**U M O W A**

zawarta w dniu ……………….. r. w Krakowie

pomiędzy Uniwersyteckim Szpitalem Dziecięcym w Krakowie, ul. Wielicka 265 30-663 Kraków reprezentowanym przez:

1. **Dyrektora prof. UJ. dr hab. Wojciech Cyrul**

zwanym w dalszej części umowy  **Udzielającym zamówienia**

1. **Głównym Księgowym – mgr Anną Rybak**

zwanym w dalszej części umowy **Udzielającym zamówienie.**

a

zwanym/ą w dalszej części umowy **Przyjmującym zamówienie.**

§ 1

1. Niniejszą umową Przyjmujący zamówienie zobowiązuje do zabezpieczenia w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie świadczeń z zakresu teleradiologii przez lekarzy specjalistów z zakresu radiologii na rzecz pacjentów Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie.
2. W ramach realizacji przedmiotu umowy osoby realizujące w imieniu Przyjmującego zamówienie świadczenia o których mowa w ust. 1 będą:
3. opisywać pełny zakres zdjęć radiologicznych,
4. opisywać badania USG.
5. opisywać badania na tomografie komputerowym.
6. opisywać badania na rezonansie magnetycznym .
7. Świadczenia będą realizowali lekarze określeni w **załączniku nr 1 do niniejszej umowy**. Wszelkie zmiany   
   w tym załączniku wymagają zgody Udzielającego Zamówienie.

§2

1. Świadczenia określone w §1 będą udzielane na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie przez Przyjmującego zamówienie lub wskazane przez niego osoby z nim współpracujące, posiadające odpowiednie kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe i prowadzące działalność gospodarczą w zakresie usług medycznych
2. Świadczenia udzielane są w sposób ciągły (24 godziny na dobę , 7 dni w tygodniu).
3. Realizacja opisów w ramach teleradiologii odbywa się w sposób określony poniżej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RODZAJ BADANIA** | **TYP BADANIA** | **CZAS OPISU** |
| Rezonans magnetyczny | Badanie pilne | max 24h |
| Rezonans magnetyczny | Badanie planowe | max 5 dni roboczych |
| Tomografia komputerowa | 1 okolica anatomiczna, głowa, jama brzuszna, kończyna, 1 odcinek kręgosłupa, zatoki | max 24h |
| Tomografia komputerowa | 1 okolica anatomiczna, głowa, jama brzuszna, kończyna, 1 odcinek kręgosłupa, zatoki | max 72h |
| Tomografia komputerowa | 2 i więcej okolice anatomiczne, twarzoczaszka, klatka piersiowa, miednica, 2 odcinki kręgosłupa, | max 24h |
| Tomografia komputerowa | 2 i więcej okolice anatomiczne, twarzoczaszka, klatka piersiowa, miednica, 2 odcinki kręgosłupa, | max 72h |
| RTG | Badanie pilne | max 24h |
| RTG | Badanie planowe | max 5 dni roboczych |

1. Świadczenia, będące przedmiotem niniejszego postępowania, zlecane będą i rozliczane według liczby opisów badań wykonanych przez **Przyjmującego zamówienie.** Przewidywaną liczbę opisów teleradiologicznych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa **załącznik nr 3 do umowy.** Ilość badań może ulec zwiększeniu lub zmniejszeniu stosownie do potrzeb **Udzielającego zamówienia.**
2. **Udzielający zamówienia** może zlecić udzielanie świadczeń w zakresie objętym niniejszym postępowaniem także na rzecz innego podmiotu niż **Przyjmujący zamówienie,** jeżeli **Udzielający zamówienia** posiada zawartą z tym podmiotem umowę na udzielanie świadczeń tego samego rodzaju, co świadczenia objęte niniejszym postępowaniem.

§3

1. Przed przystąpieniem do wykonania niniejszej umowy Przyjmujący zamówieniezobowiązany jest do posiadania:
2. ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Finansów   
   z 29 kwietnia 2019 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019.866)oraz zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia przez cały okres umowy,
3. złożenie do wglądu oryginałów dokumentów potwierdzających kwalifikacje do świadczenia usług medycznych będących przedmiotem umowy, lub kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego Zamówienie.

2. W przypadku zmiany w trakcie obowiązywania umowy kwot i warunków ubezpieczenia wynikających ze zmiany obowiązujących przepisów Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do dostosowania kwot ubezpieczenia do wysokości wskazanej w przepisach zmieniających wydanych na podstawie art. 25 ustawy o działalności leczniczej.

