

# U M O W A

## na świadczenie usług medycznych

zawarta od dnia ..... roku..... do dnia..... roku.....

pomiędzy:

**Wojskową Specjalistyczną Przychodnią Lekarską SP ZOZ w Gdyni ul. Pułaskiego 4**, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców pod numerem 0000039481 prowadzonym przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, NIP:586-19-88-300, Regon:191700858

**reprezentowanym przez : lek. med. Jerzego Szczapa – Dyrektora**

zwaną w dalszej części umowy- **Zleceniodawcą**

**a:**

**Fundacją Budowy i Rozwoju Ośrodka Reumatologicznego z siedzibą 81-831 Sopot, ul.Andersa 9/1** zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców pod numerem 0000068474 prowadzonym przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, NIP: 585-000-31-92, Regon 002883475, reprezentowanym przez:

**Prezesa Fundacji Dr Danutę Wierzbińską Zarówny, Główna Księgowa- Urszula Anusiak**

Zwanym w dalszej części umowy- **Zleceniobiorcą**

O następującej treści:

1. Przedmiotem umowy są świadczenia w zakresie diagnostyki densytometrycznej. Badania wykonywane będą w Centrum Reumatologii i Osteoporozy Gdynia, ul.Armi Krajowej 44, rejestracja Tel.058 78 11 860
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonania na rzecz pacjentów Zleceniodawcy badań diagnostycznych zgodnie z cennikiem. Badania będą wykonywane na podstawie skierowania wystawionego przez Zleceniodawcę, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Dni i godziny udzielania świadczeń przez Zleceniobiorcę podane są do wiadomości pacjentów poprzez zamieszczenie na tablicy ogłoszeń w Przychodni.
3. Zleceniobiorcy za czynności określone w pkt 1 przysługiwać będzie wynagrodzenie w wysokości wynikającej z iloczynu badań i ceny za poszczególne badanie diagnostyczne wykonane w danym okresie rozliczeniowym (cennik badań w załączeniu umowy). Zleceniobiorca za wykonane w danym okresie rozliczeniowym badanie wystawi fakturę Zleceniodawcy.
4. Należność za zrealizowane świadczenia płatna będzie w terminie 14 dni od daty otrzymania faktury na konto Zleceniobiorcy.
5. Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo zaprzestania wykonywania świadczeń określonych w pkt 1 w przypadku nieotrzymania zapłaty za wykonane świadczenia, przez co najmniej 30 dni po upływie terminu płatności.
6. Zleceniobiorca zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania badań z wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych.

7. Zleceniobiorca oświadcza, że spełnia wymagania , o których mowa we właściwych dla Zleceniodawcy szczegółowych materiałach informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych, ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia.
8. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonania badań będących przedmiotem umowy zgodnie z przepisami ustawy o zawodzie lekarza.  
Zleceniobiorca oświadcza, że pracownia diagnostyki osteoporozy posiada wszelkie niezbędne dokumenty do prowadzenia tego typu działalności.  
Zleceniobiorca oświadcza, że spełnia wymagania pracowni diagnostycznych opracowane przez NFZ.  
Zleceniobiorca oświadcza, że jest ubezpieczony z tytułu wykonywania świadczeń medycznych.  
Zleceniobiorca wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie i na zasadach określonych w ustawie z dnia 23.01.2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U.Nr 45, poz.391) art.155.
9. Zleceniobiorca zobowiązany jest do każdorazowego informowania Zleceniodawcę o przypadkach niemożności realizacji przedmiotu umowy.  
Zawiadomienie powinno nastąpić z 2-tygodniowym wyprzedzeniem.
10. Zmiany i uzupełnienia umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej w postaci aneksu.
11. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania umowy za uprzednim miesięcznym wypowiedzeniem.
12. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie na zasadzie porozumienia stron.
13. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednej dla każdej ze stron.

Zleceniodawca:

Zleceniobiorca: