

UMOWA ZLECENIA Nr/P/2026
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE
PIELĘGNIARSTWA
W 107 SZPITALU WOJSKOWYM Z PRZYPHODNIĄ SPZOZ W WAŁCZU
zwana dalej „Umową”

zawarta w dniur. w Wałczu, pomiędzy:

107 Szpitalem Wojskowym z Przychodnią SPZOZ z siedzibą w Wałczu, ul. Kołobrzaska 44, 78 – 600 Wałcz, działającym na podstawie wpisu do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego w Sądzie Rejonowym w Koszalinie Wydział IX Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000009405, NIP 7651495874, REGON 570544566, Księga Rejestrowa, Nr 000000018563 (W – 32), reprezentowanym przez Marzenę ŻAK – p.o. Dyrektora Szpitala zwanym dalej „Zleceniodawcą” lub „Szpitalem”

a

Panią/Pana, zam., PESEL:, posiadającą prawo wykonywania zawodu położnej: Nr, wydane w dniu roku przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych, zwaną dalej „Zleceniobiorcą” lub „Pielęgniarką/Pielęgniarem”

o następującej treści

Niniejsza umowa zwarta zostaje w oparciu o następujące przepisy prawa:

1. Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1071 z późn. Zm.),
2. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2025r. poz. 1461 z późn. zm.),
3. Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2026r., poz. 15 z późn.zm.),
4. Art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r, o działalności leczniczej (tj. Dz. U. 2025r. poz. 450 z późn. zm.),
5. Innych przepisów znajdujących zastosowanie dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Zgodną wolą stron niniejszej umowy zlecenia nie jest zawarcie umowy o pracę w rozumieniu Kodeksu pracy.

§ 1

Przedmiot Umowy

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarskich w Poradni Neurochirurgicznej w 107 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SPZOZ w Wałczu.
2. Świadczenie Usług przez Zleceniobiorcę może odbywać się w dni powszednie (pon. – pt.) oraz w soboty jak i w dni ustawowo wolne od pracy.

3. Do zadań Zleceniobiorcy należy w szczególności:

•

4. Zleceniobiorca oświadcza, że posiada niezbędne kwalifikacje i uprawnienia do świadczenia Usług stanowiących przedmiot Umowy.

5. Zleceniobiorca zobowiązuje się do:

- a) wykonywania Usług z należytą starannością;
- b) współpracowania z zespołem diagnostyki laboratoryjnej oraz personelem medycznym i niemedycznym Szpitala;
- c) dbania o porządek i estetykę swojego stanowiska pracy;
- d) utrzymywania w należytym stanie i gotowości narzędzia, aparaturę i sprzęt medyczny;
- e) zabezpieczania i właściwego przechowywania leków i środków dezynfekcyjnych, zgodnie z obowiązującym przepisami i aktualną wiedzą;
- f) systematycznego i rzetelnego prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej;
- g) osobistego wykonywania Usług;
- h) przestrzegania praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów, zwłaszcza z ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r., poz. 581 ze zm.);
- i) przestrzegania tajemnicy zawodowej jak i tajemnicy określonej w przepisach o ochronie danych osobowych zgodnie z RODO, o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w innych obowiązujących przepisach;
- j) stosowanie się do przepisów porządkowych i organizacyjnych Zleceniodawcy, wypełnianie zarządzeń Dyrektora Szpitala;
- k) systematycznego doskonalenia swoich kwalifikacji zawodowych i jakości świadczonych usług;
- l) nadzorowania przestrzegania regulaminu szpitala przez chorych i osoby odwiedzające;
- m) aktywnego uczestnictwa w opracowywaniu, wdrażaniu, modyfikowaniu nowych metod pracy na rzecz usprawniania organizacji oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń;
- n) zasięgania, w razie potrzeby, konsultacji i pomocy personelu medycznego;
- o) dbania o pozytywny wizerunek Zleceniodawcy;

6. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przestrzegania przepisów wydanych przez Ministra Obrony Narodowej dotyczących postępowania w kontaktach z wykonawcami. Załącznik do decyzji stanowi integralną część niniejszej umowy – załącznik dostępny na stronie <http://107sw.pl/> w zakładce BIP.

