

## UMOWA (wzór)

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE (...) *zgodnym z oferowanym zakresem w Formularzu Oferty*) SZPITALA GROCHOWSKIEGO IM. DR MED. RAFAŁA MASZTAKA SP. Z O.O. PRZEZ PIEŁĘGNIARKĘ/RATOWNIKA MEDYCZNEGO/TECHNIKA ELEKTORADIOLOGII

zawarta w dniu ..... 2026 r. w Warszawie, pomiędzy:

Szpitałem Grochowskim im. dr med. Rafała Masztaka Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, przy ul. Grenadierów 51/59, zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000478458 posiadającym NIP nr 1132869037 oraz Regon 002153989,

zwanym dalej „*Udzielającym zamówienia*”,

reprezentowanym przez:

Pana Krzysztofa Osmańskiego – Prezesa Zarządu Spółki,

a

Pana/Pani .....

adres: ul. ....

Zwanym/ą dalej „*Przyjmującym zamówienie*”.

Przyjmujący zamówienie został wybrany w wyniku konkursu ofert KO\_02\_03\_2026 na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2026 r. poz. 156, z późn. zm.).

### § 1.

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: „*Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie (...) w (...) Szpitala Grochowskiego im. dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o. przez pielęgniarkę/ratownika medycznego*” oraz świadczeń określonych w ust. 2, zwanych dalej „*świadczeniami zdrowotnymi*”, dla pacjentów Szpitala Grochowskiego, w szczególności dla osób będących świadczeniobiorcami w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się w szczególności do wykonywani następujących świadczeń:  
- udzielanie świadczeń zdrowotnych\*) w (...) zakres świadczeń zgodny z materiałami informacyjnymi);
3. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że:
  - 1) posiada uprawnienia i wiedzę niezbędne do wykonywania czynności określonych w ust. 1-2;
  - 2) spełnia wymagania określone w tym zakresie przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
  - 3) spełnia warunki i wymagania wynikające z postanowień odpowiedniej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz odpowiednich rozporządzeń i zarządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz szczegółowych materiałów informacyjnych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ustalanych przez NFZ.

### § 2.

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w ilości odpowiadającej potrzebom **Udzielającego zamówienia**, w czasie i miejscu uzgodnionym z **Udzielającym zamówienia** lub zgodnie z harmonogramem sporządzanym na okresy miesięczne, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
2. Harmonogramy, o których mowa w ust. 1, podlegają zatwierdzeniu przez osobę pełniącą obowiązki ordynatora/kierownika/pielęgniarkę koordynującą lub inną osobę wskazaną przez **Udzielającego zamówienia**.
3. **Przyjmujący zamówienie** wykonywać będzie czynności, o których mowa w ust. 1, w czasie i miejscu ustalonym ze **Udzielającym zamówienia** lub osobą wskazaną przez **Udzielającego zamówienia**. Strony uzgadniają, że czynności zleczone będą wykonywane, co najmniej, w ilości wskazanej w ofercie.

### § 3.

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do wykonania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 oraz oświadcza, że wykonywać je będzie z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną i standardami postępowania obowiązującymi w danej dziedzinie medycyny, na zasadach

wynikających z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i innych przepisów, a także zgodnie z wymaganiami i warunkami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla świadczeniodawców realizujących świadczenia zdrowotne, o których mowa w § 1.

2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1, zgodnie z regulaminem **Udzielającego zamówienia**, w szczególności przestrzegać zasady i sposób zgłaszania się i rejestracji pacjentów oraz ustaloną organizację udzielania świadczeń zdrowotnych.

#### § 4.

1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową udzielane będą przez **Przyjmującego zamówienie** w siedzibie **Udzielającego zamówienia**, przy użyciu sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej, stanowiących własność **Udzielającego zamówienia**. Sprzęt i aparatura spełniają wymagania niezbędne do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz sprzętu i aparatury medycznej, należących do **Udzielającego zamówienia** zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w niniejszej umowie.
3. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do ponoszenia kosztów napraw sprzętu medycznego należącego do **Udzielającego zamówienia**, uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez **Przyjmującego zamówienie**.
4. Koszty związane z działaniami profilaktycznymi w zakresie postępowania po ekspozycji zawodowej ponosi **Przyjmujący zamówienie**.

#### § 5.

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia 1 kwietnia 2026 r. do dnia 31 marca 2028 r.

#### § 6.

Zlecenia na badanie diagnostyczne i transport będą wystawiane przez **Przyjmującego zamówienie**, według zasad obowiązujących u **Udzielającego zamówienia**.