§5

Udzielający zamówienia zabezpiecza środku techniczne do przekazywania zdjęć i opisów pomiędzy stronami oraz autoryzowania ich podpisami elektronicznymi lub za pomoc profilów zaufanych (szczegółowy opis wymagań usług teleradiologii określa **załącznik nr 2 do umowy**).

§6

1. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo kontroli wykonywania świadczeń pod względem zgodności   
   z obowiązującymi w tym zakresie normami prawa oraz prawidłowej realizacji niniejszej umowy.
2. Uprawnienia kontrolne Udzielającego zamówienia obejmują:
3. prawo kontroli w przebiegu świadczenia usług określonych w §1 i jakości udzielonych świadczeń,
4. żądanie informacji w zakresie wykonywanych usług,
5. kontrolę w zakresie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej.
6. Kontrolujący z wyjątkiem zastępcy Dyrektora Medycznego muszą posiadać pisemne upoważnienie Dyrektora Szpitala.
7. Czynności kontrolne dotyczące spraw medycznych, mogą być wykonywane wyłącznie przez pracownika posiadającego odpowiednie kwalifikacje medyczne.
8. W razie stwierdzenia w toku kontroli nieprawidłowości, Udzielający zamówienia może wydać zalecenia pokontrolne zmierzające do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w wyznaczonych terminach.
9. Przeprowadzając kontrolę, w zakresie innym niż proces leczenia, Udzielający zamówienia nie może żądać naruszenia tajemnicy lekarskiej.

§7

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest w szczególności do:

1. Świadczenia usług określonych w §1, w terminach ustalonych wspólnie z Udzielającym zamówienie i zgodnie z wiedzą medyczną.
2. Przestrzegania przepisów prawnych Udzielającego zamówienia oraz innych wewnętrznych aktów normatywnych dotyczących zasad udzielania świadczeń medycznych objętych zakresem niniejszej umowy,
3. Przestrzegania tajemnicy i nie udzielania informacji osobom do tego nieupoważnionym.
4. Prowadzenia dokumentacji medycznej Pacjentów, a także sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r /Dz.U.2020.666/ w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, a także wszelkich aktach prawnych uzupełniających, zmieniających lub zastępujących to rozporządzenie, również wynikających z odpowiednich umów zawartych przez Szpital,   
   a w szczególności wynikających z umów zawartych przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innymi podmiotami.
5. Poddania się kontroli prowadzonej przez upoważnione osoby oraz przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

§8

1. Przyjmujący zamówienie i Udzielający zamówienia solidarnie odpowiadają za szkody wyrządzane przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową zgodnie z art. 27 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności medycznej (Dz. U. Nr 112, poz. 654)
2. Przyjmujący zamówienie:
3. odpowiada materialnie za sprzęt i aparaturę Udzielającego zamówienie, jeśli w trakcie świadczenia usługi nastąpiło ich uszkodzenie lub zniszczenie z jego winy,
4. ponosi odpowiedzialność majątkową za straty i szkody poniesione przez Udzielającego zamówienia w związku z wykonywaniem umowy, będące następstwem jego zawinionego działania lub zaniechania, rażącego niedbalstwa lub braku należytej staranności,
5. ponosi odpowiedzialność wobec pacjenta lub osoby trzeciej w razie wyrządzenia pacjentowi lub osobom trzecim szkody w trakcie bądź w związku z wykonywaniem czynności objętej niniejszą umową,
6. może być zobowiązany do zwrotu świadczeń poniesionych przez Udzielającego zamówienia, jeśli ten będzie zobowiązany do naprawienia szkody lub do zadośćuczynienia poszkodowanemu działaniem bądź zaniechaniem Przyjmującego zamówienie.
7. w razie dochodzenia odszkodowania lub zwrotu zapłaconego odszkodowania w związku ze szkodami wyrządzonymi pacjentom lub osobom trzecim przy wykonywaniu świadczeń objętych niniejszą umową, strony obowiązywać będą przepisy Kodeksu Cywilnego dotyczące czynów niedozwolonych, w tym także w zakresie terminów przedawnienia roszczeń związanych z dochodzeniem zwrotów wypłaconych przez Udzielającego zamówienia odszkodowań. Jeżeli odszkodowanie przewyższa wartość ubezpieczenia to różnica obciąża Przyjmującego zamówienie.
8. w przypadku jeżeli NFZ zakwestionuje prawidłowość prowadzenia dokumentacji medycznej na skutek czego Udzielający zamówienie będzie ponosił szkody finansowe, wówczas ma prawo dochodzenia wyrównania szkód od Przyjmującego zamówienie.

