokość kar umownych na zasadach ogólnych.
4. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za jakość i skutki wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną oraz zasadami należytej staranności.
5. W przypadku poniesienia przez Udzielającego Zamówienia odpowiedzialności wobec pacjenta lub osoby trzeciej za szkodę wynikającą z zawinionego działania albo zaniechania Przyjmującego Zamówienie, Udzielającemu Zamówienia przysługuje roszczenie regresowe wobec Przyjmującego Zamówienie.
6. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność wobec Udzielającego Zamówienia za szkody wyrządzone podczas realizacji umowy, wynikające z niewykonania albo nienależytego wykonania obowiązków, w tym z niewłaściwego lub niedbałego użytkowania pomieszczeń, sprzętu, aparatury, wyposażenia lub systemów informatycznych.

§ 11
Czas trwania i rozwiązanie umowy

1. Umowa zostaje zawarta na okres od …… r. do …… r.
2. Każda ze Stron może rozwiązać umowę z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Udzielający Zamówienia może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez Przyjmującego Zamówienie, w szczególności gdy:
   1) ogranicza dostępność świadczeń, nieusprawiedliwienie przerywa lub zaprzestaje udzielania świadczeń, zawęża ich zakres albo udziela ich w nieodpowiedniej jakości;
   2) nierzetelnie albo nieterminowo przekazuje sprawozdania, ewidencje, faktury, rachunki lub wymagane informacje;
   3) powtarzające się uchybienia skutkują nieuznawaniem świadczeń przez NFZ albo innego płatnika;
   4) utraci uprawnienia do wykonywania świadczeń objętych umową albo zostanie zawieszony w prawie wykonywania zawodu;
   5) popełni przestępstwo uniemożliwiające dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych, stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
   6) dopuści się zawinionych nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń lub wykonywaniu innych obowiązków wynikających z umowy;
   7) nie dopełni obowiązku posiadania ubezpieczenia OC;
   8) naraża Udzielającego Zamówienia na nieuzasadnione koszty albo szkodę;
   9) udziela świadczeń po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub innych środków psychoaktywnych;
   10) przedstawi nieprawdziwe albo niezgodne ze stanem faktycznym dane, dokumenty lub informacje, stanowiące dla NFZ podstawę do podjęcia działań niekorzystnych dla Udzielającego Zamówienia;
   11) niemożność osobistego wykonywania świadczeń trwa łącznie dłużej niż 2 miesiące i uniemożliwia zapewnienie ciągłości świadczeń objętych umową;
   12) wystąpią powtarzające się uzasadnione skargi pacjentów lub personelu Udzielającego Zamówienia, przy czym za powtarzające się uznaje się co najmniej 3 skargi zweryfikowane negatywnie dla Przyjmującego Zamówienie;
   13) naruszy obowiązek zachowania tajemnicy albo zasady ochrony danych osobowych.
4. Przyjmujący Zamówienie może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku zawinionego rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez Udzielającego Zamówienia.
5. Umowa wygasa w przypadku zajścia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności i których nie można było przewidzieć przy zawieraniu umowy, w szczególności:
   1) likwidacji Udzielającego Zamówienia;

2) wygaśnięcia kontraktu zawartego przez Udzielającego Zamówienia z NFZ w zakresie świadczeń objętych niniejszą umową

§ 12

Zwrot dokumentacji i mienia

1. W razie rozwiązania albo wygaśnięcia umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie przekazać Udzielającemu Zamówienia wszelką dokumentację i materiały sporządzone, zebrane, opracowane albo otrzymane w związku z wykonywaniem umowy.
2. W razie rozwiązania albo wygaśnięcia umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie zwrócić Udzielającemu Zamówienia wszelkie powierzone mu identyfikatory, karty dostępu, klucze, nośniki, sprzęt, wyposażenie oraz inne przedmioty związane z wykonywaniem umowy.
3. Zwrot dokumentacji i mienia może nastąpić na podstawie protokołu zdawczo-odbiorczego.
4. W przypadku niezwrócenia albo uszkodzenia przedmiotów, o których mowa w ust. 2, z winy Przyjmującego Zamówienie, Udzielający Zamówienia może obciążyć Przyjmującego Zamówienie kosztami ich odtworzenia, naprawy albo wymiany.

