**Załącznik nr 1do SWKO**

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

/pieczątka firmowa/

………………….

data sporządzenia (dd/mm/rrrr)

**FORMULARZ OFERTOWY**

w sprawie umowy na usługi medyczne w zakresie badań – histopatologicznych, cytologicznych, cytologii ginekologicznej, biopsji cienkoigłowych, śródoperacyjnych „INTRA”, immunohistochemicznych, oligobiopsji

1. **Dane Oferenta**

1.1. ………………………………

/nazwa, siedziba/

1.2. NIP …………………………

1.3. REGON …………………………….

1.4. Organ rejestrowy i nr wpisu do KRS, bądź ewidencji działalności gospodarczej oraz nr Księgi Rejestrowej Wojewody

1.5. Nr umowy z NFZ: …………………..

1.6. Adres e-mail: …………………..

1.7. Telefon, fax

2. Odległość miejsca wykonywania badania od siedziby Zamawiającego ………… (Dotyczy Pakietu nr 2)

3. **Zamawiający**

Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.

ul. 1-go Maja 9

41-100 Siemianowice Śląskie

4. W oparciu o ogłoszenie Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o. dot. konkursu na wykonywanie usług medycznych w zakresie badań – histopatologicznych, cytologicznych, cytologii ginekologicznej, biopsji cienkoigłowych, śródoperacyjnych „INTRA”, immunohistochemicznych, oligobiopsji opublikowane na tablicy ogłoszeń Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich oraz na stronie internetowej www.zozsiemianowice.pl, oferuję wykonywanie usług w wyżej wymienionym zakresie na okres od **01.03.2019 r.** do **28.02.2022 r.**

5. Niniejszym składam ofertę na usługi w zakresie badań – histopatologicznych, cytologicznych, cytologii ginekologicznej, biopsji cienkoigłowych, śródoperacyjnych „INTRA”, immunohistochemicznych, oligobiopsji pacjentów Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o..

6. Minimalna liczba osób udzielających świadczenia - ………..

7. Oświadczam, że:

7.1. przez cały okres trwania umowy będę świadczył usługi medyczne w zakresie badań – histopatologicznych, cytologicznych, cytologii ginekologicznej, biopsji cienkoigłowych, śródoperacyjnych „INTRA”, immunohistochemicznych, oligobiopsji;

7.2. zapoznałem się z ogłoszeniem, SWKO oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich żadnych zastrzeżeń;

7.3. dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;

7.4. uważam się związany niniejszą ofertą na czas określony w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, w przedmiocie którego moja oferta dotyczy, tj. przez okres 21 dni od upływu terminu składania ofert;

7.5. wszystkie osoby, które będą wykonywać usługi objęte konkursem posiadają odpowiednie kwalifikacje zgodnie z obowiązującymi przepisami;

7.6. posiadam aktualne świadectwa BHP oraz sanitarne;

7.7. posiadam tytuł prawny do lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne;

7.8. posiadam sprzęt i aparaturę medyczną stanowiącą wyposażenie lokali;

7.9. spełniam wymogi sanitarno – epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane usługi medyczne.

8. Zobowiązuję się:

8.1. zamieścić dane z podpisanej umowy w Portalu Świadczeniodawców;

8.2. przestrzegać przepisów oraz aktów wewnętrznych Zamawiającego dotyczących przedmiotu umowy;

8.3. nadzorować pracę zatrudnionych osób w celu zapewnienia prawidłowego świadczenia usług;

8.4. zapewnić wszelkie wyroby, produkty, materiały i środki potrzebne do świadczenia usługi;

8.5. zapewnić 24 godzinną dyspozycyjność przez 7 dni w tygodniu - poza godzinami pracy Histopatologicznej Pracowni Diagnostycznej dostępność usług po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym;

8.6. zapewnić ochronę danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz podpisać umowę o współadministrowaniu danymi osobowymi zgodnie z obowiązującymi przepisami;

8.7. spełnić wszystkie wymogi wynikające ze Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Załączniki:

1. Kopia zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej, bądź aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej / aktualny odpis KRS.

