## Umowa nr ………../MP/2025

Zawarta we Wrocławiu dnia …………………… r.

pomiędzy:

**HiH Przychodnią s.c.** z siedzibą we Wrocławiu 51-162, ul. Jana Długosza 48, bud. D,
wpisaną do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonych przez Wojewodę Dolnośląskiego pod nr 000000001819, REGON: 930025129, NIP: 897- 001- 29- 82, zwanym dalej **PRZYCHODNIĄ,** reprezentowaną przez: **Dyrektora – Mikołaja Hryń**

a:

**Nazwa: ……………………………………………………**
**Adres: …………………………………………………..**
**NIP:**  **……………………………………………………
REGON:** **…………………………………………………..**

zwaną dalej **ZLECENIODAWCĄ**, reprezentowaną przez: **…………………………………………………………………..**

o następującej treści:

**§ 1
 Przychodnia**

1. Udziela świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, przywracaniu i poprawie stanu zdrowia, a w szczególności organizuje i prowadzi profilaktyczną opiekę medyczną nad pracującymi:
* przeprowadza badania wstępne, okresowe i kontrolne, określone Kodeksem Pracy,
* wydaje orzecznictwo lekarskie do celów przewidywanych w Kodeksie Pracy,
* ocenia możliwości wykonywania pracy uwzględniające stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy,
* monitoruje stan zdrowia osób pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka, a zwłaszcza osób wykonujących pracę w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych,
* wykonuje badania umożliwiające wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z wykonywaną pracą,
* w przypadkach obligatoryjnych deleguje swojego lekarza do zakładowej komisji bezpieczeństwa i higieny pracy.
1. Oferuje gotowość świadczenia profilaktycznych usług medycznych nie wymienionych powyżej.
2. W wyjątkowych przypadkach PRZYCHODNIA ma prawo zlecenia osobom trzecim niektórych obowiązków wynikających z umowy.

**§ 2
Zleceniodawca**

1. Na warunkach niniejszej umowy zleca PRZYCHODNI objęcie jego pracowników (liczba zatrudnionych osób na dzień podpisania umowy: …….. ) Opieką Medyczną, której zakres określa załącznik nr 1.

2. Ma prawo kontrolowania sposobu wykonywania postanowień niniejszej umowy poprzez otrzymywanie dodatkowych informacji w dziale Sprzedaży i Obsługi Klienta.

**§ 3
Warunki realizacji umowy**

1. Miejsca udzielenia świadczeń przez PRZYCHODNIĘ oraz procedury związane ze zgłaszaniem się pracowników w celu uzyskania wizyty i rejestrowaniem wizyty określa załącznik nr 2.

2. PRZYCHODNIA może również, po uzgodnieniu ze Zleceniodawcą, część usług określonych w § 1 wykonywać na terenie zakładu pracy.

3. Zaświadczenia lekarskie o zdolności do pracy PRZYCHODNIA przekazuje pracownikowi.

4. Pracownicy Zleceniodawcy mają prawo wglądu do swojej dokumentacji medycznej w każdym momencie jej przygotowania.

5. PRZYCHODNIA zobowiązuje się do:

* terminowego wykonywania usług,
* maksymalnego ułatwiania korzystania z pomocy medycznej,
* fachowej obsługi przez wykwalifikowany personel,
* promocji zasad deontologii lekarskiej,
* przestrzegania przepisów i norm obowiązujących w RP,
* zabezpieczenia i ochrony danych osobowych pracowników i innych osób objętych umową.

**§ 4
Wynagrodzenie**

* 1. Wysokość wynagrodzenia za profilaktyczne świadczenia zdrowotne realizowane przez PRZYCHODNIĘ określa załącznik nr 1 do niniejszej umowy. Wynagrodzenie jest płatne w terminie **14** dni od daty wystawienia faktury na konto:

 **HiH Przychodnia s.c. w Banku PEKAO S.A. I/O we Wrocławiu
 79 1240 1994 1111 0000 2497 8440.**

Faktura wystawiana będzie zgodnie z zestawieniem przeprowadzonych badań, stanowiącym załącznik do faktury.

