**UMOWA nr ……………………**

Zawarta w dniu ……………… roku w Kamińsku pomiędzy:

**.xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**

reprezentowanym przez:

***xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx***

(w załączeniu wydruk Centralnej Informacji KRS wskazujący umocowanie do zawarcia niniejszej umowy)

zwanym w dalszej treści umowy **„Zleceniobiorcą”**

**a**

Skarbem Państwa **– Zakładem Karnym w Kamińsku, ul. Obrońców Westerplatte 1, Kamińsk, 11-220 Górowo Iławeckie,**

reprezentowanym przez:

***Dyrektora – por. Piotra Korostyńskiego***,

zwanym w dalszej treści umowy „**Zleceniodawcą”**

**§1**

Przedmiotem niniejszej umowy jest profilaktyczna opieka medyczna nad Zleceniodawcą, jego funkcjonariuszami/pracownikami, którzy w trakcie wykonywania obowiązków służbowych/zawodowych ulegli ekspozycji na zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) lub typu C (HCV).

**§2**

1. Umowa obejmuje swym zakresem wykonywanie całodobowych czynności medycznych po ekspozycji na zakażenie, które wystąpiło u funkcjonariuszy/pracowników Zleceniodawcy w związku z wykonywaniem przez nich obowiązków służbowych/zawodowych.
2. Czynności medyczne wobec osoby eksponowanej na zakażenie oraz osoby będącej potencjalnym źródłem zakażenia wykonywane będą według procedur obejmujących:
   1. badanie lekarskie,
   2. pobranie krwi dla przeprowadzenia badań analitycznych,
   3. podanie leku antyretrowirusowego w przypadku ekspozycji na HIV,
   4. szczepienia ochronne, jeżeli konieczność taka wynika z postępowania medycznego.
3. Czynności o których mowa w ust.2 wykonywane będą przez Zleceniobiorcę w jego placówce medycznej w XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX TEL xxxxxxxxxxxxxxxx
4. Czas przyjęcia funkcjonariusza/pracownika Służby Więziennej **do 6 godzin**; świadczenie pomocy poekspozycyjnej **7 dni w tygodniu.**

**§3**

1. W przypadku ekspozycji zawodowej na zakażenie HIV, HBV lub HCV u Zleceniodawcy zostaną wdrożone zasady postępowania poekspozycyjnego obejmującego następujące elementy:
   1. konsultację lekarską zgodną ze skierowaniem stanowiącym zał. nr 1 do niniejszej umowy;
   2. wykonanie badań laboratoryjnych;
   3. podanie leków antyretrowirusowych;
   4. wykonanie niezbędnych szczepień;
2. Każdy z elementów postępowania wymienionych w ust. 1 może być zlecony Zleceniobiorcy razem lub oddzielnie, na podstawie pisemnego zlecenia Zleceniodawcy, podpisanego przez upoważnione osoby.

**§4**

1. Z tytułu realizacji niniejszej umowy Zleceniobiorca będzie obciążał Zleceniodawcę:
2. za zapewnienie przez Zleceniobiorcę całodobowej dostępności do świadczeń medycznych ryczałtem miesięcznym w kwocie **XXXXXX,00 zł netto** (słownie: XXXXXXX 00/100) plus należny podatek VAT za każdy rozpoczęty miesiąc trwania umowy,
3. za jednostkowe udzielenie świadczenia typu porada (konsultacja kwalifikacyjna) obejmująca badanie lekarskie osoby eksponowanej kwotą **XXXXXX,00 zł netto** (słownie: XXXXXX złotych 00/100) plus należny podatek VAT,
4. za wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych wg aktualnego cennika Zleceniobiorcy dostępnego na jego stronie internetowej.
5. Za podanie pacjentom leków antyretrowirusowych, Zleceniodawca będzie obciążany pełną kwotą brutto, po jakiej leki te zostały zakupione przez Zleceniobiorcę.

**§ 5**

1. Za świadczone usługi medyczne, rozliczenia między stronami umowy będą dokonywane w okresach miesięcznych, na podstawie wystawionych przez Zleceniobiorcę faktur VAT.
2. Należności za wspomniane usługi medyczne będą płatne przez Zleceniodawcę na konto wskazane w prawidłowo wystawionej fakturze wystawionej przez Zleceniobiorcę, w terminie do 30 dni od daty jej doręczenia, na numer rachunku Zleceniobiorcy umieszczony na fakturze. Podstawą do wystawienia i załącznikiem do faktury jest zestawienie wykonanych czynności za dany okres rozliczeniowy.
3. W przypadku zalegania z płatnościami, Zleceniobiorcy przysługiwać będą odsetki w wysokości ustawowej.
4. W przypadku uzasadnionego wzrostu kosztów usług będących przedmiotem niniejszej umowy, Zleceniobiorca może wystąpić o zmianę opłat, zawiadamiając pisemnie Zleceniodawcę na miesiąc przed terminem ich wprowadzenia.
5. Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy wynagrodzenie za faktycznie wykonany zakres zamówienia.
6. Zleceniobiorca nie może, bez pisemnej zgody Zamawiającego, przenieść na osobę trzecią wierzytelności wynikających z niniejszej umowy.
7. Dniem zapłaty jest data obciążenia rachunku bankowego Zleceniodawcy poleceniem przelewu.
8. Zleceniodawca wyraża zgodę na przekazywanie faktur, wraz z załącznikami, drogą elektroniczną, zapisanych w formacie PDF, tylko i wyłącznie na adres mailowy wskazany poniżej.