2. Kopia decyzji o nadaniu numeru NIP (w przypadku braku aktualnego wydruku z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej).

3. Kopia decyzji o nadaniu numeru REGON (w przypadku braku aktualnego wydruku z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej).

4. Kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej OC.

5. Zaakceptowany podpisem projekt umowy – Załącznik nr 3

6. Cennik badań

7. Załącznik nr 4 – Porozumienie o współadministrowaniu.

……….………………………………

pieczątka i czytelny podpis Oferenta lub osoby upoważnionej

do reprezentacji Oferenta

**Załącznik nr 2 do SWKO**

**Pakiet nr 1 - Badania histopatologiczne, cytologiczne, cytologii ginekologicznej, biopsji cienkoigłowej, immunohistochemiczne, oligobiopsji, śródoperacyjne „INTRA” – kontrola parafinowa.**

**Formularz cenowy - CENNIK BADAŃ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | Rodzaj badania | Cena jednostkowa brutto za badanie | Czas oczekiwania na wynik badania |
| 1 | Badania Histopatologiczne prowadzone technika parafinową z barwieniem HE | …………… zł Brutto | **Wymagany – 3 – 5 dni**  Oferowany:  …………………… |
| 2 | Badania Cytologiczne płynów/popłuczyn | …………… zł Brutto | **Wymagany – 3 – 5 dni**  Oferowany:  …………………… |
| 3 | Cytologia ginekologiczna | …………… zł Brutto | **Wymagany – 3 – 5 dni**  Oferowany:  …………………… |
| 4 | Biopsja cieńkoigłowa pod kontrola USG  z ocena cytologiczną zakończona wnioskiem – wykonana w siedzibie Zleceniodawcy | …………… zł Brutto | **Wymagany – 3 – 5 dni**  Oferowany:  …………………… |
| 5 | Badani Immunohistochemiczne | …………… zł Brutto | **Wymagany – 3 – 5 dni**  Oferowany:  …………………… |
| 6 | Oligobiopsji (biopsja gruboigłowa gruczołu piersiowego ) | …………… zł Brutto | **Wymagany – 3 – 5 dni**  Oferowany:  …………………… |
| 7 | Śródoperacyjen „INTRA” – kontrola parafinowa | …………… zł Brutto | **Wymagany – 3 – 5 dni**  Oferowany:  …………………… |
| 8 | Oznaczanie receptorów estrogenowych, progesterenowych | …………… zł Brutto | **Wymagany – 3 – 5 dni**  Oferowany:  …………………… |
| 9 | Oznaczenie immunohistopatochemiczne receptora HER2 | …………… zł Brutto | **Wymagany – 3 – 5 dni**  Oferowany:  …………………… |

**Pakiet nr 2 - INTRA**

**Formularz cenowy - CENNIK BADAŃ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | Rodzaj badania | Cena jednostkowa brutto za badanie | Czas oczekiwania na wynik badania |
| 1 | Śródoperacyjne „INTRA” – wykonane techniką mrożeniową | …………… zł Brutto | **Wymagany –**  **do 30 min. od dostarczenia materiału**  Oferowany:  …………………… |

Łączny czas od pobrania materiału do badań śródoperacyjnych „INTRA” wraz z dostarczeniem wyniku nie może przekroczyć 45 minut.

……….……………………………………

pieczątka i czytelny podpis Oferenta lub osoby upoważnionej

do reprezentacji Oferenta

**Załącznik nr 3 do SWKO**

UMOWA NR SZM/ / 2019

zawarta w dniu r. w Siemianowicach Śląskich pomiędzy:

Szpitalem Miejskim w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.

