

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 PIELĘGNIARKĘ/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:

Prezesa Zarządu Spółki – Pana Gwidona Wójcika

Członka Zarządu – Panią Emilię Lenartowicz

a

Pana/Pani

adres: ul.

Zwanym/ą dalej „Przyjmującym zamówienie”.

Przyjmujący zamówienie został wybrany w wyniku konkursu ofert KO_03_05_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 zlecone 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 dentystry, 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 czerwca 2026 r. do dnia 31 maja 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 zamówienie** 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 powyższy 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, liczonej od dnia zawarcia niniejszej umowy z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 2) przerwy związanej z potwierdzonym udziałem **Przyjmującego zamówienia** 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 zamówienia**, 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 rażący 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. Rafała Masztaka Sp. z o.o.

Gwidon Wójcik

CZŁONEK ZARZĄDU
Szpitala Grochowskiego
im. dr. med. Rafała Masztaka Sp. z o.o.

Emilia Lenartowicz

Warszawa dnia2026

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.
7. Znane 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. Znane 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

Załącznik nr 4 do umowy

Warszawa dnia2026

UPOWAŻNIENIE
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 nadanych dostępów 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.

Potwierdzam otrzymanie niniejszego upoważnienia.

Data i podpis osoby upoważnionej

PREZES ZARZĄDU
Szpitala Grochowskiego
im. dr. med. Rafała Masztaka Sp. z o.o.
Guidon Wójcik

PREZES ZARZĄDU
Szpitala Grochowskiego
im. dr. med. Rafała Masztaka Sp. z o.o.
Emilia Leniowicz

Data i podpis / Pieczęćka Prezesa

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)