* 1. PRZYCHODNIA zastrzega sobie prawo do zmiany wynagrodzenia określonego w załączniku nr 1, w okresach rocznych ze skutkiem od dnia 1 stycznia każdego roku kalendarzowego, zgodnie ze wskaźnikiem wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za rok poprzedni, ogłaszanym w Monitorze Polskim przez Główny Urząd Statystyczny. PRZYCHODNIA poinformuje Zleceniodawcę o zmianie wynagrodzenia w terminie do 14 dni przed jej wprowadzeniem.
	2. PRZYCHODNIA zastrzega sobie prawo do zmiany wynagrodzenia określonego w załączniku nr 1 w przypadku zmian przepisów, regulacji prawnych oraz innych okoliczności. PRZYCHODNIA poinformuje Zleceniodawcę o zmianie wynagrodzenia w terminie do 14 dni przed jej wprowadzeniem.
	3. Strony uzgadniają, że wszelkie zmiany dotyczące wynagrodzenia określonego w załączniku nr 1 i opisane w par. 4, punkty 2 i 3 powyżej, nie wymagają formy pisemnej potwierdzonej podpisem Zleceniodawcy. Właściwą i akceptowalną przez obie strony formą komunikacji będzie poczta elektroniczna. Informacje o zmianach będą wysyłane na adres e-mail Zleceniodawcy: ………………………………………
	4. W przypadku niezapłacenia przez Zleceniodawcę wynagrodzenia, o którym mowa w § 4 pkt 1, PRZYCHODNIA może wstrzymać wykonywanie usług medycznych do czasu uregulowania zaległych płatności, lub wykonać badania za gotówkę, według cennika detalicznego HiH Przychodni s.c.
	5. Faktura w formie elektronicznej będzie wysyłana przez Zleceniobiorcę na adres Zleceniodawcy: …………………………………..

**§ 5
Zobowiązania**

Zleceniodawca zobowiązuje się do:

1. wystawiania pisemnych skierowań na badania profilaktyczne (wstępne, okresowe, kontrolne) dla swoich pracowników,

2. przekazywania informacji o wystąpieniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych wraz z aktualnymi wynikami badań i pomiarów tych czynników,

3. zapewnienia pracownikowi PRZYCHODNI udziału w komisji bezpieczeństwa i higieny pracy działającej na terenie zakładu pracy,

4. zapewnienia pracownikowi PRZYCHODNI możliwości przeglądu stanowisk pracy w celu dokonania oceny warunków pracy,

5. udostępnienia PRZYCHODNI dokumentacji wyników kontroli warunków pracy w części odnoszącej się do ochrony zdrowia,

6. terminowego wnoszenia opłat.

**§ 6**

**Zmiany w umowie**

Wszelkie zmiany i uzupełnienia umowy, inne niż te opisane w par. 4, wymagają dla swej ważności formy pisemnej w formie aneksów podpisanych przez obie strony. Strony uzgadniają, że właściwą i akceptowalną przez obie strony formą komunikacji odnośnie aneksowania zmian będzie poczta elektroniczna. Informacje o zmianach będą wysyłane na adres e-mail Zleceniodawcy: ………………………………………………………..

**§ 7**

**Czas trwania umowy**

Umowa zostaje zawarta na czas nieokreślony.

**§ 8**

**Ochrona danych osobowych**

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji związanych z realizacją przedmiotu umowy przez okres jej trwania oraz bezterminowo po jej zakończeniu.

2. Zleceniobiorca oraz osoby wykonujące czynności po stronie Zleceniobiorcy zobowiązane są do przestrzegania przepisów ogólnego rozporządzenia tzw. RODO oraz ustawy o ochronie danych osobowych w trakcie wykonywania czynności związanych z niniejszą umową.

3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do stosowania przez cały okres obowiązywania umowy odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych w celu zabezpieczenia przetwarzania danych osobowych według wytycznych ogólnego rozporządzenia tzw. RODO oraz ustawy o ochronie danych osobowych.

4. Zasady przetwarzania danych osobowych oraz ich powierzenie określa regulamin powierzenia przetwarzania danych osobowych w związku ze świadczeniem usług, udostępniony przez Zleceniodawcę dla Zleceniobiorcy na stronie internetowej Zleceniodawcy w zakładce RODO lub za pośrednictwem komunikacji elektronicznej pomiędzy stronami umowy.

5. Zleceniobiorca oświadcza, że akceptuje zasady określone w regulaminie powierzenia przetwarzania danych osobowych w związku ze świadczeniem usług przez Zleceniodawcę w przypadku, gdy podczas realizacji przedmiotu umowy powierzenie przetwarzania danych osobowych wystąpi.

6. Zleceniobiorca realizuje obowiązek informacyjny wobec stron niniejszej umowy tj. osób fizycznych wskazanych do kontaktu w zakresie realizacji umowy, reprezentantów stron umowy oraz wspólników spółek zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w 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 zwane dalej: RODO) informując, że:

1. **ADMINISTRATOR DANYCH**

Administratorem Państwa danych osobowych jest HiH Przychodnia S.C. ul. Jana Długosza 48D z siedzibą we Wrocławiu. Mogą się Państwo z nami kontaktować w następujący sposób:

• listownie na adres: HiH Przychodnia S.C. ul. Jana Długosza 48D, 51-162 Wrocław.