#### § 7.

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych w umowach zawartych przez **Udzielającego zamówienia** z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi podmiotami.

#### § 8.

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami obowiązującymi u **Udzielającego zamówienia**.

#### § 9.

1. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne **Przyjmującemu zamówienie** przysługuje łączne miesięczne wynagrodzenie, na które składa się wynagrodzenie stanowiące iloczyn udokumentowanej liczby wypracowanych godzin w ciągu miesiąca i stawki za jedną godzinę w wysokości: ..... brutto (słownie: ..... złotych).
2. Wynagrodzenie z tytułu realizacji umowy w zakresie czynności wskazanych w ust. 1, za okres sprawozdawczy, **Udzielający zamówienia** wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 30 dni od dnia dostarczenia przez **Przyjmującego zamówienie** prawidłowo wystawionej faktury/rachunku wraz z zatwierdzonym sprawozdaniem, wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do umowy. W przypadku objęcia **Przyjmującego zamówienie** obowiązkiem wystawiania i udostępniania faktur ustrukturyzowanych za pośrednictwem Krajowego Systemu e-Faktur (KSeF), **Przyjmujący zamówienie** będzie wystawiał i udostępniał faktury z wykorzystaniem KSeF. Załącznik do faktury będzie przekazywany zgodnie z zasadami określonymi przez Wykonawcę. Zmiana zasad przekazywania załączników nie stanowi zmiany Umowy. Za dzień skutecznego doręczenia faktury **Udzielający zamówienia** uznaje się dzień jej otrzymania w rozumieniu przepisów ustawy o VAT; w przypadku faktury ustrukturyzowanej będzie to zatem dzień przydzielenia jej indywidualnego numeru identyfikującego tę fakturę w KSeF.
3. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę, niedzielę lub inny dzień wolny od pracy, to płatności dokonuje się poprzedniego dnia roboczego.
4. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do punktualnego stawiania się na stanowisku pracy.
5. Należność za wykonane świadczenia zdrowotne zostanie przekazana **Przyjmującemu zamówienie** na jego rachunek bankowy wskazany na fakturze (rachunku). Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego zamówienia**.

§ 10.

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do składania miesięcznych sprawozdań z liczby, rodzaju i wartości udzielonych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1, wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, składane jest w terminie do 3. dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Sprawozdanie, po weryfikacji danych, zatwierdza osoba wskazana przez Udzielającego zamówienia.

§ 11.

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli wykonywanej przez Udzielającego zamówienia, Narodowy Fundusz Zdrowia, inne uprawnione organy oraz do udostępnienia wszelkich danych i informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się poddać kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadzanej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z oddziałem Funduszu

§ 12.

Przyjmujący zamówienie nie może prowadzić w Szpitalu Grochowskim działalności wykraczającej poza zakres umowy i konkurencyjnej wobec działalności statutowej prowadzonej przez Udzielającego zamówienia.

§ 13.

Na wniosek Przyjmującego zamówienie, złożony ze stosownym wyprzedzeniem, Udzielający zamówienia zobowiązuje się zabezpieczyć obsługę pielęgniarską, administracyjną i gospodarczą w zakresie niezbędnym dla realizacji przedmiotu niniejszej umowy.

§ 14.

Przy realizacji zadań objętych niniejszą umową Przyjmujący zamówienie uprawniony jest do współpracy z personelem medycznym zatrudnianym przez Udzielającego zamówienia.

§ 15.

1. Z tytułu niniejszej umowy strony ponoszą odpowiedzialność solidarną.
2. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie, a w szczególności wynikających z:
  - 1) niewykonania lub nienależytego wykonania świadczenia zdrowotnego;
  - 2) nieprawidłowego wystawiania recept podlegających refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
  - 3) przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym;
  - 4) nieprowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy lub niekompletny;
  - 5) braku realizacji zaleceń pokontrolnych.
3. Udzielający zamówienia uprawniony jest do żądania od Przyjmującego Zamówienie zapłaty kary umownej w wysokości kary umownej lub odszkodowania żądanych od Udzielającego zamówienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie umów zawartych pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, a Udzielającym zamówienia, jeżeli nałożenie kary umownej lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewykonania lub nienależytego wykonania przez Przyjmującego zamówienia zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania w kwocie przekraczającej wysokość zastrzeżonej kary umownej.
4. W przypadku nadużyć lub sprzecznego z zasadami etyki zawodowej lub nienależytego wykonywania innego obowiązku wynikającego z umowy, w tym nienależytego udzielenia świadczenia zdrowotnego, Udzielającemu zamówienia przysługuje prawo nałożenia kary umownej w pełnej wysokości wynagrodzenia z ostatniego miesiąca, tzn. Przyjmującemu zamówienie nie zostanie wypłacone wynagrodzenie za miesiąc, w którym stwierdzono powyższe naruszenie postanowień umowy.
5. Niezależnie od kary umownej Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność na zasadach ogólnych za szkodę wynikłą z niewykonania lub nienależytego udzielenia świadczeń zdrowotnych, jeżeli rozmiar szkody przekracza wysokość kary umownej.
6. Przyjmujący Zamówienie odpowiada wyłącznie za okoliczności zaistniałe w okresie obowiązywania umowy.