§ 2

Okres obowiązywania Umowy

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dniar. do dniar.

§ 3

Ubezpieczenie OC, zaświadczenia, orzeczenia

1. Zleceniobiorca ponosi pełną odpowiedzialność cywilną za szkody wyrządzone w związku z realizacją Umowy.
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do posiadania w całym okresie obowiązywania Umowy:
 - a) aktualnej polisy ubezpieczeniowej obowiązkowego ubezpieczenia OC,
 - b) aktualnego orzeczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do wykonywania Umowy, wydanego przez uprawnionego lekarza medycyny pracy,

- b) orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych,
 - c) posiadania zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bhp i ppoż.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przedłożenia Zleceniodawcy dokumentów, o których mowa w ust. 2 najpóźniej w dniu rozpoczęcia wykonywania Umowy, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym. Kopia polisy umowy ubezpieczenia OC winna być potwierdzona „za zgodność z oryginałem”. Badania lekarskie Pielęgniarka zobowiązana jest wykonać własnym staraniem i na własny koszt.
 4. W przypadku, gdy polisa ubezpieczeniowa obejmuje krótszy okres niż czas trwania niniejszej Umowy Pielęgniarka zobowiązana jest przedłożyć Szpitalowi niezwłocznie nową polisę ubezpieczeniową. Niedostarczenie ważnej polisy ubezpieczeniowej w terminie obowiązywania poprzedniej polisy (zachowanie ciągłości ubezpieczenia) może spowodować rozwiązanie niniejszej umowy przez Zleceniodawcę bez zachowania okresu wypowiedzenia.
 5. Jeżeli w trakcie obowiązywania Umowy upłynie termin ważności zaświadczeń i orzeczeń, o których mowa w ust. 2, Zleceniobiorca zobowiązuje się dostarczyć aktualne zaświadczenia i orzeczenia na 3 dni przed upływem terminu ich ważności. Bezskuteczny upływ terminu, o którym mowa wyżej, może spowodować rozwiązanie Umowy przez Zleceniodawcę bez zachowania okresu wypowiedzenia.

§ 4

Udzielanie świadczeń w Poradni Neurochirurgicznej

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przestrzegania przepisów wydanych przez Ministra Obrony Narodowej dotyczących postępowania w kontaktach z wykonawcami. Załącznik do decyzji stanowi integralną część niniejszej umowy – załącznik dostępny na stronie <http://107sw.pl/> w zakładce BIP.
2. Nie udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Zleceniodawcy dopuszcza się w wyniku wystąpienia wypadków losowych uniemożliwiających ich świadczenie, o czym należy niezwłocznie zawiadomić Kierownika Przychodni lub osobę upoważnioną nadzorującą realizację harmonogramu świadczeń zdrowotnych w danej komórce organizacyjnej.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się informować w formie pisemnej, z co najmniej 7 dniowym wyprzedzeniem Kierownika Przychodni lub osobę upoważnioną nadzorującą realizację harmonogramu świadczeń zdrowotnych o niemożności udzielania świadczeń określonych umową z innych przyczyn niż wskazane w ust.8.
4. Za okres nie wykonywania umowy wynagrodzenie nie przysługuje.
5. Wynagrodzenie przysługuje wyłącznie za godziny faktycznego wykonywania zlecenia. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ilości godzin mniejszej od minimalnej liczby godzin wskazanej w ust. 13, Zleceniobiorcy nie przysługują żadne roszczenia z tego tytułu.
6. Bezpośredni nadzór oraz kontrolę nad realizacją świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Zleceniobiorcę sprawuje Kierownik Przychodni względnie inna osoba upoważniona przez Kierownika Przychodni. Pełną kontrolę i nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych udzielanych wsprawuje Kierownik Przychodni.
7. Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych według potrzeb Zleceniodawcy w wymiarze co najmniej**godzin miesięcznie**, a szczegółowy wymiar miesięcznego czasu pracy Zleceniobiorcy określa miesięczny harmonogram świadczeń

zdrowotnych udzielanych przez Zleceniobiorcę ustalony i zatwierdzony do dnia 25 każdego miesiąca na miesiąc następny pomiędzy Zleceniobiorcą, a Kierownikiem Przychodni.