• poprzez e-mail: info@hih.com.pl

• telefonicznie: 602 281 506

 **2. CEL PRZETWARZANIA DANYCH I PODSTAWY PRAWNE**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie:

* Art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie wyrażonej zgody,
* art. 6 ust. 1 lit. b, c RODO tj. gdy przetwarzanie jest konieczne do realizacji łączącej nas umowy w celu realizacji i rozliczenia umowy i na czas jej obowiązywania, a po jej rozwiązaniu lub zakończeniu, wyłącznie na czas i w zakresie, w jakim zezwalać na to będą przepisy powszechnie obowiązującego prawa,
* art. 6 ust. 1 lit. f RODO tj. gdy przetwarzanie jest nieodzowne dla realizacji celów wynikających z naszych prawnie uzasadnionych interesów, takich jak ewentualna konieczność odpierania lub realizacji roszczeń.
1. **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH**

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji umowy na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a także do czasu wygaśnięcia wzajemnych roszczeń wynikających z tej umowy.

1. **ODBIORCY DANYCH**

Państwa dane osobowe udostępniamy wyłącznie podmiotom uprawnionym. Odbiorcami danych osobowych uprawnionymi do ich przetwarzania są: podmioty świadczące usługi na rzecz Zleceniobiorcy na podstawie przepisów prawa, podmioty, którym dane powierzono przetwarzanie danych osobowych zgodnie z zawartą umową.

Administrator Danych nie przekazuje Państwa danych poza Europejski Obszar Gospodarczy oraz do organizacji międzynarodowych.

1. **PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ**

Przysługują Państwu następujące uprawnienia:

* prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
* prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
* prawo do usunięcia danych osobowych,
* prawo do ograniczenia przetwarzania danych,

- przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa.

W każdej chwili przysługuje Państwu również prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, jeśli stanowiła ona podstawę przetwarzania danych. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Państwa zgody przed jej wycofaniem.

Oprócz tego mogą Państwo wnieść sprzeciw wobec przetwarzania Państwa danych lub wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

1. **ŹRÓDŁO DANYCH**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez czas konieczny do realizacji umowy zawartej pomiędzy HiH Przychodnia S.C. oraz danym Zleceniobiorcą, Zleceniodawcą, Wykonawcą, Usługodawcą, Procesorem, Współadministratorem, przekazującym Państwa dane na rzecz HiH Przychodnia S.C. w celu wykonania przedmiotowej umowy oraz mogą być przetwarzane przez okres niezbędny dla realizacji prawnie uzasadnionych interesów Administratora.

1. **PODANIE DANYCH**

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże konsekwencją niepodania danych osobowych wymaganych przez Administratora Danych jest brak możliwości zawarcia i wykonania umowy.

**§ 9**

**Rozwiązanie umowy**

Każda ze stron może rozwiązać umowę:

1. z miesięcznym wypowiedzeniem skutkującym na koniec miesiąca następującego po pisemnym wyrażeniu woli rozwiązania umowy,

2. ze skutkiem natychmiastowym w przypadku rażącego naruszenia postanowień umowy przez którąkolwiek ze stron.

**§ 10**

**Regulacje prawne**

1. W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

2. W przypadku zmiany przepisów powszechnie obowiązujących, strony niniejszej umowy dostosują niezwłocznie jej postanowienia do zmienionych przepisów pisemnym Aneksem.

3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

**§ 11**

**Rozpoczęcie współpracy**

Umowa wchodzi w życie z dniem ……………………. roku.

**§ 12
Koordynacja współpracy**

Strony ustalają osoby do kontaktu podczas realizacji umowy:

**PRZYCHODNIA :**

…………………………………………………..

Tel.:……………………………………………
Mail: ……………………….

**Zleceniodawca:**

……………………………………………………..

Tel.: ……………………………………………..

Mail.: …………………………

Osoby do kontaktu w sprawach dotyczących ochrony danych osobowych (wysyłanie dokumentacji zawierającej dane osobowe):

**Zleceniobiorca:**

…………………………………………………..

Tel.:……………………………………………
Mail: ……………………….

**Zleceniodawca:**

…………………………………………………..

Tel.:……………………………………………
Mail: ……………………….

# PRZYCHODNIA ZLECENIODAWCA