§ 16.

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:

- 1) ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej w terminach i wysokości określonych w ROZPORZĄDZENIU MINISTRA FINANSÓW z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019, poz. 866);

- 2) zgłoszenia w księdze rejestrowej prowadzonej przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie, Szpitala Grochowskiego jako miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych i przedłożenia Udzielającemu zamówienia dokumentu potwierdzającego w/w wpis w terminie do dnia rozpoczęcia umowy, o ile powyższy dokument nie został dołączony do formularza oferty\*);
- 3) złożenia polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w pkt.1 najpóźniej w terminie 30 dni od daty podpisania umowy;
- 4) utrzymywania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia;
- 5) posiadania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy aktualnego orzeczenia lekarskiego oraz sanepidarno-epidemiologicznego stwierdzającego brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych;

#### § 17.

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj. Dz. U. z 2018 r., poz. 419, z późn. zm.) oraz podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.
2. Udzielający zamówienia, jako Administrator danych, upoważnia Przyjmującego zamówienie do przetwarzania w imieniu Udzielającego zamówienia danych osobowych pacjentów w zakresie i sposób konieczny do wykonania umowy.
3. Przyjmujący zamówienie upoważniony jest do przetwarzania w imieniu Udzielającego zamówienia danych osobowych pacjentów wyłącznie w okresie obowiązywania umowy, o którym mowa w § 5.
4. Przyjmujący zamówienie upoważniony jest do przetwarzania, w imieniu Udzielającego zamówienia, danych osobowych pacjentów wyłącznie, gdy jest to niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, leczenia na podstawie obowiązującego prawa, z zastrzeżeniem warunków zabezpieczeń, o których mowa w ust. 5.
5. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że podlega obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej na mocy obowiązującego prawa.
6. Przetwarzanie danych na podstawie umowy nie ma charakteru sporadycznego, dane osobowe będą przetwarzane w sposób ciągły przez cały okres obowiązywania umowy.
7. Przyjmujący zamówienie upoważniony jest do przetwarzania w imieniu Udzielającego zamówienia danych osobowych pacjentów wyłącznie w zakresie koniecznym do udzielania i dokumentowania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy w dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, z późn. zm.).
8. Przyjmujący zamówienie nie może korzystać z usług innego podmiotu przetwarzającego bez uprzedniej szczegółowej pisemnej zgody Udzielającego zamówienia.
9. Przyjmujący zamówienie przetwarza dane osobowe wyłącznie na udokumentowane polecenie Udzielającego zamówienia.
10. Po zakończeniu świadczenia usług związanych z przetwarzaniem Przyjmujący zamówienie zwraca Udzielającemu zamówienia wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że obowiązujące prawo nakazuje przechowywanie danych osobowych.
11. Udzielający zamówienia uprawniony jest do żądania od Przyjmującego zamówienia zapłaty kary umownej w wysokości kar pieniężnych lub odszkodowania żądanych od Udzielającego zamówienia przez uprawnione organy, jeżeli nałożenie kary pieniężnej lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewykonania lub nienależytego wykonania przez Przyjmującego zamówienia zadań i obowiązków, o których mowa w ust. 1-10. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania w kwocie przekraczającej wysokość zastrzeżonej kary lub odszkodowania.