§9

1. Przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał od Udzielającego zamówienie wynagrodzenie ustalone   
   w wysokości:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RODZAJ BADANIA** | **TYP BADANIA** | **CZAS OPISU** | **CENA JEDNOSTKOWA za OPIS BADANIA** |
| Rezonans magnetyczny | Badanie pilne | max 24h |  |
| Rezonans magnetyczny | Badanie planowe | max 5 dni roboczych |  |
| Tomografia komputerowa | 1 okolica anatomiczna, głowa, jama brzuszna, kończyna, 1 odcinek kręgosłupa, zatoki | max 24h |  |
| Tomografia komputerowa | 1 okolica anatomiczna, głowa, jama brzuszna, kończyna, 1 odcinek kręgosłupa, zatoki | max 72h |  |
| Tomografia komputerowa | 2 okolice anatomiczne, twarzoczaszka, klatka piersiowa, miednica, 2 odcinki kręgosłupa, | max 24h |  |
| Tomografia komputerowa | 2 okolice anatomiczne, twarzoczaszka, klatka piersiowa, miednica, 2 odcinki kręgosłupa, | max 72h |  |
| RTG | Badanie pilne | max 24h |  |
| RTG | Badanie planowe | max 5 dni roboczych |  |

1. Kwota powyższa płatna jest przelewem na konto Przyjmującego zamówienie do 21 dni od złożenia rachunku przez Przyjmującego zamówienie potwierdzonego przez Dyrektora Medycznego lub osobę przez niego wskazaną.
2. Za dzień zapłaty uznaje się dzień dokonania przelewu z konta Udzielającego zamówienie.
3. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do samodzielnego rozliczania wszelkich zobowiązań publiczno - i cywilno-prawnych. W przypadku ewentualnego wykonywania przedmiotu umowy przez lekarzy będących pracownikami Udzielającego zamówienie, wszelkie ewentualne zobowiązania z tytułu ubezpieczeń społecznych będą ponoszone przez Przyjmującego zamówienie. W tym zakresie roszczenia ze strony organów właściwych   
   w zakresie ubezpieczeń społecznych w stosunku do udzielającego zamówienie powodujące konieczność zapłaty będzie stanowiło podstawę do żądania zwrotu od Przyjmującego zamówienie powyższych kwot.

§10

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że każda z osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy udziela ponadto świadczeń zdrowotnych na rzecz kilku szpitali (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład) lub na rzecz pacjentów indywidualnych (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/ indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania tzw. praktyka gabinetowa lub w miejscu wezwania). Wzór oświadczenia stanowi **załącznik nr 4 do umowy**.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do złożenia w Kancelarii Udzielającego zamówienie wraz z fakturą oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 4 do umowy, w przypadku zaistnienia zmiany okoliczności faktycznych, stanowiących podstawę do złożenia oświadczenia. W takim przypadku dopiero łączne złożenie wymaganych dokumentów (faktury wraz   
   z oświadczeniem, o którym mowa w ust. 1) stanowi podstawę wypłaty wynagrodzenia przez Udzielającego zamówienie. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za prawidłowe i terminowe dostarczenie tych dokumentów.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do niezwłocznego informowania Zamawiającego, o każdej zmianie okoliczności faktycznych, mogącej mieć wpływ na powstanie lub zakres odpowiedzialności Zamawiającego,   
   w związku z realizacją niniejszej umowy, za uiszczanie należności na rzecz podmiotów publicznoprawnych,   
   w szczególności na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe oraz innych które okażą się należne na podstawie obowiązujących przepisów prawa).
4. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo modyfikacji zapisów umowy w przypadku zmiany okoliczności, w szczególności wynikających z interpretacji art. 8 ust. 2 a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w zakresie odpowiedzialności Zamawiającego. W przypadku, gdy Strony nie mogą dojść do porozumienia w zakresie modyfikacji zapisów umowy, każdej ze stron przysługuje możliwość wypowiedzenia umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
5. W przypadku, gdy z oświadczenia Wykonawcy będzie wynikać, iż Udzielający zamówienie jest zobowiązany do uiszczania należności publicznoprawnych (w szczególności wynikających z ustawy, o której mowa w ust. 3 i 4, wynagrodzenie, o którym mowa w niniejszym paragrafie zostanie pomniejszone w ten sposób, aby całkowity koszt, jaki ponosić będzie Udzielający zamówienie(z uwzględnieniem należności publicznoprawnych) nie był wyższy niż wynagrodzenie, o którym mowa w § 9 Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż wyraża zgodę na takie pomniejszenie i nie będzie z tego tytułu wysuwał względem Zamawiającego roszczeń o zapłatę dodatkowego wynagrodzenia, roszczeń odszkodowawczych lub roszczeń opartych na innej podstawie prawnej.
6. W przypadku powstania obowiązku po stronie Zamawiającego uiszczania należności publicznoprawnych,   
   o których mowa w ustępach poprzednich, już po wypłacie wynagrodzenia, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się przejąć ten obowiązek Zamawiającego i dokonać zapłaty na rzecz właściwego podmiotu, po otrzymaniu od Zamawiającego stosownego zawiadomienia i w terminie przez niego wskazanym.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przekazania Zamawiającemu wszelkich dokumentów, w tym deklaracji rozliczeniowych oraz innych raportów imiennych, dotyczących osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy, w przypadku gdy okaże się to konieczne do zrealizowania przez Zamawiającego obowiązków płatnika należności, o których mowa w ustępach poprzednich.