41-100 Siemianowice Śląskie, ul. 1-go Maja 9

NIP 643-17-64-082; REGON 000308270; zarejestrowany w Sądzie Rejonowym Katowice-Wschód Wydział VIII Gospodarczy KRS pod numerem 0000490160, nr umowy z NFZ 121/100474, reprezentowany przez

………………………………………………………

zwanym dalej Zleceniodawcą, bądź Szpitalem

a

………………………………

zwanymi dalej Zleceniobiorcą

następującej treści:

W związku z ogłoszeniem w dniu 12.02.2019 r. konkursu na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, w wyniku postępowania konkursowego, przeprowadzonego na podstawie przepisów art. 26-27 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r., (Dz. U. 2018 r. poz. 2190 j.t), Zleceniobiorca złożył Ofertę, która stanowi Załącznik do niniejszej umowy oraz został wyłoniony, jako podmiot mający wykonywać usługi medyczne **Pakiet nr 1\*** - w zakresie badań - histopatologicznych, cytologicznych, cytologii ginekologicznej, biopsji cienkoigłowych, śródoperacyjnych „INTRA” – kontrola parafinowa, immunohistochemicznych, oligobiopsji\*, **Pakiet nr 2\*** - śródoperacyjnych „INTRA” – metoda mrożeniowa.\*

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest zapewnienie całodobowo możliwości świadczenia przez Zleceniobiorcę usług medycznych **Pakiet nr 1\*-** w zakresie badań - histopatologicznych, cytologicznych, cytologii ginekologicznej, biopsji cienkoigłowych, śródoperacyjnych „INTRA”- kontrola parafinowa,, immunohistochemicznych, oligobiopsji\*, **Pakiet nr 2\*** - śródoperacyjnych „INTRA” – metoda mrożeniowa.\* - dla pacjentów rozliczanych w ramach hospitalizacji oraz pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym w Szpitalu Miejskim w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o., objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym z terenu miasta Siemianowice Śląskie i miast okolicznych, zgodnie z zakresem kontraktu z NFZ. Szacunkowa liczba osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych w tut. Szpitalu wynosi ok. 80.000.
2. Zleceniobiorca oświadcza, iż przedmiot umowy nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Zleceniobiorcę, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Zleceniobiorca oświadcza, iż posiada odpowiednią wiedzę medyczną, kwalifikacje i doświadczenie niezbędne do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz wszelkimi innymi przepisami o charakterze wewnętrznym i zewnętrznym, w tym przepisami powszechnie obowiązującymi w zakresie, w jakim mają one zastosowanie do wykonania niniejszej umowy.
4. Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystyki medycznej w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów prawa, w tym do uzyskania zgody pacjenta leczonego w trybie ambulatoryjnym na wykonanie zabiegu.
5. Minimalna liczba osób udzielających świadczenia -

§ 2

1. Koszty transportu materiału do badania ponosi Zleceniobiorca.
2. Informacja o konieczności odbioru materiału do badania, zgłaszana będzie Zleceniobiorcy pod

numer telefonu ……………………………………

1. Określone umową usługi medyczne będą wykonywane na podstawie indywidualnych zleceń/skierowań wystawianych przez upoważniony personel Zleceniodawcy zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. W przypadku korzystania przez Szpital z druków skierowań opracowanych przez Zleceniobiorcę, jest on zobowiązany zaopatrzyć Szpital w odpowiednią ilość skierowań zabezpieczającą cały okres trwania umowy.
3. Zleceniobiorca zapewni, że czas oczekiwania na wynik badania winien być maksymalnie skrócony, zależnie od rodzaju i charakteru badania. Maksymalny czas oczekiwania na wynik badania nie może być dłuższy niż …. godziny ( od 72 godz. do 120 godz.)\*, natomiast w przypadku badań śródoperacyjnych „INTRA” 30 minut od momentu dostarczenia materiału.\*
4. Łączny czas od pobrania materiału do badań śródoperacyjnych „INTRA” wraz z dostarczeniem wyniku nie może przekroczyć 45 minut.
5. Wynik badania ma być dostarczony do Szpitala i przekazany osobie upoważnionej przez Ordynatora Oddziału / Lekarza Kierującego Oddziałem do odbioru wyniku lub przesłany listem poleconym. Ponadto wynik badania ma zostać przesłany faxem na nr (32) 608 59 92 lub droga elektroniczną……………….. Koszty związane z dostarczeniem wyników badań ponosi Zleceniobiorca.
6. W przypadku wystąpienia problemów z danym zakresem badania, Zleceniobiorca winien być w kontakcie telefonicznym z Ordynatorem Oddziału/ Lekarzem Kierującym Oddziałem, bądź Lekarzem kierującym na badania i na bieżąco informować o wszelkich problemach z realizacją skierowania.
7. W przypadku zlecenia badania objętego niniejszą umową podmiotowi trzeciemu, Zleceniobiorca winien wskazać na piśmie nazwę badania i miejsce jego wykonania oraz uzyskać pisemną zgodę Zleceniodawcy na zleceniu badań. Zleceniodawca ma prawo przed wydaniem zgody żądać dokumentów potwierdzających należytą zdolność podmiotu trzeciego do realizacji badań, mających być przedmiotem zlecenia.
8. W przypadku, kiedy siedziba Zleceniobiorcy oddalona jest powyżej 1 km od siedziby Zleceniodawcy, Zleceniobiorca zobowiązany jest zapewnić potrzebną ilość sprzętu do transportu materiału przeznaczonego do badania oraz zapewnić przechowanie materiału biologicznego po pobraniu i po wykonaniu badania zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.
9. W przypadku wykonywania przez Zleceniobiorcę badań histopatologicznych preparatów z Oddziału Ginekologiczno - Położniczego Szpitala, zawierających szczątki ludzkie w postaci pozostałości płodów lub zarodków, Zleceniobiorca zobowiązany jest do traktowania tych preparatów z należnym zwłokom ludzkim szacunkiem oraz do przekazywania ich po wykonaniu badania histopatologicznego do Prosektorium Szpitala za pisemnym potwierdzeniem odbioru.
10. Zleceniobiorca zobowiązany jest prowadzić odrębną ewidencję preparatów pozwalającą na ustalenie miejsca ich położenia i identyfikację od momentu przekazania przez Szpital, do momentu ich zwrotu.
11. Preparat winien być zwracany w oryginalnym opakowaniu, dodatkowo winien być umieszczony w opakowaniu ochronnym czarnym, nieprzezroczystym foliowym lub papierowym.
12. Zleceniobiorca oświadcza, iż zapoznał się z regulacjami wewnętrznymi Szpitala, dotyczącymi postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i zobowiązuje się do nich dostosować.

§ 3

1. Zleceniobiorca będzie świadczył usługi w oparciu o ceny jednostkowe określone w cenniku badań, stanowiącym załącznik oferty – odpowiedni Pakiet nr 1\* / Pakiet nr 2.\*
2. Zleceniobiorca przyjmuje do wiadomości, że ceny podane przez Zleceniobiorcę w ofercie są kwotami ostatecznymi brutto i w trakcie trwania umowy nie mogą podlegać zmianom. W przypadku zmiany stawki podatku VAT zleceniobiorca wystawi fakturę zgodnie z aktualną stawką podatku VAT.
3. Zleceniodawca zobowiązany jest do zapłaty wynagrodzenia za wykonane usługi w terminie 30 dni od daty otrzymania faktury, na wskazany w niej rachunek.
4. Zleceniodawca ma prawo do kwestionowania ilości preparatów, a co się z tym wiąże do pomniejszenia kwoty należnej za badania, jeżeli uzna, iż postawienie diagnozy było możliwe w oparciu o mniejszą od wskazanej ilości preparatów - w takim przypadku zawiadamia Zleceniobiorcę na piśmie.
5. W związku z ust. 4 Zleceniobiorca ma obowiązek skorygować faktury do ilości zgodnej ze wskazaniem Szpitala w terminie 7 dni.
6. Okresem rozliczeniowym ustanawia się miesiąc kalendarzowy.
7. Wraz z fakturą Zleceniobiorca zobowiązany jest (na podstawie otrzymanych zleceń) przedstawić wykaz wykonanych usług z podaniem:
   1. daty wykonania usługi;
   2. imienia i nazwiska pacjenta;
   3. imienia i nazwiska lekarza kierującego;
   4. nazwy komórki kierującej.
8. Dodatkowo Zleceniobiorca zobowiązany jest do przedkładania wraz z fakturą wykazu wykonanych usług z podaniem:
   1. ilości badań wykonywanych przez Zleceniobiorcę ogółem;
   2. ilości poszczególnych badań zleconych przez Zleceniodawcę.

