

Wzór

# UMOWA

NR

...../2018

nr umowy / rok

**Na realizację projektu przygotowania Szpitala do  
uzyskania certyfikatu akredytacyjnego CMJ.**

## STRONY UMOWY

| PARAMETR    | WYKONAWCA | ZAMAWIAJĄCY                        |
|-------------|-----------|------------------------------------|
| Nazwa firmy |           | Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa |
| Adres firmy |           | 44-145 Pilchowice ul. Dworcowa 31  |
| NIP         |           | 969-11-62-275                      |
| REGON       |           | 276215293                          |
| Rejestr KRS |           | 0000050139                         |
| Telefon     |           | 32 3319903                         |
| Fax         |           | 32 3319908                         |
| WWW         |           | www.szpital-pilchowice.pl          |
| E-mail      |           | szpital@szpital-pilchowice.pl      |

|   |  |             |           |
|---|--|-------------|-----------|
| <b>Na realizację projektu przygotowania Szpitala do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego CMJ</b> |  |             |           |
| Umowa nr: /2018   |  | Data umowy: | .....2018 |

## UMOWA

Zawarta w dniu ..... pomiędzy:

|                    |  |            |            |
|--------------------|--|------------|------------|
| Nazwa              | Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa             | NIP        | 9691162275 |
| Adres              | 44-145 Pilchowice ul. Dworcowa 31              | REGON      | 276215293  |
| Organ Rejestacyjny | Sąd Rejonowy Gliwice X Wydział Gospodarczy KRS | Nr KRS     | 0000050139 |
| Reprezentant I     | lek. med. Joanna Niestrój - Ostrowska          | Stanowisko | Dyrektor   |

zwanym dalej Zamawiającym

a

|                    |  |            |  |
|--------------------|--|------------|--|
| Nazwa              |  | NIP        |  |
| Adres              |  | REGON      |  |
| Organ Rejestacyjny |  | Nr KRS     |  |
| Reprezentant I     |  | Stanowisko |  |
|                    |  |            |  |

zwaną dalej Wykonawcą

Zamawiający i Wykonawca, łącznie zwani dalej Stronami, zawierają umowę na podstawie zamówienia publicznego przeprowadzonego w trybie zapytania ofertowego (art. 4.8 ustawy Pzp) - nr spr 18/ZP/2018 następującej treści:

### § 1

1. Przedmiotem umowy jest usługa polegająca na realizacji projektu przygotowania Szpitala do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego CMJ, którą Zamawiający zleca, a Wykonawca przyjmuje do wykonania.
2. Usługa obejmuje wykonywanie zadań:
  - a. Przygotowanie Szpitala do przeglądu akredytacyjnego pod względem spełniania standardów akredytacyjnych w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U.2016.2135);
  - b. Przeprowadzenie audytu dokumentacji systemowej posiadanej przez Szpital;
  - c. Opracowanie raportu z audytu z identyfikacją obszarów wymagających uruchomienia dodatkowych działań;
  - d. Opracowanie brakującej dokumentacji systemowej;
  - e. Pełnienie roli Pełnomocnika ds. jakości.

### § 2

1. Wykonawca zobowiązuje się do samodzielnego wykonywania usługi wskazanej w § 1.
2. Wykonawca oświadcza i zapewnia, że:
  - a. Posiada uprawnienia oraz niezbędną wiedzę, kwalifikacje i doświadczenie zapewniające należyte wykonanie przedmiotu umowy;
  - b. Będzie realizował przedmiot zamówienia zgodnie z:
    - ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U.2016.2135);
    - zestawem standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali, opublikowanych w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia (Dz.Urz.MZ.10.2.24 z dnia 18 stycznia 2010 r.)
3. Wykonawca zobowiązuje się wykonywać obowiązki z najwyższą starannością, zgodnie z odpowiednimi przepisami oraz według swojej najlepszej wiedzy. W przypadku stwierdzenia uchybień, które spowodowały dowiedzione straty po stronie Zamawiającego, dopuszcza się zapłacenie kary przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego w wysokości jednomiesięcznego wynagrodzenia, określonego w § 8 ust. 1 niniejszej umowy.
4. Strony zobowiązują się do zachowania w poufności wszystkich informacji uzyskanych przez nie w związku z zawarciem umowy.

| Na realizację projektu przygotowania Szpitala do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego CMJ |  |             |           |
|--|--|-------------|-----------|
| Umowa nr: /2018  |  | Data umowy: | .....2018 |

- Wykonawca zobowiązuje się do zwrotu Zamawiającemu dokumentacji, jaką przejął od niego w związku z wykonywaniem usług objętych umową.
- Dokumenty opracowane przez Wykonawcę, po przekazaniu Zamawiającemu, będą stanowiły własność Zamawiającego, ale Wykonawca zachowuje prawa autorskie niemajątkowe do utworu w rozumieniu prawa autorskiego.