§11

1. Umowę zawarto na okres **od 1.01.2024 r. do 31.12.2025 r.**
2. Każda ze stron może rozwiązać niniejszą umowę za trzymiesięcznym okresem wypowiedzeniem, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Udzielający zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę w każdym czasie bez uprzedniego wypowiedzenia, jeśli Przyjmujący zamówienie:

a. odmówi bez uzasadnionej przyczyny poddania się kontroli, do której Udzielający zamówienie uprawniony jest na podstawie niniejszej umowy lub nie wykonał zaleceń pokontrolnych,

1. nie zawarł albo nie kontynuuje ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i innych umów ubezpieczenia wymaganych przepisami prawa,
2. nie wykonuje lub wykonuje nieprawidłowo czynności, do których jest zobowiązany na podstawie niniejszej umowy,
3. Przyjmujący zamówienie może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym w przypadku nie wypłacenia przez Udzielającego zamówienia należności wynikających z umowy w okresie przekraczającym dwa miesiące kalendarzowe, licząc od ostatniego dnia miesiąca w którym złożono prawidłowo udokumentowany rachunek.

§12

Wszystkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§13

Wszelkie spory wynikłe ze stosowania niniejszej umowy będą rozstrzygane na drodze wzajemnych negocjacji.   
W przypadku nie uzyskania porozumienia Sądem właściwym do rozstrzygania sporu jest Sąd z siedzibą w Krakowie.

§14

1. Strony zastrzegają poufność wszelkich postanowień umowy dla osób trzecich.
2. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności leczniczej i inne obowiązujące w zakresie objętym umową.

§15

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Udzielającego zamówienia, jeden dla Przyjmującego zamówienie.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (Udzielający zamówienie) (Przyjmujący mówienie)  Załącznik nr 1 do umowy  Wykaz osób realizujących przedmiot umowy | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  |  | |  |  | | |  | |  | | |
| **L.p.** | **NAZWISKO I IMIĘ** | | | **PESEL** | **NR PRAWA WYK. ZAWODU** | | **DATA UZYSKANIA PRAWA WYK. ZAWODU** | **POSIADANA SECJALIZACJA** | | **DATA UZYSKANIA SPECJALIZACJI** | | |
| 1 |  | | |  |  | |  |  | |  | | |
| 2 |  | | |  |  | |  |  | |  | | |
| 3 |  | | |  |  | |  |  | |  | | |
| 4 |  | | |  |  | |  |  | |  | | |
| 5 |  | | |  |  | |  |  | |  | | |
| 6 |  | | |  |  | |  |  | |  | | |
| 7 |  | | |  |  | |  |  | |  | | |

Załącznik nr 2 do umowy

Szczegółowy opis wymagań usług teleradiologii

§ 1

Dla realizacji umowy **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się do:

1. wykonywania badań rezonasu magnetycznego tomografii komputerowej (dalej badania) zgodnie   
   z metodami przeprowadzania badań wskazanymi przez lekarzy **Przyjmującego zamówienie** oraz do przesyłania zlecenia w systemie teleradiologii **Udzielającego zamówienia** stanowiący pierwszorzędny system lub w systemie teleradiologii **Przyjmującego zamówienie** stanowiący drugorzędny system. **Udzielający zamówienia** będzie korzystał z systemu teleradiologii **Przyjmującego zamówienie**w przypadku braku dostępności pierwszorzędnego systemu lub do czasu integracji HL7 pomiędzy systemem **Przyjmującego zamówienie a Udzielającego zamówienie,**
2. udostępnienia pierwszorzędnego systemu teleradiologii firmy CompuGroup Medical Polska dla **Przyjmującego zamówienie** w ramach posiadanej licencji przez **Udzielającego zamówienia,**
3. pokrycia kosztów integracji HL7 pierwszorzędnego systemu teleradiologii Clininet firmy CompuGroup Medical Polska z oprogramowaniem Wykonawcy,
4. udostępniania i serwisowania sprzętu komputerowego niezbędnego do zapewnienia prawidłowego działania drugorzędnego systemu teleradiologii w Zakładzie Radiologii, zgodnego z poniższą specyfikacją: Procesor i5, Pamięć min. 4 GB, SSD min. 100 GB, 2x1 GB LAN, Windows 10 Professional.
5. organizacji połączenia pomiędzy konsolą tomografii komputerowej a zestawem komputerowym, o którym mowa w powyższym punkcie, w celu przesyłania obrazów w formacie DICOM 3.0,
6. zapewnienie łącza do teletransmisji o parametrach do 300/300 Mbps.

§2

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się:

1. odbierania wykonanych badań wykonanych przez Udzielającego Zamówienie oraz ich opisywanie   
   i elektroniczne podpisywanie certyfikatem,
2. podłączenia i użytkowania na własny koszt w swojej placówce pierwszorzędnego systemu teleradiologii w zakresie odbierania i opisywania badań w niniejszym systemie, tak aby zapewnić ich funkcjonalność przetwarzania w zakresie wynikającym z Konkursu, a w szczególności wykonać po swojej stronie integrację własnego systemu z systemem teleradiologii Clininet firmy CompuGroup Medical Polska,
3. Wdrożenia i uruchomienia drugorzędnego systemu teleradiologii **Przyjmującego zamówienie** w Szpitalu na sprzęcie wskazanym § 1 pkt. 3 lub na sprzęcie użyczonym przez **Przyjmującego zamówienie** ze względu na prawidłową realizację usługi teleradiologii.
4. Skonfigurowania kanału VPN do bezpiecznej komunikacji pomiędzy **Przyjmującym zamówienie**i **Udzielającym zamówienia.** Zestawienie tunelu leży w gestii **Przyjmującego zamówienie.**
5. Pierwszorzędny system teleradiologii stanowi:
6. Udostępniony przez Udzielającego zamówienie moduł systemu Clininet w którym bezpośrednio Przyjmujący zamówienie odbiera zlecenia na wykonanie badania oraz dokonuje opisu badania włącznie z elektroniczną autoryzacją przez lekarza opisującego lub
7. Zintegrowany system Clininet Udzielającego zamówienia z systemem teleradiologii Przyjmującego zamówienie poprzez HL7 oraz Dicom w celu dwukierunkowej wymiany zleceń wraz z obrazami Dicom oraz wykonanych i podpisanych elektronicznie opisów badań,
8. Integracja powinna działać wg poniższego schematu komunikacji:
9. po wybraniu badania i wykonania zlecenia w module Diagnostyka (system Clininet) przez technika Udzielającego zamówienie, system równocześnie przesyła do systemu Przyjmującego zamówienie wiadomość HL 7 nowego zlecenia (ORM) oraz obrazy   
   w formacie DICOM,
10. po wykonaniu opisu oraz podpisaniu certyfikatem przez lekarza w systemie Przyjmującego zamówienie, system wysyła do systemu Clininet wiadomość wynikową HL7 (ORU).

§4

Z uwagi na fakt, że **Udzielający zamówienia** użytkuje oprogramowanie CLININET do archiwizacji i przesyłania obrazów PACS i opisywania badań RIS **firmy CompuGroup Medical Polska,** oprogramowanie to musi być zintegrowane w ramach koniecznej wymiany informacji z modułem opisywania badań w systemie teleradiologicznym stanowiącym drugorzędny system teleradiologii (dostarczony przez **Przyjmującego zamówienie)** w zakresie przesyłania obrazów badania w formacie DICOM 3.0.