§ 4

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na okres 3 lat od **01.03.2019 r.** do **28.02.2022 r.**
2. Umowa może ulec rozwiązaniu:
3. bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku opóźnienia z zapłatą za dwa okresy płatności świadczonych usług;
4. bez zachowania okresu wypowiedzenia wskutek oświadczenia jednej ze Stron, w przypadku, gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy;
5. z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, po wypowiedzeniu umowy przez jedną ze Stron bez konieczności podawania przyczyny, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego;
6. z upływem czasu, na który została zawarta;
7. z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych.

2. Zleceniobiorca w zobowiązuje się najpóźniej do 7 dni roboczych od otrzymania obustronnie podpisanej umowy wpisać niniejszą umowę w Portalu Świadczeniodawców pod rygorem naliczenia kary umownej w wysokości 1000,00 złotych.

§ 5

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się w okresie trwania umowy posiadać aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej na kwotę nie niższą niż 75 000,00 EURO na jedno i 350 000,00 EURO wszystkie zdarzenia.
2. W przypadku, jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres krótszy niż czas trwania umowy, Zleceniobiorca zobowiązany jest do przedłużenia umowy ubezpieczenia i przedłożenia polisy potwierdzającej to przedłużenie Szpitalowi w terminie 3 dni przed upływem terminu aktualnej polisy.

§ 6

1. Jakiekolwiek zawiadomienie lub korespondencja będzie uważana za doręczoną w dacie doręczenia, zgodnie z przepisami prawa polskiego. Doręczenia pod adres wskazany poniżej uznane będą za skuteczne, do czasu powiadomienia drugiej Strony w formie pisemnej o nowym adresie do doręczeń.
2. Strony ustalają następujące adresy do korespondencji:

Szpital: Zleceniobiorca:

Szpital Miejski w Siemianowicach

Śląskich Sp. z o.o.

ul. 1-go Maja 9, 41-100 Siemianowice Śl. e-mail:

e -mail: [sekretariat@zozsiemianowice.pl](mailto:sekretariat@zozsiemianowice.pl)

1. Szpital ma prawo naliczania Zleceniobiorcy kary umownej w wysokości:
   1. 3.000 złotych w przypadku odstąpienia od umowy lub rozwiązania umowy z przyczyn dotyczących Zleceniobiorcy, a także nienależytego wykonania lub niewykonania umowy;
   2. Równowartości usługi, jaka na skutek jej nienależytego wykonania lub niewykonania została zlecona podmiotowi trzeciemu, powiększonej o 50% wartości tej usługi.
2. Kary umowne płatne są w terminie 7 dni od daty przesłania Zleceniobiorcy noty księgowej, Szpital ma prawo potrącić karę umowną z wynagrodzenia Zleceniobiorcy, a Zleceniobiorca wyraża na to zgodę.

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Wszystkie spory mogące wyniknąć z realizacji niniejszej umowy Strony postarają się rozwiązywać polubownie, a jeśli nie będzie to możliwe, to poddają pod rozstrzygnięcie właściwego Sądu powszechnego dla siedziby Zleceniodawcy.

§ 9

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do poddania się kontroli przeprowadzanej przez Szpital w zakresie wykonywanych świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz prawidłowości i zgodności prowadzonej dokumentacji medycznej.
2. Zleceniobiorca wyraża gotowość poddania się kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U. 2018, poz. 1510 z późn. zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem Oddziału Funduszu.

§ 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

ZLECENIOBIORCA

ZLECENIODAWCA

\* niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 4 do SWKO**

**Porozumienie o Współadministracji**

do Umowy nr …………… z dnia ……………….r.