#### § 18.

1. Przyjmujący zamówienie uprawniony jest do przerw w wykonywaniu świadczeń:
  - 1) przerwy nie przekraczającej łącznie 30 dni kalendarzowych przypadającej na każdy kolejny okres roczny, liczony od dnia zawarcia niniejszej umowy z zastrzeżeniem ust. 2;
  - 2) przerwy związanej z potwierdzonym udziałem Przyjmującego zamówienie w szkoleniach, sympozjach, zjazdach z zastrzeżeniem ust. 2
2. Skorzystanie z przerwy, o której mowa w ust. 1 wymaga zgody Udzielającego zamówienia.
3. Nie stanowi naruszenia warunków umowy nie udzielanie świadczeń zdrowotnych, w czasie i miejscu uzgodnionym z Udzielającym zamówienia, przez Przyjmującego zamówienie, w przypadku niezdolności do wykonywania świadczeń spowodowanych chorobą, udokumentowanych zaświadczeniem lekarskim.

#### § 19.

Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:

- 1) z upływem czasu, na który została zawarta;
- 2) na mocy porozumienia stron;
- 3) w wyniku oświadczenia **Przyjmującego Zamówienie** z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia;
- 4) w wyniku oświadczenia **Udzielającego zamówienia** z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia, jeżeli **Przyjmujący zamówienie** narusza postanowienia umowy lub jeśli dalsza realizacja umowy nie leży w interesie **Udzielającego zamówienia**.
- 5) w wyniku oświadczenia **Udzielającego zamówienia** z zachowaniem tygodniowego okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie **Przyjmującego zamówienie**, a dotyczących:
  - a) ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich niewłaściwej ilości i jakości,
  - b) nie przedstawiania w ustalonym niniejszą umową terminie wymaganych sprawozdań i informacji,
  - c) uzasadnionych skarg pacjentów, jeśli związane są one z naruszeniem postanowień niniejszej umowy lub przepisów prawa regulujących zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych.

#### § 20.

**Udzielający zamówienia** uprawniony jest do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli **Przyjmujący zamówienie**:

- 1) utracił prawo wykonywania zawodu lub prawo to zostało w stosunku do niego zawieszono;
- 2) przeniósł prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy na osobę trzecią bez zgody **Udzielającego zamówienie**;
- 3) nie dotrzymał warunków określonych w § 16 niniejszej umowy dotyczących ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) w sposób rażąco naruszył postanowienia niniejszej umowy.

#### § 21.

**Udzielający zamówienia** uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia w przypadku, w którym ulegnie rozwiązaniu umowa zawarta przez **Udzielającego zamówienia** z Narodowym Funduszem Zdrowia lub w przypadku, gdy wartość świadczeń zdrowotnych wykonanych na podstawie umowy osiągnie kwotę, powyżej której zaciągnięcie zobowiązania przez **Udzielającego zamówienia** wymaga zgody jego Rady Nadzorczej. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy w tym trybie **Udzielający zamówienia** złoży **Przyjmującemu zamówienie** na piśmie, niezwłocznie po uzyskaniu stosownej informacji.

#### § 22.

**Przyjmujący zamówienie** uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku zwłoki w wypłacie wynagrodzenia, o którym mowa w § 9 ust. 2 przekraczającej 14 dni.

#### § 23.

1. **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się w zakresie od niego zależnym zapewnić **Przyjmującemu zamówienie** warunki pracy zgodne z przepisami BHP i p/poż.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do przestrzegania przepisów BHP i p/poż obowiązujących na terenie **Udzielającego zamówienia**.

#### § 24.

W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie m.in. przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, odpowiednich rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych, obowiązujące zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz Kodeks cywilny.

#### § 25.

**Udzielający zamówienia** oświadcza, że jest dużym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych (Dz.U. z 2019, poz. 118 z późn. zm.), a **Przyjmujący zamówienie** potwierdza, że fakt ten jest mu znany w chwili zawierania umowy.

#### § 26.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

#### § 27.

Zmiany lub uzupełnienia umowy dokonywane są w formie pisemnego aneksu, pod rygorem nieważności.

#### § 28.

Spory powstałe na tle realizacji niniejszej umowy rozpatruje Sąd powszechny, właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.

*\*) - zakres świadczeń zgodny z materiałami informacyjnymi i złożoną ofertą*

**Wykaz załączników:**

Załącznik nr 1- wzór miesięcznego harmonogramu,  
Załącznik nr 2- wzór miesięcznego sprawozdania,  
Załącznik nr 3 - oświadczenie o zachowaniu danych osobowych w poufności,  
Załącznik nr 4 - wzór upoważnienia do przetwarzania danych osobowych;  
Załącznik nr 5 - klauzule obowiązku informacyjnego RODO.  
Załącznik nr 6 – Wzór Rachunku do umowy zlecenie

Przyjmujący zamówienie:

Udzielający zamówienia

PREZES ZARZĄDU  
Szpitala Grochowskiego  
im. dr. med. Józefa Kasprzaka s.p. z o.o.  
w Warszawie  
*Krzysztof Osmański*