§5

Przyjmujący zamówienie ustali wspólnie z Udzielającym zamówienie rodzaj oraz sposób udostępnienia oraz konfiguracji pierwszorzędnego systemu teleradiologii. Do czasu dostosowania wzajemnie systemów informatycznych po obu stronach, strony będą wykorzystywać drugorzędny system teleradiologii.

Załącznik nr 3 do umowy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RODZAJ BADANIA** | **TYP BADANIA** | Przewidywana liczba świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy |
| Rezonans magnetyczny | Badanie pilne |  |
| Rezonans magnetyczny | Badanie planowe |  |
| Tomografia komputerowa | 1 okolica anatomiczna, głowa, jama brzuszna, kończyna, 1 odcinek kręgosłupa, zatoki |  |
| Tomografia komputerowa | 1 okolica anatomiczna, głowa, jama brzuszna, kończyna, 1 odcinek kręgosłupa, zatoki |  |
| Tomografia komputerowa | 2 okolice anatomiczne, twarzoczaszka, klatka piersiowa, miednica, 2 odcinki kręgosłupa, |  |
| Tomografia komputerowa | 2 okolice anatomiczne, twarzoczaszka, klatka piersiowa, miednica, 2 odcinki kręgosłupa, |  |
| RTG | Badanie pilne |  |
| RTG | Badanie planowe |  |

Załącznik nr 4 do umowy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Wykonawca oświadcza, że każda z osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy udziela ponadto świadczeń zdrowotnych na rzecz kilku szpitali (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/pielęgniarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy   
z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład) lub na rzecz pacjentów indywidualnych   
(w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/ indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania/ indywidualna specjalistycznej praktyki lekarskiej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania tzw. praktyka gabinetowa lub w miejscu wezwania/ indywidualnej praktyki pielęgniarskiej).

**………………………………………….**

*(podpis Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE**

**LEKARZA/LEKARZY REALIZUJĄCYCH**

**ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

**NA RZECZ WYKONAWCY[[1]](#footnote-1)**

Oświadczam, że udzielam świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z Wykonawcą oraz ponadto:

1. nie jestem pracownikiem Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie (USD w Krakowie) w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania konkursowego[[2]](#footnote-2)

albo

1. udzielam świadczeń zdrowotnych na rzecz kilku szpitali (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/pielęgniarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy   
   z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład)

i/lub

1. udzielam świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów indywidualnych (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/ indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie   
   w miejscu wezwania/ indywidualna specjalistycznej praktyki lekarskiej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania tzw. praktyka gabinetowa lub w miejscu wezwania / indywidualnej praktyki pielęgniarskiej).

Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku, braku wyboru jakiegokolwiek z poniższych wariantów zastosowanie znajduje § …………. Umowy, tzn.: wynagrodzenie, wynikające   
z realizacji umowy zostanie pomniejszone o wartość składek należnych do potrącenia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Lekarza/Pielęgniarki** | **Oświadczenie[[3]](#footnote-3)** | **Oświadczenie[[4]](#footnote-4)**  **(składane tylko przez Pracowników USD w Krakowie)** | **Podpis** |
|  | * **1. Nie jestem pracownikiem USD w Krakowie** | * **2 wykonuję świadczenia na rzecz wielu szpitali** * **3 wykonuję świadczenia na rzecz pacjentów indywidualnych** |  |
|  | * **1. Nie jestem pracownikiem USD w Krakowie** | * **2 wykonuję świadczenia na rzecz wielu szpitali** * **3 wykonuję świadczenia na rzecz pacjentów indywidualnych** |  |

(ilość wierszy prosimy dostosować do liczby podpisujących oświadczenie Osób)

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. 1 Wypełniają i podpisują wszystkie osoby wskazane przez Wykonawcę do realizacji świadczeń

   2 W przypadku zaznaczenia tej opcji pkt. 2 i 3 nie wypełnia się

   Każda osoba oświadcza zgodnie ze stanem faktycznym [↑](#footnote-ref-3)
4. Oświadczenie składane w przypadku niezaznaczenia pkt. 1 [↑](#footnote-ref-4)