W dniu **……………………..** w Siemianowicach Śląskich pomiędzy:

**DANE współadministratora …………………………………………………………………………………………………………**

Zwanym dalej ….., reprezentowanym przez:

**……………………………………..**

a:

**Szpitalem Miejskim w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o.**

z siedzibą w**:** 41-100 Siemianowice Śląskie; ul. 1-go Maja 9

NIP: 6431764082 REGON: 000308270

zarejestrowany w Rejestrze Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonym przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy KRS pod numerem 0000490160, o kapitale zakładowym 26.548.000,00 zł

reprezentowanym przez:

**Prezesa Zarządu – Agnieszka Wołowiec**

zwanymi również w dalszej części Porozumienia **Współadministratorami** lub **Stronami**, a każdy   
z osobna **Współadministratorem** lub **Stroną,**

zostało zawarte Porozumienie o Współadministracji, zwane dalej **Porozumieniem**, o następującej treści:

**Przedmiot Porozumienia**

§ 1

Niniejsze Porozumienie określa:

1. Strony przetwarzają dane osobowe m.in. pacjentów, którym udzielono świadczenia zdrowotnego Pakiet nr 1\* w zakresie badań - histopatologicznych, cytologicznych, cytologii ginekologicznej, biopsji cienkoigłowych, śródoperacyjnych „INTRA”, immunohistochemicznych, oligobiopsji\*, Pakiet nr 2\* - śródoperacyjnych „INTRA” – metoda mrożeniowa\*, swoich pracowników oraz innych podmiotów, z którymi współpraca jest niezbędna celem realizacji umowy w zakresie badań określonych w Umowie SZM/ /2019, zwanych dalej **świadczeniami**, na obszarze zabezpieczenia obejmującym miasto Siemianowice Śląskie. Strony nawiązują współpracę, realizując w ramach prowadzonej działalności swoje cele podstawowe.
2. Konieczność zapewnienia należytej ochrony praw i wolności osób, których dane dotyczą,   
   a które przetwarzane są przez Strony wynika z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, a konieczność przestrzegania ww. regulacji stanowi jeden z filarów prawidłowego i zgodnego z prawem prowadzenia działalności.
3. Z uwagi na wejście w życie 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 (zwane dalej **RODO**), sankcjonując istniejący stan faktyczny, polegający na przetwarzaniu we wspólnych celach przez Strony danych osobowych, jak również fakt wspólnego określania przez te podmioty celów i sposobów ich przetwarzania, Strony zdecydowały się zawrzeć niniejsze Porozumienie.
4. Zasadniczym celem przedmiotowego Porozumienia jest uregulowanie w sposób kompleksowy obowiązków Współadministratorów zarówno w sferze wewnętrznej – względem siebie, w stosunkach zewnętrznych – w relacji do osób, których dane są przetwarzane, jak również wobec organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**Zakres podmiotowy i przedmiotowy Porozumienia**

§ 2

**Zakres podmiotowy Porozumienia**

1. Niniejsze Porozumienie dotyczy wyłącznie podmiotów je zawierających, które wspólnie, określają cele i sposoby przetwarzania danych osobowych, znajdujących się w ich posiadaniu.
2. Strony zgodnie oświadczają i zapewniają, że dokonywany podział zadań i obowiązków między Współadministratorami nie prowadzi, ani też nie będzie prowadził do pozbawienia któregokolwiek ze Współadministratorów realnej kontroli nad przetwarzaniem danych osobowych, w których posiadaniu znajdują się poszczególni Współadministratorzy.
3. Główną przesłanką świadczącą o konieczności zawarcia Porozumienia jest obowiązek prawny przetwarzania dokumentacji wynikający z Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.
4. Strony ustalają, że każda ze Stron przedmiotowego Porozumienia, jest na równi uprawniona do współdecydowania o celach i sposobach przetwarzania danych objętych Porozumieniem.
5. Podstawą prawną umożliwiającą zawarcie niniejszego Porozumienia jest art. 26 RODO.