Warszawa dnia .....2026

imię: \_\_\_\_\_  
nazwisko: \_\_\_\_\_  
stanowisko: \_\_\_\_\_  
komórka organizacyjna: \_\_\_\_\_

#### OŚWIADCZENIE

o zachowaniu informacji, w tym danych osobowych, w poufności w  
Szpitalu Grochowskim im. dr Rafała Masztaka sp. z o.o.  
(dalej „Szpital”)

#### TREŚĆ OŚWIADCZENIA

W związku z dopuszczeniem do przetwarzania informacji, w tym danych osobowych, oświadczam, że:

1. Zapoznałem się i zobowiązuję się do przestrzegania obowiązków wynikających z regulacji wewnętrznych Szpitala obowiązujących w obszarze bezpieczeństwa informacji, w tym przetwarzania danych osobowych, a w szczególności Polityki ochrony danych osobowych oraz Polityki ochrony danych osobowych „w pigułce”.
2. Zostałem poinformowany o obowiązkach spoczywających na personelu Szpitala uczestniczącym w operacjach przetwarzania informacji, w tym danych osobowych, podczas uczestnictwa w szkoleniu z zakresu bezpieczeństwa informacji, w tym ochrony danych osobowych, (np. szkoleniu online).
3. Zapewnię bezpieczeństwo przetwarzanych informacji, w tym danych osobowych, poprzez ich ochronę przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem.
4. Zachowam w tajemnicy informacje, w tym dane osobowe, oraz sposoby ich zabezpieczeń, do których uzyskam dostęp w trakcie współpracy ze Szpitalem, jak i po jej zakończeniu.
5. Będę wykonywać polecenia Inspektora Ochrony Danych oraz innych przedstawicieli Szpitala odpowiedzialnych za bezpieczeństwo informacji, w tym danych osobowych, które będą związane z zachowaniem bezpieczeństwa informacji, w tym danych osobowych, i sposobów ich zabezpieczenia w poufności.
6. W razie uzyskania nieuprawnionego dostępu do informacji, w tym danych osobowych, lub wykrycia incydentu godzącego w bezpieczeństwo informacji, w tym danych osobowych, zobowiązuję się powiadomić o tym Inspektora Ochrony Danych, adres e-mail: [iod@grochowski.waw.pl](mailto:iod@grochowski.waw.pl).
7. Znałem mi są zasady monitorowania sposobu używania sprzętu służbowego, w tym m.in. telefonu komórkowego, komputerów, poczty elektronicznej, obowiązujące w Szpitalu. Zostałem poinformowany o zakresie i sposobach prowadzenia ww. monitoringu.
8. Znałem mi są zasady odpowiedzialności prawnej za niezgodne z przepisami prawa przetwarzanie informacji, w tym danych osobowych, oraz mam świadomość, że za niedopełnienie obowiązków wynikających z niniejszego oświadczenia mogę odpowiadać prawnie na podstawie regulacji wewnętrznych obowiązujących w Szpitalu, kodeksu pracy, kodeksu karnego lub kodeksu cywilnego.
9. Zostałem poinformowany, iż administratorem moich danych osobowych jest Szpital Grochowski im. dr Rafała Masztaka sp. z o.o.
10. Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą obowiązku informacyjnego wypełniającą postanowienia art. 13 RODO.

Oświadczam, że treść niniejszego oświadczenia jest mi znana i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Potwierdzam odbiór 1 egz. niniejszego oświadczenia.

.....  
data i podpis składającego oświadczenie

Warszawa dnia .....2026

UPOWAŻNIENIE nr .....  
do przetwarzania danych osobowych w  
Szpitalu Grochowski im. dr med. Rafała Masztaka sp. z o.o.

TREŚĆ UPOWAŻNIENIA


Działając na podstawie Polityki ochrony danych osobowych, w celu zapewnienia realizacji postanowień Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwanego dalej „RODO”, administrator upoważnia:

imię: \_\_\_\_\_  
nazwisko: \_\_\_\_\_  
stanowisko: \_\_\_\_\_

do przetwarzania danych osobowych, których administratorem w rozumieniu art. 4 pkt 7 RODO jest Szpital Grochowski im. dr med. Rafała Masztaka sp. z o.o. lub które zostały powierzone Szpitalowi Grochowskiemu im. dr med. Rafała Masztaka sp. z o.o. do przetwarzania.