§ 13

Postanowienia końcowe

1. Ewentualne spory wynikające z wykonywania niniejszej umowy Strony poddają w pierwszej kolejności rozstrzygnięciu polubownemu, a w przypadku braku porozumienia — sądowi miejscowo właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienia.
2. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść praw lub obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osobę trzecią bez uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia, z zastrzeżeniem zasad zastępstwa określonych w § 4.
4. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przepisów dotyczących ochrony danych osobowych oraz ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.
5. Niniejsza umowa nie stanowi umowy o pracę i nie kreuje stosunku pracy pomiędzy Stronami.
6. Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Przyjmującego Zamówienie, dwa dla Udzielającego.

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE **UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

…… ……

Załączniki:
Załącznik nr 1 - Zasady korzystania z bazy lokalowej, sprzętu i aparatury medycznej.
Załącznik nr 2 - Kopia polisy OC.
Załącznik nr 3 - Ewidencja czasu udzielanych świadczeń / zestawienie wykonanych konsultacji.
Załącznik nr 4 - Oświadczenie o zapoznaniu ze standardami ochrony małoletnich.
Załącznik nr 5 - Oświadczenie o zapoznaniu z zasadami bezpiecznych relacji dorosły–dziecko.
Załącznik nr 6 - Oświadczenie dotyczące KRK / państw zamieszkania.
Załącznik nr 7 - Potwierdzenie odbycia instruktażu stanowiskowego.
Załącznik nr 8 - Klauzula informacyjna RODO.
Załącznik nr 9 - Oświadczenie do celów podatkowych i ubezpieczeniowych.

Załącznik nr 1
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Zasady korzystania z bazy lokalowej, sprzętu i aparatury medycznej

1. Udzielający Zamówienia udostępnia Przyjmującemu Zamówienie, na czas realizacji Umowy, bazę lokalową, sprzęt, aparaturę medyczną oraz wyposażenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych Umową.
2. Korzystanie z mienia, o którym mowa w ust. 1, może odbywać się wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji Umowy oraz zgodnie z jego przeznaczeniem, właściwościami technicznymi i obowiązującymi procedurami.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do korzystania z udostępnionego mienia z należytą starannością oraz do zabezpieczenia go przed uszkodzeniem, utratą lub zniszczeniem.
4. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe wskutek zawinionego niewłaściwego używania sprzętu, aparatury medycznej, wyposażenia lub bazy lokalowej, na zasadach określonych w Kodeksie cywilnym oraz Umowie.
5. Przyjmujący Zamówienie nie ponosi odpowiedzialności za zużycie sprzętu, aparatury medycznej, wyposażenia lub bazy lokalowej będące następstwem ich prawidłowego używania zgodnie z przeznaczeniem.
6. Konserwacja, serwis oraz naprawy wynikające ze zwykłej eksploatacji sprzętu, aparatury medycznej i bazy lokalowej należą do obowiązków Udzielającego Zamówienia.
7. W przypadku stwierdzenia awarii lub nieprawidłowego funkcjonowania sprzętu, aparatury medycznej lub bazy lokalowej Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie poinformować o tym Udzielającego Zamówienia lub osobę przez niego wskazaną.
8. Przyjmujący Zamówienie nie jest uprawniony do wykorzystywania udostępnionego mienia do celów niezwiązanych z realizacją Umowy ani do udzielania świadczeń zdrowotnych poza działalnością prowadzoną przez Udzielającego Zamówienia.
9. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Załącznikiem zastosowanie mają postanowienia Umowy oraz przepisy Kodeksu cywilnego.

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE **UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

…… ……

Załącznik nr 3
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Imię i Nazwisko Przyjmującego Zamówienie ……

Okres rozliczeniowy (miesiąc / rok) ……

Miejsce udzielania świadczeń ……

Dzień	Dyżury - godziny od……do…….	Ogólny czas udzielanych świadczeń
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		
Suma		

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

……
Data i podpis Przyjmującego Zamówienie

Potwierdzam wykonanie świadczeń zgodnie z Umową.