**Zakres przedmiotowy Porozumienia**

1. Przedmiotem Porozumienia jest:
2. wspólne określenie celów i sposobów przetwarzania danych przez Współadministratorów,
3. podział zadań oraz określenie zasad odpowiedzialności poszczególnych Współadministratorów w zakresie prawidłowego wykonywania obowiązków wynikających z RODO, w tym określenie wzajemnych relacji Stron Porozumienia względem siebie, względem osób, których dane są przetwarzane oraz względem organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
4. określenie obowiązków Współadministratorów w zakresie udostępniania zasadniczej treści uzgodnień wynikających z niniejszego Porozumienia osobom, których dane dotyczą,
5. określenie punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą.

**Zakres danych objętych Porozumieniem**

§ 3

1. Do danych osobowych objętym niniejszym Porozumieniem należą dane osobowe przetwarzane obecnie przez Współadministratorów i znajdujące się w ich posiadaniu, jak również dane zbierane i dalej przetwarzane w okresie obowiązywania niniejszego Porozumienia tj. w szczególności dane pacjentów korzystających ze świadczeń, oraz pracowników i podwykonawców, niezbędnych dla prawidłowej realizacji zawartej z NFZ umowy, na podstawie odrębnych przepisów.
2. Niniejsze porozumienie dotyczy danych przetwarzanych w systemie informatycznym na zasadach określonych w Umowie Głównej.

**Wspólne określenie celów i sposób przetwarzania danych osobowych**

§ 4

1. Strony zgodnie ustalają, że przetwarzanie danych osobowych, jakie znajdują się bądź mogą w przyszłości znaleźć się w ich posiadaniu, w zależności od kategorii tych danych   
   oraz kategorii osób, których dane dotyczą, będzie następowało m. in. w celu:
2. wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na danym Współadministratorze,
3. ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej,
4. wynikającym z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora

w tym w szczególności w celu ochrony życia i zdrowia,

1. realizacji, na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, również innych celów wyznaczonych zgodnie przez Strony.
2. Strony zgodnie wskazują, że lista kategorii przetwarzanych danych, kategorie osób, których dane są przetwarzane, jak również okres ich przetwarzania, będą wskazane w Rejestrze czynności przetwarzania w rozumieniu art. 30 RODO, prowadzonych z osobna przez każdego ze Współadministratorów.

**Powołanie Inspektora Ochrony Danych**

§ 5

1. Każda ze Stron wskazuje Inspektora Ochrony Danych, o którym mowa w art. 37 – 39 RODO zgodnie z treścią oświadczenia zawartego w Załączniku nr 1 (zwanego dalej Inspektorem),
2. Strony określają obszar odpowiedzialności Inspektora dla miejsc, w których realizowana jest działalność polegająca na przetwarzaniu danych, zgodnie z treścią Załącznika nr 2.

**Podział zadań oraz zasady odpowiedzialności poszczególnych Współadministratorów**

w zakresie prawidłowego wykonywania obowiązków wynikających z RODO

§ 6

1. Każdy ze Współadministratorów jest zobowiązany do samodzielnego wypełniania obowiązków informacyjnych wskazanych w art. 13 i 14 RODO w zakresie, w jakim zbiera, bądź pozyskuje poszczególne kategorie danych osobowych. Współadministratorzy zobowiązani są do stosowania klauzul informacyjnych uwzględniających fakt współadministrowania danych.
2. Współadministratorzy ustalają, że w związku ze stosowaniem przez Strony jednolitych zasad informowania osób, których dane dotyczą, o przysługujących im prawach, zobligowani są do umieszczenia na swoich stronach internetowych aktualnych informacji dotyczących ochrony danych osobowych.
3. W ramach obowiązków informacyjnych wskazanych w ust. 1 niniejszego paragrafu, każdy   
   ze Współadministratorów zobowiązany jest do poinformowania osoby, której dane są zbierane o zawarciu pomiędzy Współadministratorami niniejszego Porozumienia, jak również o zasadniczej treści uzgodnień z niego wynikających.
4. W przypadku, gdy naruszenie ochrony danych osobowych może powodować ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych, każdy ze Współadministatorów zobowiązany jest, bez zbędnej zwłoki, zawiadomić osobę, której dane dotyczą, o takim naruszeniu, z jednoczesnym poinformowaniem jej o możliwości kierowania wszelkich zapytań dotyczących zaistniałej sytuacji. Strony zobowiązane są ponadto do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Współadministratora.