Upoważnienie dotyczy przetwarzania danych osobowych w postaci papierowej oraz w ramach nadanychostępów do systemów informatycznych służących do przetwarzania danych osobowych w zakresie zgodnym z zakresem powierzonych czynności.

Upoważnienie traci ważność z chwilą wydania nowego upoważnienia lub ustania stosunku umownego wiążącego upoważnionego ze Szpitalem Grochowski im. dr med. Rafała Masztaka sp. z o.o.

PREZES ZARZĄDU  
Szpitala Grochowskiego  
im. dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o.  
w Warszawie  
  
Data, podpis i pieczęć Prezesa

Potwierdzam otrzymanie niniejszego upoważnienia.

\_\_\_\_\_  
Data i podpis osoby upoważnionej

#### KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB WSKAZANYCH W KOMPARYCJI UMOWY

Zgodnie z art. 13 Ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Szpital Grochowski im. dr med. Rafała Masztaka spółką z ograniczoną odpowiedzialnością, z siedzibą w Warszawie (04-073) przy ul. Grenadierów 51/59.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@grochowski.waw.pl.
3. Administrator będzie przetwarzał Państwa dane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) w zw. z umową, zawartą z podmiotem, do którego reprezentowania jesteście Państwo uprawnieni oraz na podstawie art. 6 ust 1 lit. f) RODO, na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Administratora, którym jest ustalenia, zabezpieczenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń;
4. Państwa dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także innym podmiotom z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcom świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
5. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych;
7. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres współpracy między Administratorem a Wykonawcą, a po jego zakończeniu przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów prawa;
8. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, prawo do usunięcia danych a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania.

#### KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W REALIZACJI UMOWY

Zgodnie z art. 13 i art. 14 Ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Szpital Grochowski im. dr med. Rafała Masztaka spółką z ograniczoną odpowiedzialnością, z siedzibą w Warszawie (04-073) przy ul. Grenadierów 51/59.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@grochowski.waw.pl.
3. Administrator przetwarza Państwa dane osobowe w zakresie: imienia i nazwiska, stanowiska służbowego, danych kontaktowych (numeru telefonu). Państwa dane zostały pozyskane w sposób inny niż od osoby, której dane dotyczą (tj. od Wykonawcy) oraz są przetwarzane w wyniku współpracy między Administratorem, a Wykonawcą;
4. Administrator będzie przetwarzał Państwa dane na podstawie art. 6 ust 1 lit f) RODO na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora którym jest:
  1. bieżąca realizacja umowy (umożliwienie kontaktu pomiędzy dedykowanymi jednostkami odpowiedzialnymi za realizację umowy;
  2. ustalenia, zabezpieczenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń wynikających z zawartej umowy.
5. Państwa dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także innym podmiotom z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcom świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
6. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
7. Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych;
8. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres współpracy między Administratorem a Wykonawcą, a po jego zakończeniu przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów prawa;
9. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu i usunięcia danych a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania.

WZÓR RACHUNKU DO UMOWY ZLECENIE

Warszawa, dnia.....

1. NAZWISKO: .....

2. IMIĘ (imiona): .....

3. IMIONA RODZICÓW: .....

4. DATA I MIEJSCE URODZENIA: .....

NR PESEL: .....

Województwo/gmina/dzielnica : .....

Miejscowość (kod pocztowy): .....

Ulica (nr domu i mieszkania): .....

Nr telefonu:.....

Urząd Skarbowy : .....

RACHUNEK DO UMOWY ZLECENIA nr .....

Praca wykonywana w okresie od dnia ..... do dnia.....roku  
dla Szpitala Grochowskiego im. dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o., ul. Grenadierów 51/59, 04-073 Warszawa

za: .....

Kwota złotych ..... brutto

(słownie złotych: .....)

Zgodnie z załączonym sprawozdaniem z liczby przepracowanych godzin.

Wynagrodzenie proszę wypłacić (zaznaczam wybraną opcję):

1. przelewem na rachunek bankowy .....

2. przez kasę

OŚWIADCZAM, ŻE :

Zobowiązuję się powiadomić Zleceniodawcę o każdorazowej zmianie danych oraz o sytuacji zawodowej objętej treścią niniejszego oświadczenia. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że nieprawidłowe lub nieterminowe wypełnienie niniejszego dokumentu może spowodować nieprawidłowości w zgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz opóźnić termin zapłaty.

.....  
(czytelny podpis wystawcy)

Stwierdzam wykonanie pracy : .....

(podpis i pieczęć)

Stwierdzam zgodność z umową: .....

(podpis i pieczęć)