8. W wyjątkowych wypadkach, a w szczególności: wystąpienia epidemii, pandemii, zamknięcia oddziału lub szpitala, czasowego zawieszenia funkcjonowania poradni lub szpitala, Zleceniodawca może jednostronnie w formie pisemnej zmniejszyć minimalną liczbę godzin wskazaną w ust. 7.
9. Zleceniobiorca zobowiązany jest wypełnić „Oświadczenie dla celów ustalenia obowiązku zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego (**Załącznik nr 2** do Umowy). W razie jakichkolwiek zmian Zleceniobiorca zobowiązany jest to zgłosić w Dziale Kadr i Płac.

§ 5

Wynagrodzenie

1. Zleceniobiorca oświadcza, że nie jest podatnikiem podatku VAT. W razie zaistnienia zmiany Zleceniobiorca jest zobowiązany niezwłocznie poinformować Zleceniodawcę o tym fakcie.
2. Z tytułu realizacji przedmiotu Umowy Zleceniobiorcy przysługuje wynagrodzenie za:
 - objęte Umową.
3. Wynagrodzenie wypłacane będzie za każde i odpowiednio obciążone składkami ZUS, zgodnie ze złożonym oświadczeniem do celów składkowo-podatkowych Zleceniobiorcy.
4. Wynagrodzenie, po dokonanych potrąceniach o których mowa w ust. 3, płatne będzie przelewem na wskazane przez Zleceniobiorcę w wystawionym rachunku konto bankowe, 15 - tego dnia każdego miesiąca. Jeżeli dzień wypłaty Wynagrodzenia przypadać będzie na sobotę lub dzień uznany ustawowo za wolny od pracy, zapłata Wynagrodzenia nastąpi w pierwszym dniu roboczym następującym po tych dniach
5. Za dzień zapłaty Wynagrodzenia uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Zleceniodawcy.
6. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1, wyczerpuje całość zobowiązań finansowych Zleceniodawcy względem Zleceniobiorcy z tytułu wykonania Umowy.
7. Po zakończeniu każdego miesiąca, w okresie obowiązywania Umowy, w kolejności wskazanej poniżej, Zleceniobiorca:
 - sporządzi ewidencję godzin przepracowanych godzin w danym miesiącu, dalej „**ewidencja**” (**Załącznik nr 3** do Umowy),
 - przedłoży ewidencję Kierownikowi Przychodni do potwierdzenia i zaakceptowania,
 - złoży w Dziale Kadr i Płac prawidłowo wystawiony rachunek za przeprowadzone, w danym miesiącu badania, w terminie do dnia 5 – tego każdego miesiąca za miesiąc ubiegły wraz z zatwierdzoną ewidencją.
7. Podstawą wypłaty Wynagrodzenia stanowić będzie prawidłowo wystawiony rachunek wraz z załączoną ewidencją.
8. Koszty postępowania poekspozycyjnego lub inne koszty związane z koniecznością leczenia bądź profilaktyki leczniczej pokrywa w całości we własnym zakresie Zleceniobiorca.
9. Wynagrodzenie za ostatni miesiąc realizacji Umowy zostanie wypłacone po spełnieniu zobowiązań opisanych w §10 Umowy.

§ 6

Udostępnienie danych osobowych

Pielęgniarka odpowiada za udostępnienie danych osobowych osobom lub instytucjom nieupoważnionym lub wykorzystanie danych osobowych do celów innych niż określone w § 1 Umowy.

§ 7

Rozwiązanie Umowy

1. Umowa może zostać rozwiązana w każdym czasie, za porozumieniem Stron.
2. Każda Strona jest uprawniona do rozwiązania Umowy z zachowaniem **3 miesięcznego okresu wypowiedzenia** ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. W przypadku niedotrzymania przez Zleceniobiorcę warunków Umowy, Zleceniodawcy przysługiwać będzie prawo natychmiastowego jej rozwiązania i żądania naprawienia przez Zleceniobiorcę powstałych z tego tytułu szkód.