Wynagrodzenie ustalone dla Wykonawcy w § 8 niniejszej umowy zawiera również wynagrodzenie za utwór Wykonawcy, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym. Wynika z tego, że Zamawiający nie może jednak korzystać z utworu poza potrzebami własnymi, co oznacza, iż nie może być on przekazany osobom trzecim w żadnej formie (np. do wglądu – poza organami kontroli i nadzoru, poprzez kopiowanie lub przesyłanie w formie papierowej lub elektronicznej itp.), chyba że Wykonawca wyrazi na to zgodę na piśmie i zostanie dokonana za tą czynność dodatkowa opłata zgodna z cennikiem Wykonawcy. Nie mogą one zostać również użyte przez Zamawiającego do innych celów lub dla innych podmiotów niż określa to umowa.

### § 3

- Wykonawca przybywa do miejsca realizacji usług objętych przedmiotem umowy na czas potrzebny do realizacji powierzonych mu zadań wg. załączonego do umowy harmonogramu (załącznik nr 3 do umowy).
- Wykonywanie pracy przez Wykonawcę wykraczającej poza ustalony wymiar miesięczny wymaga wcześniejszego powiadomienia Zamawiającego i uzyskanie jego akceptacji.
- Z ramienia Zamawiającego, osobą uprawnioną do kontaktów z Wykonawcą, będzie Imię i nazwisko.....  
Stanowisko: .....  
Telefon: .....(numer będzie stanowił identyfikację Zamawiającego)  
Adres e-mail: .....

### § 4

- Zamawiający udostępnia Wykonawcy dokumenty niezbędne do wykonywania przedmiotu umowy.
- Wykonawca, któremu przekazywane są powyższe dane zobowiązuje się do nieprzetwarzania i nieudostępniania ich w celach i zakresie innym, niż przewidzianych w umowie i związanych z jej realizacją oraz zabezpieczenia ich przed dostępem osób nieuprawnionych.

### § 5

Powołanie Wykonawcy do wykonywania funkcji Pełnomocnika ds. jakości wymaga podpisania stosownej umowy pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym. Na rzecz Zamawiającego funkcja ta wykonywana jest przez Wykonawcę w ramach niniejszej umowy i nie wymaga dodatkowych opłat, chyba, że Strony postanowią inaczej.

### § 6

- Umowa zostaje zawarta na czas określony, **od 01 listopada 2018 r. do 30 kwietnia 2019 r.**
- Stronom przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy przy zachowaniu 30 – o dniowego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie będzie skuteczne, jeśli będzie dokonane w formie pisemnej.

### § 7

- Wartość szacunkowa umowy wynosi ..... zł netto+ VAT w odpowiedniej wysokości
- W okresie objętym umową, Zamawiający będzie płacił za wykonaną usługę opłatę miesięczną w wysokości 1/6 wartości umowy tj..... zł.+ VAT, płatne w terminie 60 dni od daty wystawienia faktury, na rachunek bankowy podany na fakturze VAT.
- Faktura wystawiana będzie w okresach jednomiesięcznych, z początkiem każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
- Ostatnia faktura wystawiona będzie po otrzymaniu przez Zamawiającego certyfikatu akredytacyjnego.
- Zamawiający upoważnia Wykonawcę do wystawiania faktur VAT bez podpisu odbiorcy.

| Na realizację projektu przygotowania Szpitala do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego CMJ |  |             |           |
|--|--|-------------|-----------|
| Umowa nr: /2018  |  | Data umowy: | .....2018 |

6. Zamawiający nie wyraża zgody na przesyłanie faktur przez Wykonawcę drogą elektroniczną.
7. W przypadku stwierdzenia przez Wykonawcę braku płatności za wystawione faktury, Wykonawca ma prawo odmówić wykonania usług objętych przedmiotem umowy, a kolejne faktury wystawiać jako faktury proforma.

