Załącznik nr 4 do umowy nr ….....

ZASADY WSPÓŁPRACY
do wykonywania świadczeń zdrowotnych lekarskich w dziedzinie położnictwa w zakresie opieki nad kobietą (pacjentką) od chwili stwierdzenia ciąży lub od pierwszego momentu zgłoszenia się kobiety w ciąży do poradni, aż do urodzenia noworodka u Udzielającego zamówienie.

§ 1

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych lekarskich w dziedzinie położnictwa w zakresie opieki nad kobietą (pacjentką) od chwili stwierdzenia ciąży lub od pierwszego momentu zgłoszenia się kobiety w ciąży do poradni, aż do urodzenia noworodka u Udzielającego zamówienie.

§ 2

1. Przyjmujący zamówienie wykonywać będzie świadczenia na rzecz pacjentek zwane dalej usługami:

   a) profesjonalnie zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
   b) w pomieszczeniach i przy użyciu aparatury, urządzeń medycznych oraz sprzętu spełniającego wymagania określone w odrębnych przepisach,
   c) zgodnie z obowiązkami określonymi w obowiązujących przepisach prawa oraz zawartych w niniejszej umowie w interesie Udzielającego zamówienie.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

   a) rzetelnego prowadzenia sprawozdawczości statystycznej i dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i według zasad przyjętych u Udzielającego zamówienie,
   b) rekomendowania pacjentkom Szpitala Udzielającego zamówienie.

3. Świadczenia, o których mowa w § 1 Przyjmujący zamówienie wykonywać będzie :

   a) w poradni mieszczącej się (adres) : ……

   ……

§ 3

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niniejszej umowy i zobowiązuje się do kontynuowania ubezpieczenia przez cały czas jej trwania.

2. Każda ze stron ponosi odpowiedzialność za swoje działania i zaniechania , błędy medyczne wobec pacjentek zgodnie z wykonywanymi przez siebie wobec nich świadczeniami zdrowotnymi.

§ 4

1.Należność za wykonanie przedmiotu umowy wynosić będzie …..... zł brutto za każdą objętą opieką przez Przyjmującego zamówienie pacjentkę doprowadzoną do wykonania porodu u Udzielającego zamówienie.

2.Udzielający zamówienia zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Przyjmującego zamówienie należności za wykonany przedmiot umowy na podstawie wystawionej i dostarczonej udzielającemu zamówienie faktury VAT wystawionej po zakończeniu miesiąca w którym nastąpił poród pacjentki.

3. Warunkiem niezbędnym do wystawienia faktury będzie wykonanie przedmiotu umowy określonego w § 1 sfinalizowanego porodem pacjentki u Udzielającego zamówienie potwierdzone dokumentacją tj:

a) przyjęciem pacjentki do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Powiatowego w Świętochłowicach na podstawie „Karty pacjentki" stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszych zasad współpracy,

b) załączonymi do „Karty Pacjentki" wynikami badań diagnostycznych z ostatniej wizyty lub ich kserokopiami.

4.Warunkiem przyjęcia faktury do realizacji jest załączenie do niej dokumentów wymienionych w § 4 ust 3.

5.Zapłata za wykonane świadczenia zdrowotne będzie przekazywana przelewem na konto Przyjmującego Zamówienie wskazane w fakturze, w terminie 30 dni od daty otrzymania faktury pod warunkiem uzyskania środków z Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 5

1. Wskazane usługi będą wykonywane **od …..**

§ 6

1.W sprawach nieuregulowanych umową w zakresie objętym **załącznikiem nr 4 do umowy nr …..** stosuje się Zarządzenia Prezesa NFZ: nr 22/2016/DSOZ z dnia 13 kwietnia 2016 r. , nr 23/2016/DSOZ z dnia 13 kwietnia 2016 r., 24/2016/DSOZ z dnia 13 kwietnia 2016 r z późniejszymi zmianami oraz w innych przepisach dotyczących KOC oraz Kodeksu Cywilnego w wskazanej kolejności.

Udzielający zamówienie **Przyjmujący zamówienie**

Załącznik nr 1 do Zasad Współpracy

KARTA PACJENTKI

Pani:…….

Nr PESEL: …….

Zgodnie z Pani akceptacją, kieruję Panią do **Szpitala Powiatowego w Świętochłowicach, ul. Chorzowska 36, 41-605 Świętochłowice - Oddział ginekologiczno-położniczy** w celu objęcia opieką przed oraz w trakcie porodu.

Planowany termin porodu ;……

Rozpoznanie:…….…….

Załączone wyniki badań diagnostycznych:

……..

……..

……..

…….. ……..

Czytelny podpis pacjentki Pieczęć i podpis lekarza kierującego