……
Data i podpis Ordynatora / Kierownika / osoby upoważnionej

Załącznik nr 4
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Oświadczenie o zobowiązaniu do przestrzegania standardów ochrony dzieci

.....
miejscowość i data

Ja, ...

oświadczam, że zapoznałam/-em się ze standardami ochrony dzieci obowiązującymi w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
podpis

Załącznik nr 5
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Oświadczenie o zobowiązaniu do przestrzegania Zasad bezpiecznych relacji dorosły-dziecko

.....
miejscowość i data

Ja, ...
oświadczam, że zapoznałam/-em się z Zasadami bezpiecznych relacji dorosły-dziecko obowiązującymi w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
podpis

Załącznik nr 6
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Ja, niżej podpisany/a…… urodzony/a …….. (data urodzenia) świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego

oświadczam, że:

□ posiadam obywatelstwo polskie

□ nie posiadam obywatelstwa polskiego*

oświadczam, że:

w okresie ostatnich 20 lat :

□ nie zamieszkiwałem/am w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska

□ zamieszkiwałem/am w następujących państwach innych niż Rzeczpospolita Polska**

……/……..
Państwo / państwo obywatelstwa

……/……..
Państwo / państwo obywatelstwa

……
Podpis kandydata

* Osoba posiadająca obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, przedkłada pracodawcy lub innemu organizatorowi informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi zgodnie z art. 21 ust 4 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

** Osoba, która złożyła oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, przedkłada pracodawcy lub innemu organizatorowi informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi zgodnie z art. 21 ust 5 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

Załącznik nr 7
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

OŚWIADCZENIE

W związku z realizacją przedmiotu umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych oświadczam, że odbyłem(am) instruktaż stanowiskowy, w trakcie którego zostałem(am) zapoznany(a) z zagrożeniami występującymi przy wykonywaniu powierzonych mi czynności, ryzykiem zawodowym oraz metodami usuwania i przeciwdziałania tym zagrożeniom.
Jednocześnie oświadczam, że powierzone czynności będę wykonywał(a) w sposób bezpieczny dla siebie i innych.

…….. ……

(podpis osoby, której udzielono instruktażu) (data i podpis prowadzącego instruktaż)

Załącznik nr 8
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

……..
/imię i nazwisko/

INFORMACJA DLA OSÓB ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI
NA UMOWACH CYWILNOPRAWNYCH

Na podstawie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) informuje się o przetwarzaniu danych oraz prawach związanych z przetwarzaniem tych danych:

ADMINISTRATOR DANYCH

Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 90-153 Łódź, ul. Kopcińskiego 22

DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani / Pana danych osobowych: e-mail: iod@barlicki.pl

NA JAKIEJ PODSTAWIE I W JAKIM CELU PRZETWARZAMY DANE?

Pani / Pana dane osobowe pozyskane w związku z zawarciem z Panią/Panem umowy będą przetwarzane w następujących celach:

- związanych z realizacją podpisanej z Panią/ Panem umowy,
- związanych z dochodzeniem ewentualnych roszczeń, odszkodowań,
- udzielania odpowiedzi na pani/pana pisma, wnioski i skargi,
- udzielania odpowiedzi w toczących się postępowaniach.

PODSTAWA PRAWNA

- niezbędność do wykonania umowy lub podjęcia działań na Pani/Pana żądanie przed zawarciem umowy (art.6 ust. 1 lit. b RODO)
- konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- niezbędność do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora (art. 6 ust 1 lit. f RODO)

Pani / Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji lub profilowaniu.

KOMU MOŻEMY PRZEKAZYWAĆ DANE?

Pani / Pana dane mogą być udostępniane innym podmiotom lub organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa np. sądom, organom ścigania lub instytucjom państwowym, gdy wystąpią z żądaniem, w oparciu o stosowną podstawę prawną.
Szpital nie zamierza przekazywać danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.

ILE CZASU BĘDZIEMY PRZECHOWYWAĆ DANE?

Okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest uzależniony od celu w jakim dane są przetwarzane. Okres, przez który Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jest obliczony w oparciu o następujące kryteria:

- czasu obowiązywania umowy,
- przepisy prawa, które mogą nas obligować do przetwarzania danych przez określony czas,
- okres, który jest niezbędny do obrony naszych interesów.

PRAWA ZWIĄZANE Z PRZETWARZANIEM DANYCH

Ma Pani / Pan prawo do dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania a także usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, na zasadach określonych w przepisach prawa, w tym RODO, a w przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody – prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie przy czym cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem

Ma Pani / Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, iż przetwarzanie Pani / Pana danych osobowych narusza przepisy.

……..
/data i podpis/

Załącznik nr 9
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

……., dnia ……..

OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE / ZLECENIOBIORCY

1. Nazwisko …… Nazwisko rodowe ……
2. Imię pierwsze …… Imię drugie ……
3. PESEL …… NIP (jeżeli ma być w **PIT-11**) ……
4. Data urodzenia …… Miejsce urodzenia ……
5. Telefon ……
6. Adres **zameldowania** na stałe miejsce pobytu:
   ulica …… nr domu …… nr mieszkania ……
   miejscowość …… poczta …… gmina/dzielnica ……
   powiat …… województwo …… kod pocztowy ……
7. Adres **zamieszkania** (wpisać, jeżeli inny niż adres zameldowania):
   ulica …… nr domu …… nr mieszkania ……
   miejscowość …… poczta …… gmina/dzielnica ……
   powiat …… województwo …… kod pocztowy ……
8. Adres do **korespondencji** (wpisać, jeżeli inny niż adres zameldowania):
   ulica …… nr domu …… nr mieszkania ……
   miejscowość …… poczta …… gmina/dzielnica ……
   powiat …… województwo …… kod pocztowy ……
9. Nazwa Oddziału **NFZ -** ……

10. Czy osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności **TAK*** / **NIE***:
    Jeżeli TAK, to jaki stopień i na jaki okres ……
    Jeżeli TAK, to dostarczyć ksero decyzji

11. Czy osoba ma uprawnienia do emerytury* / renty* **TAK/NIE**:
    Jeżeli TAK, to od kiedy …… nr decyzji ……
12. Czy zamieszkiwał/a Pan/Pani w przeciągu ostatnich 20 lat poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej TAK/NIE
    Jeśli zaznaczył/a Pan/ Pani odpowiedź TAK proszę wymienić jakich Państwach
    ……

13. Adres Urzędu Skarbowego, na jaki ma zostać wysłany **PIT**:
    Nazwa Urzędu Skarbowego ……
    kod pocztowy …… miejscowość …… gmina ……
    ulica …… nr domu …… nr mieszkania ……

14. Rachunek bankowy, na który ma być przekazywane wynagrodzenie:

……

<u>Oświadczenie</u>

1.**Jestem/nie jestem** zatrudniona/ny u innego płatnika składek na podstawie:

A) **umowy o pracę TAK*/NIE***

Uzupełnić jeśli zaznaczone TAK
Składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu zawartej w/w umowy odprowadzane są od kwoty:

- równej lub **wyższej** od minimalnego wynagrodzenia za pracę w danym roku **TAK*/NIE***
- **niższej** niż minimalne wynagrodzenie za pracę w danym roku **TAK*/NIE***

B) **umowy zlecenie** z tytułu zawartej umowy: **TAK*/NIE***

Uzupełnić jeśli zaznaczone TAK
a) Są odprowadzane składki na ubezpieczenia **zdrowotne** z tytułu zawartej w/w umowy **TAK*/NIE***

b) Są odprowadzane składki na ubezpieczenia **społeczne** z tytułu zawartej w/w umowy od kwoty:

- równej lub **wyższej** od minimalnego wynagrodzenia za pracę w danym roku **TAK*/NIE***
- **niższej** niż minimalne wynagrodzenie za pracę w danym roku. **TAK*/NIE***

2. Prowadzę pozarolniczą **działalność gospodarczą** z tytułu której opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej **TAK*/NIE***
3. Prowadzę pozarolniczą **działalność gospodarczą** z tytułu której opłacam składki od PREFERENCYJNEJ podstawy u wynoszącej co najmniej 30% minimalnego wynagrodzenia **TAK*/NIE***
4. Jestem pracownikiem innego zakładu lecz w okresie wykonywania umowy, której dotyczy to oświadczenie, przebywam na urlopie bezpłatnym lub wychowawczym. **TAK*/NIE***
5. Jestem pracownikiem innego zakładu lecz w okresie wykonywania umowy, której dotyczy to oświadczenie, przebywam na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim/ojcowskim. **TAK*/NIE***
6. Jestem zarejestrowana/ny jako bezrobotna w Urzędzie Pracy **TAK*/NIE***
7. Jestem/ nie jestem* studentem od …….. do …….. na uczelni
   ……
8. Wnoszę o dobrowolne ubezpieczenia społeczne: emerytalno-rentowe **TAK*/NIE* ,** chorobowe **TAK*/NIE***

……

(**miejscowość**, **data** i **podpis** osoby składającej kwestionariusz)

* niepotrzebne skreślić

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.
Zobowiązuję się do poinformowania Zleceniodawcy w terminie 3 dni o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia. W przypadku niedotrzymania terminu zobowiązuję się pokryć wszelkie powstałe z tego tytułu koszty.
Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

……
(podpis)