### § 8

1. Wykonawca zapłaci karę umowną:
  - a. w przypadku nie otrzymania certyfikatu akredytacyjnego z winy Wykonawcy - w wysokości jednomiesięcznego wynagrodzenia brutto.
  - b. w przypadku odstąpienie od umowy – w wysokości 5% wartości brutto umowy
2. Zamawiający zapłaci karę umowną
  - a. w przypadku odstąpienie od umowy – w wysokości 5% wartości brutto umowy,

### § 9

#### Informacja o przetwarzaniu danych

Zamawiający, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuje, że:

- a) w celu prowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługę polegającą na realizacji projektu przygotowania Szpitala do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego CMJ – znak sprawy: 17/ZP/2018, prowadzonego w trybie art. 4.8 ustawy PZP - zapytania ofertowego, przetwarzane będą dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
- b) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:  
**Szpital Chorób Płuc im Św. Józefa w Pilchowicach**  
 ul. Dworcowa 31 44-145 Pilchowice  
 Tel.: 32 331-99-01  
 Faks: 32 331-99-08  
 e-mail: [szpital@szpital-pilchowice.pl](mailto:szpital@szpital-pilchowice.pl).
- c) reprezentantem administratora w Szpitalu Chorób Płuc im. Św. Jozefa w Pilchowicach jest inspektor ochrony danych osobowych - Pan Krzysztof Hawrylak Tel 32 331 99 41, [iod@szpital-pilchowice.pl](mailto:iod@szpital-pilchowice.pl);
- d) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy Pzp;
- e) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia;
- f) obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
- g) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- h) posiada Pani/Pan:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych, z tym że skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników;

| Na realizację projektu przygotowania Szpitala do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego CMJ |  |             |           |
|--|--|-------------|-----------|
| Umowa nr: /2018  |  | Data umowy: | .....2018 |

- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych, z tym że prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego;
  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- i) nie przysługuje Pani/Panu:
- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO;

Zamawiający dołoży wszelkich starań, aby zapewnić odpowiednie środki ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym lub umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa

### § 10

1. Prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy nie mogą być przenoszone na rzecz osób trzecich.
2. W zakresie nieuregulowanym umową znajdują zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa, a w szczególności przepisy kodeksu cywilnego.
3. Wszelkie spory mogące wynikać z niniejszej umowy rozstrzygane będą przez sąd powszechny właściwy ze względu na siedzibę pozwanego.
4. Wszelkie zmiany w umowie z wyłączeniem § 8 ust.6 wymagają formy pisemnej.

### § 11

Niniejsza umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

| DATA, PODPIS I PIECZĄTKA<br>REPREZENTANTA WYKONAWCY | DATA, PODPIS I PIECZĄTKA<br>REPREZENTANTA ZAMAWIAJĄCEGO |
|---|---|
|   |   |

Załącznik 1

**LOKALIZACJE OBJĘTE UMOWĄ I OSOBY ODPOWIEDZIALNE ZA REALIZACJĘ UMOWY**

| Lp. | NAZWA LOKALIZACJI                                 | ADRES LOKALIZACJI                 | DZIAŁ    | KONTAKT DO DZIAŁU   |
|-----|---|-----------------------------------|----------|---|
| 1   | Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach | 44-145 Pilchowice ul. Dworcowa 31 | Dyrekcja | Telefon - 32 331 99 03<br><a href="mailto:szpital@szpital-pilchowice.pl">szpital@szpital-pilchowice.pl</a><br>32 331 99 85<br>dmarkłowska@szpital-pilchowice.pl |

**Osoby odpowiedzialne za realizację umowy**

| Lp.                            | Imię i nazwisko                            | Stanowisko służbowe |
|--------------------------------|--|---------------------|
| <b>Ze strony Wykonawcy</b>     |  |                     |
| 1                              |  |                     |
| 2                              |  |                     |
| 3                              |  |                     |
| <b>Ze strony Zamawiającego</b> |  |                     |
| 1                              |  |                     |
| 2                              |  |                     |
| 2                              | Inna osoba upoważniona przez Zamawiającego |                     |

Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa  
w Pilchowicach

**QED-012**

**PROTOKÓŁ WADLIWYCH  
DOSTAW / USŁUG  
Nr ...../ .....**

**Nazwa i adres dostawcy wadliwej dostawy/wykonanej usługi**

.....  
.....  
.....

**Data przyjęcia wadliwej dostawy/wykonanej usługi** .....

**Nazwa i/lub typ** dostarczonego towaru/wykonanej dostawy/usługi

.....  
.....  
.....

**Rodzaj i/lub numer** dowodu dostawy/wykonanej usługi, umowy .....

**Stwierdzone Usterki / Niezgodności**

.....  
.....  
.....

.....  
Podpis dostawcy

**Wynik Reklamacji**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Data i Podpis osoby upoważnionej -  
stwierdzającej niezgodność

.....  
Data przyjęcie do **Działu Inwestycji**

Podpis osoby przyjmującej protokół do **Działu Inwestycji**