|  |  |
| --- | --- |
| *adres mailowy Zleceniodawcy:*  **zk\_kaminsk@sw.gov.pl** | *adres mailowy Zleceniobiorcy:*  **XXXXXXXXXXXXXXXXX** |

1. Za datę doręczenia Zleceniodawcy faktury drogą elektroniczną uznaje się dzień wysłania maila z i na adres wskazany wyżej w godzinach pracy, tj. od 7:30 do 15:30.
2. Nie dopuszcza się wysyłanie faktur z i na inne adresy pod rygorem nie przyjmowania takich faktur.
3. Zleceniodawca będzie dokonywał płatności z wykorzystaniem mechanizmu podzielonej płatności. Podane rachunki bankowe muszą być rachunkami związanymi z prowadzoną działalnością gospodarczą oraz muszą być wskazane na tzw. „Białej liście podatników VAT”, chyba że Zleceniobiorcy nie dotyczy obowiązek ujawnienia na tzw. „Białej liście podatników VAT”.
4. Brak rachunku bankowego Zleceniobiorcy na tzw. „Białej liście podatników VAT”, wskazanie przez Zleceniobiorcę rachunku bankowego innego niż związany z prowadzoną działalnością gospodarczą lub niewskazanego na tzw. „Białej liście podatników VAT” uprawnia Zleceniodawcę do wstrzymania zapłaty wynagrodzenia lub zapłaty na rachunek bankowy Zleceniobiorcy wskazany na tzw. „Białej liście podatników VAT”, nie jest okolicznością, za którą ponosi odpowiedzialność Zleceniodawca i w takim wypadku nie jest zobowiązany do zapłaty odsetek za opóźnienie w płatności.

**§6**

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od **XXXXXXXXXXXXXX** do dnia **XXXXXXXXXXXXXX roku**.
2. Umowa może być wypowiedziana przez każdą ze stron, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

**§7**

Wszelkie zmiany postanowień niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.

**§8**

W sprawach nieuregulowanych postanowieniami niniejszej umowy mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 poz. 633 ze zm.) oraz inne mające zastosowanie przy jej realizacji.

**§9**

Ewentualne spory mogące wyniknąć w związku z wykonaniem przedmiotu umowy, strony poddają rozstrzygnięciu sądom powszechnym właściwym ze względu na siedzibę Zleceniodawcy.

**§10**

Umowa sporządzona została w trzech jednobrzmiących egzemplarzach w języku polskim, jeden egzemplarz dla Zleceniobiorcy i dwa egzemplarze dla Zleceniodawcy.

**Zleceniobiorca: Zleceniodawca:**

***Załącznik nr 1*** do umowy nr ……………….. z dnia 07.11.2022r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegających postępowaniu poekspozycyjnym na materiał biologiczny potencjalnie zakaźny.

**SKIEROWANIE**

DO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nazwa placówki medycznej, z którą zawarto umowę)

**W CELU PRZEPROWADZDZENIA PROCEDURY POEKSPOZYCYJNEJ ZGODNIE**   
Z UMOWĄ NR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kieruje się:

Imię i nazwisko osoby eksponowanej: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pesel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres:

Ulica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr domu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr mieszkania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kod: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Miejscowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa stanowiska: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Komórka organizacyjna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data ekspozycji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Godzina ekspozycji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opis ekspozycji (eksponowana część ciała, sposób, głębokość zranienia, rodzaj i ilość potencjalnie zakaźnego materiału):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dane osoby będącej źródłem ekspozycji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pierwsza pomoc udzielona po ekspozycji:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wywiad w kierunku szczepienia WZW typu B (ilość dawek, data ostatniej dawki):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data skierowania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Godzina skierowania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis i pieczątka osoby kierującej)

**Informacje o przetwarzaniu danych osobowych**

W trybie realizacji obowiązków informacyjnych wynikających z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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 Nr 119, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO", informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor/Komendant

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

(nazwa jednostki organizacyjnej Służby Więziennej, adres, telefon, e-mail)

1. Wszelkie informacje i wątpliwości dotyczące przetwarzania Pani/Pana danych można kierować do Inspektora Ochrony Danych pisemnie na adres Administratora lub mailowo na adres: ………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu podjęcia niezbędnych działań eliminujących lub ograniczających zagrożenie, zapewnienia udzielenia pierwszej pomocy, ustalenia w przewidzianym trybie okoliczności i przyczyn wypadku, podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, ochrony zdrowia, udzielania świadczeń zdrowotnych. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 9 ust. 2 lit. h RODO w związku z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. — Kodeks pracy.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być jednostki medycyny pracy Służby Więziennej, placówki medyczne, a także podmioty uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane w dokumentacji powypadkowej przechowywane będą przez okres 10 lat.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub sprzeciwu wobec przetwarzania, z ograniczeniami wynikającymi przepisów odrębnych, w szczególności ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
6. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w celu, o którym mowa w pkt 3, jest wymogiem ustawowym.
8. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych

…………….….……………………………….

(data, podpis)