Umowa nr BHP – 1930.6.2023

Zawarta w dniu …………. 2023 r. w Białymstoku pomiędzy:

**Skarbem Państwa – Komendantem Wojewódzkim Policji w Białymstoku**

pod adresem **ul. Sienkiewicza 65, 15-003 Białystok**

**NIP: 542-020-78-68 REGON: 050252820**

reprezentowaną przez:

**Zastępcę Komendanta Wojewódzkiego Policji w Białymstoku – Sławomira Wilczewskiego**

zwanej w dalszej części niniejszej umowy „Zamawiającym”,

a

…………………………………………………….

z siedzibą w ……………………, pod adresem ………………………….

NIP ………………., REGON......................,

reprezentowaną przez:

……………………………………………………………………………………….,

zwaną dalej „Wykonawcą”.

Do zamówienia nie stosuje się przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych zgodnie
z art. 2 ust. 1 pkt. 1 (Dz.U. 2023 poz. 1605, z późn. zm.). Zamówienie w trybie określonym
w § 5 decyzji nr 40/2021 Komendanta Wojewódzkiego Policji w Białymstoku z dnia 09.04.2021 r. w sprawie planowania i udzielania zamówień publicznych w Komendzie Wojewódzkiej Policji w Białymstoku.

§ 1

Przedmiotem umowy jest świadczenie przez Wykonawcę usług na podstawie: art. 145ga ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz.U.2023 poz.171), rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 listopada 2002 r. w sprawie uprawnień i obowiązków policjantów delegowanych do pełnienia służby poza granicami państwa (Dz.U. 2022 poz. 1815), rozporządzenia MSWiA z dnia 9 marca 2020 r. w sprawie badań policjanta i pracownika Policji powracającego do kraju po zakończeniu służby lub pracy w kontyngencie policyjnym oraz kierowania go na turnus leczniczo-profilaktyczny (Dz.U. 2020 poz. 392) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności (Dz.U. 2012 poz. 40) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 27 września 2023 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz Międzynarodowej Książeczki Szczepień (Dz.U. 2023 r. poz. 2056)

w zakresie:

1. badań laboratoryjnych: morfologia krwi z rozmazem + płytki, OB, glukoza, kreatynina, bilirubina całkowita, aminotransferaza alainowa (ALT), aminotransferaza asparaginowa (AST), kwas moczowy, HBs antygen, lipidogram, WR, HBs p/ciała, przeciwciała HIV, HCV – przeciwciała, mocz – badanie ogólne, HBSAb test potwierdzenia,
2. badań diagnostycznych: : rtg klatki piersiowej (duży obrazek) z opisem, EKG z opisem, badanie okulistyczne z wydaniem orzeczenia,
3. szczepień ochronnych: wzw A i B, błonica i tężec, dur brzuszny, odra, świnka, różyczka, wścieklizna, KZM,
4. ogólnych badań lekarskich,
5. wydanie zaświadczenia o stanie zdrowia w języku polskim,
6. wydanie zaświadczenia o stanie zdrowia w języku angielskim (zgodnie z wzorami określonymi przez organizację międzynarodowe np. UE, ONZ),
7. wydanie Międzynarodowej Książeczki Szczepień.

§ 2

1. W ramach przedmiotu umowy Wykonawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej, chronienia jej i udostępniania zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781), ustawą
z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1545) oraz rozporządzeniem 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) z dnia 27 kwietnia 2016 r (Dz. Urz. UE.L Nr 119, str. 1).
2. W przypadku rozwiązania umowy lub upływu terminu jej obowiązywania Wykonawca na pisemne wezwanie Zamawiającego, w terminie 14 dni roboczych licząc od dnia wpływu wezwania, obowiązany jest do protokolarnego przekazania podmiotowi wskazanemu przez Zamawiającego dokumentacji medycznej osób badanych.

§ 3

1. Przedmiot umowy realizowany będzie przez lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań z zakresu medycyny pracy oraz innych lekarzy specjalistów, a także personel pomocniczy, a ich wykonywanie będzie następować zgodnie z zasadami sztuki medycznej przy poszanowaniu praw pacjenta określonych w przepisach prawa. Osoby wykonujące zadania z zakresu służby medycyny pracy, o których mowa w ust. 1, mają spełniać wymagania określone odpowiednio w rozporządzeniu Ministra Zdrowia
i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 *roku w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.* (Dz.U. 2023 poz. 607) – dotyczy lekarzy.
2. Wykonawca zobowiązany jest posiadać taką organizację pracy oraz dysponować odpowiednią ilością personelu medycznego, która zapewni sprawne i bieżące wykonywanie badań będących przedmiotem niniejszej umowy.
3. Wykonawca zobowiązany jest zapewnić zastępstwo na czas nieobecności w pracy lekarza medycyny pracy bądź lekarzy specjalistów.

§ 4

1. Podstawą wykonania usług będących przedmiotem umowy będą imienne skierowana, wystawione przez Zamawiającego, opatrzone pieczęcią i podpisem osoby uprawnionej (załącznik nr 2 i 3).
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo zmiany wzoru skierowania w trakcie obowiązywania umowy. W przypadku zmiany wzoru skierowania Zamawiający poinformuje i dostarczy Wykonawcy, obowiązujące skierowanie.
3. W przypadku, gdy do wydania orzeczenia/zaświadczenia konieczne okaże się powtórzenie badań lub rozszerzenie ich zakresu o badania dodatkowe, lekarz uprawniony do wydania zaświadczenia będzie zobowiązany do uzasadnienia tego w dokumentacji.
4. Wykonawca, niezwłocznie po wykonaniu badania przekazuje oryginał i kopię orzeczenia/zaświadczenia lekarskiego osobie skierowanej na badania.