**Zadania i obowiązki Współadministratorów względem organów nadzoru**

§ 7

1. Strony postanawiają, że Inspektorzy działający w strukturach Współadministratorów, stanowić będą punkt kontaktowy, o którym mowa art. 39 ust. 1 lit. e) RODO, dla Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, we wszelkich kwestiach związanych   
   z przetwarzaniem przez Współadministratorów danych osobowych, z podziałem na obszary odpowiedzialności zgodnie z treścią Załącznika nr 2.
2. W związku z powołaniem Inspektora, Strony zobowiązują się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, zgodnie zobowiązującymi przepisami.

**Określenie punktu kontaktowego**

§ 8

Strony wspólnie ustalają, że punktami kontaktowymi, o którym mowa art. 26 ust. 1 RODO   
dla osób, których dane są przetwarzane, będą Inspektorzy powołani przez poszczególnych Współadministratorów, w obszarze przetwarzania danych zgodnych z treścią Załącznika nr 2.

**Postanowienia końcowe**

§ 9

1. Niniejsze Porozumienie zostało sporządzone w 2-ch egzemplarzach, po jednym dla każdej   
   ze Stron.
2. Niniejsze porozumienie zostaje zawarte z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od 01.01.2019 r. na czas trwania umowy z zastrzeżeniem, że po jej zakończeniu, w prawnie uzasadnionych celach, Współadministratorzy zachowają prawo wzajemnego dostępu do danych na podstawie motywu 52, 111 oraz art. 9 ust 2 pkt. f RODO.
3. Prawo dostępu do danych określone w ust. 1 może zostać zrealizowane także poprzez udostępnienie w elektronicznej wersji kopii danych, przetwarzanych w oprogramowaniu dostarczonym przez Współadministratora, określonym w umowie głównej.
4. Za zagwarantowanie wzajemnego dostępu do danych osobowych objętych niniejszym porozumieniem lub ich udostępnienie, o których mowa w ust. 2, Strony nie pobierają opłat.

…….. SZPITAL MIEJSKI

Załącznik nr 1

**Strony ustalają, że funkcję Inspektorów Ochrony Danych w zakresie niniejszego Porozumienia pełnić będą:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Inspektor Ochrony Danych** |
| Szpital Miejski  w Siemianowicach Śląskichsp. z o.o. | **Dane kontaktowe:**  **Marek Dziembała**  **e-mail:** [iod@zozsiemianowice.pl](mailto:iod@zozsiemianowice.pl)  **Tel: (32) 228 30 30 wew.213** |
| Dane współadministratora | **Dane kontaktowe**  **e-mail:** [……………..](mailto:iod@wpr.pl)**.........**  **Tel: (………………………..** |

**Strony ustalają, że funkcję Administratora Systemu Informatycznego w zakresie niniejszego Porozumienia pełnić będą:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Administrator Systemu Informatycznego** |
| Szpital Miejski  w Siemianowicach Śląskichsp. z o.o. | **Dane kontaktowe**  **Marcin Maślanka**  **e-mail:** [informatycy@zozsiemianowice.pl](mailto:informatycy@zozsiemianowice.pl)  **Tel: (32) 228 30 30 wew. 345** |
| Dane współadministratora | **Dane kontaktowe**  **…………….**  **e-mail: …………….**  **Tel: …………….** |

Załącznik nr 2

**Podział obszarów odpowiedzialności za dane osobowe przetwarzane przez Współadministratorów**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Szpital Miejski  w Siemianowicach Śląskichsp. z o.o. | Dane współadministratora |
| **Obszar przetwarzania danych w ramach umowy** | Szpital Miejski  w Siemianowicach Śląskichsp. z o.o. ul. 1 maja 9 41-100 Siemianowice Śląskie | **……………………….** |
| **Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej zgodnie z Ustawą o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta** | Szpital Miejski  w Siemianowicach Śląskichsp. z o.o. ul. 1 maja 9 41-100 Siemianowice Śląskie | **………………………………** |