§ 8

Powierzenie wykonania przedmiotu umowy osobom trzecim

1. Zleceniobiorca nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy osobom trzecim bez zgody Szpitala wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Zleceniobiorca nie może zbyć ani zastawić wierzytelności przysługujących jej z tytułu realizacji Umowy bez zgody Szpitala wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności

§ 9

Odzież robocza

Zleceniobiorca zobowiązuje się we własnym zakresie do zabezpieczenia odzieży roboczej zgodnie z wymogami, o których mowa w obowiązujących przepisach prawnych.

§ 10

Rozliczenie z powierzonego mienia

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do rozliczenia ze Zleceniodawcą z powierzonego mu mienia z dniem zakończenia Umowy.
2. Rozliczenie, o którym mowa w ust. 1 nastąpi w formie karty obiegowej.

§ 11

Poufność

1. Strony zastrzegają poufność wszelkich postanowień Umowy.
2. W czasie trwania Umowy jak i po jej rozwiązaniu lub ustaniu Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji handlowych, organizacyjnych, technicznych lub technologicznych, co do których Zleceniodawca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności.
3. Szczegółowe postanowienia w zakresie poufności zawiera **Załącznik nr 1** do Umowy.

§ 12

Przetwarzanie danych osobowych

1. Administratorem Danych Osobowych jest 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Wałczu, mającym swoją siedzibę przy ul. Kołobrzeskiej 44, 78 – 600 Wałcz.

2. Szczegółowe postanowienia w zakresie przetwarzania danych osobowych zawiera **Załącznik nr 1** do Umowy

§ 13

Postanowienia końcowe

1. Wszelkie zmiany, uzupełnienia i rozwiązanie Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych Umową zastosowanie znajdują przepisy powszechnie obowiązujące, w szczególności ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny.
3. Wszelkie ewentualne spory mogące wyniknąć na tle realizacji Umowy Strony będą rozwiązywać polubownie, a w razie braku porozumienia Strony oddadzą spór pod rozstrzygnięcie sądu właściwego dla Zleceniodawcy.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

ZLECENIOBIORCA

ZLECENIODAWCA

POUFNOŚĆ INFORMACJI, TAJEMNICA ZAWODOWA, DANE OSOBOWE

1. Strony zobowiązują się do przestrzegania poufności, a w szczególności do nieujawniania w jakiegokolwiek formie osobom trzecim informacji uzyskanych w trakcie realizacji Umowy, bez uprzedniej pisemnej zgody drugiej Strony.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się, że:
 - a) nie będzie udostępniał, rozpowszechniał i przekazywał w jakiegokolwiek formie informacji poufnych obejmujących nieujawnione do wiadomości publicznej informacje techniczne, technologiczne, handlowe lub organizacyjne Zleceniodawcy, a także podmiotów zależnych, podmiotów stowarzyszonych, klientów, nabywców, sprzedawców i innych osób, przekazane na piśmie, ustnie, w formie elektronicznej lub jakiegokolwiek innej, które są opisane jako (lub dostarczone w okolicznościach wskazujących na to, że są poufne lub stanowią własność Zleceniodawcy, włączając w to bez żadnych ograniczeń business plany, dane techniczne, plany usług, umowy, informacje finansowe,
 - b) nie będzie korzystał z żadnych informacji poufnych dla swojego własnego pożytku ani dla żadnych innych celów poza wykonaniem przedmiotu niniejszej Umowy, określonego w § 1 Umowy,
 - c) podejmie wszelkie uzasadnione środki celem zachowania poufności,
 - d) w każdej chwili na żądanie Zleceniodawcy, zwróci Zleceniodawcy wszelkie materiały, analizy, wypisy lub inne reprodukcje (na piśmie, w formie elektronicznej lub innej), które były dostarczone przez Zleceniodawcę, lub zniszczy wszystkie materiały, które zawierają informacje poufne Zleceniodawcy, a w zakresie w jakim nie wymaga to zmiany konfiguracji systemów komputerowych Zleceniobiorcy, wykasuje z pamięci swoich komputerów, edytorów tekstów i podobnych środków wszystkie materiały stanowiące informacje poufne, włączając kopie.
 - e) zachowa w tajemnicy wszystko o czym dowiedział się przy świadczeniu Usług na podstawie Umowy, za wyjątkiem informacji, które:
 - są lub staną się publicznie dostępne (w inny sposób niż w wyniku ujawnienia ich przez Zleceniobiorcę, jego przedstawicieli lub doradców wbrew ich zobowiązaniu do zachowania tych informacji w poufności) lub
 - są lub zostaną ujawnione zgodnie z wymogami obowiązującego prawa lub orzeczenia sądowego.
3. Zleceniobiorca oświadcza, że zwrot dokumentów przekazanych w celu wykonania przedmiotu Umowy nie zwalnia go z zobowiązań wynikających z ust. 3 powyżej.
4. Zobowiązania wynikające z ust. 2 i 3 powyżej wiążą Zleceniobiorcę przez okres wykonania niniejszej Umowy oraz po jej wykonaniu. Administratorem danych osobowych Pacjentów jest 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul Kołobrzeska 44, 78-600 Wałcz, zwany dalej „Szpitalem”.
5. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się pod adresem iod@107sw.pl.
6. Dane będą przetwarzane w celu realizacji umowy, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego

przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46 (Rozporządzenie o ochronie danych osobowych).

7. Przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy (art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia o ochronie danych osobowych) oraz do realizacji obowiązków prawnych wynikających z przepisów rachunkowo-podatkowych ciążących na administratorze danych (art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia o ochronie danych osobowych): art. 106e ustawy o podatkach od towarów i usług, art. 74 ustawy o rachunkowości.
8. Podanie danych jest warunkiem zawarcia umowy, a ich niepodanie uniemożliwi jej zawarcie.
9. Dane będą przechowywane do czasu niezbędnego do realizacji umowy oraz przedawnienia ewentualnych roszczeń.
10. Każdej osobie przysługuje prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi na przetwarzanie danych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczenie do celów podatkowych i ubezpieczeń społecznych

Nazwisko i imię

PESEL

Adres zameldowania/zamieszkania

Województwo..... Powiat

Gmina Ulica....., nr

Kod pocztowy Miejscowość

Data urodzenia

Urząd Skarbowy

Nr konta _ _ _ _ _

Nr telefonu kontaktowego

Adres e-mail

Niniejszym oświadczam, iż właściwym dla mnie identyfikatorem podatkowym jest numer PESEL/NIP*.

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. Jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę, mianowania **TAK/NIE***

.....

(Nazwa Zakładu)

Ze stosunku pracy otrzymuję wynagrodzenie **niższe/równe/wyższe*** od najniższego wynagrodzenia.

Jeżeli wyższe lub równe to **wnoszę/nie wnoszę*** o dobrowolne ubezpieczenie emerytalne i rentowe z tytułu wykonywania pracy na podstawie zawartej umowy zlecenia.

2. Jestem zatrudniony/a na podstawie umowy zlecenia **TAK/NIE***

Wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenia w kwocie brutto wynosi: **co najmniej minimalne wynagrodzenie/mniej niż minimalne wynagrodzenie***.

3. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej/ponadgimnazjalnej/studentem* i nie ukończyłem/am

26 lat **TAK/NIE***

(nazwa szkoły/uczelni, rok studiów)

4. Prowadzę działalność pozarolniczą **TAK/NIE*** NIP

Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach) **TAK/NIE***

5. Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników **TAK/NIE***

6. Jestem emerytem/rencistą* **TAK/NIE**

Numer emerytury/renty

7. **Wnoszę/nie wnoszę*** o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

O wszelkich zmianach zobowiązuję się poinformować w terminie 7 dni od daty ich powstania.

Oświadczam, że w przypadku zmiany sytuacji ubezpieczeniowej (m.in. nie osiągnięcie minimalnego wynagrodzenia, zakończenie umowy o pracę, pobieranie zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, wychowawczego, rehabilitacyjnego itd.) niezwłocznie informuję.

* niepotrzebne skreślić

.....
(data i podpis zleceniobiorcy)