§ 5

1. Kierowanie osób uprawnionych do badań następować będzie po uprzedniej rejestracji telefonicznej w placówce …………………………………. czynnej w dni robocze
w godzinach od …… do ……. W przypadku większej ilości osób do badania lub zaszczepienia Wykonawca przyjmować będzie pacjentów wg stworzonego przez Zamawiającego harmonogramu, ustalonego w porozumieniu z Wykonawcą.

§ 6

1. Wykonawca oświadcza, że usługi będące przedmiotem umowy wykonywane będą
w placówce medycznej zlokalizowanej w...........................................................................
2. Wykonawca, w placówce medycznej, o której mowa w ust. 1 zapewnia dostępność lekarza profilaktyka w dniach …….., od godz. …… do godz. ….. oraz lekarzy specjalistów, którzy przyjmować będą zgodnie z harmonogramem pracy poradni specjalistycznych. Harmonogram pracy poradni specjalistycznych musi być dostosowany do godzin pracy lekarza profilaktyka, aby zlecane przez niego dodatkowe badania lub konsultacje i wydanie orzeczenia, mogły być wykonane w ramach czasowych pracy lekarza profilaktyka w ciągu jednego dnia.
3. Zamawiający dopuszcza możliwość powierzenia części zamówienia Podwykonawcom
w zakresie wykonywania badań specjalistycznych lub/i badań laboratoryjnych.

§ 7

1. Strony ustalają, że w okresie obowiązywania umowy nie ulegną zmianie ceny jednostkowe brutto w PLN odpowiednio do rodzaju usługi.
2. Za niezbędne badania lub konsultacje dodatkowe (nie uwzględnione w tabelach formularza ofertowego a wynikające z konieczności rozszerzenia określonych zakresów badań), stosowane będą aktualne ceny obowiązujące wg cennika Wykonawcy.
3. Wykonawca w terminie do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu w którym usługa została zrealizowana wystawi fakturę VAT i przekaże ją do Zespołu Ochrony Pracy Komendy Wojewódzkiego Policji w Białymstoku ul. Sienkiewicza 65.
4. Strony ustalają, że płatność za zrealizowany przedmiot umowy dokonywana będzie na podstawie miesięcznych faktur VAT **wskazując, jako płatnika KWP w Białymstoku, NIP: 542-020-78-68** (*data sprzedaży na fakturze winna być ostatnim dniem miesiąca, w którym została wykonana usługa*) wraz z załącznikami w formie papierowej: wykazem imiennym osób wraz z kosztami wykonanych badań lekarskich, z wyszczególnieniem zakresu wykonanych konsultacji, badań diagnostycznych i laboratoryjnych.
5. Wartość faktur VAT wynikać będzie z rzeczywistej ilości usług wykonywanych w danym miesiącu oraz odpowiadającym im cenom, określonym w tabelach formularza ofertowego stanowiących załącznik do umowy. Wyjątek stanowić będą sytuacje, kiedy lekarz profilaktyk rozszerzy bądź zawęzi zakres badań, wówczas cena określona
w formularzu ofertowym, zostanie powiększona lub pomniejszona o koszt usługi, które zawarte są w cenniku Wykonawcy i stanowią załącznik do umowy.
6. Wartość wynagrodzenia umownego za określony w § 1 przedmiot umowy wynosi ……...

brutto, słownie ……………………………………………………………………………

zgodnie z formularzem ofertowym stanowiący załącznik nr 1 do umowy.

1. Zamawiający zobowiązuje się zapłacić za wykonane usługi, w terminie 30 dni licząc od daty dostarczenia faktur VAT wraz z załącznikami, w formie przelewu na rachunek bankowy Wykonawcy w banku ………….nr ………………………………….
2. Faktura lub załączniki do niej, nie spełniająca wymagań Zamawiającego zostanie przez Wykonawcę skorygowana. 30 - dniowy termin zapłaty liczony będzie od dnia dostarczenia przez Wykonawcę prawidłowo sporządzonej faktury VAT.
3. Wskazany w fakturze rachunek bankowy musi być zgodny z rachunkiem bankowym wskazanym w elektronicznym wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT,
o którym mowa w art. 96b ustawy z dnia 11 marca 2004. o podatku od towarów i usług – zwanym dalej „wykazem podatników VAT”. W przypadku braku zgodności rachunku bankowego wskazanego na fakturze z rachunkiem bankowym, o którym umowa w zdaniu poprzedzającym, Zamawiający dokona płatności na rachunek bankowy wskazany w w/w wykazie. W przypadku braku wskazanego wyżej rachunku bankowego w Wykazie podatników VAT, Zamawiający uprawniony jest do wstrzymania płatności, a bieg terminu zapłaty biegnie na nowo od dnia poinformowania Zamawiającego
o umieszczeniu rachunku bankowego w w/w wykazie. Zamawiający poinformuje Wykonawcę o braku wskazania rachunku bankowego w w/w wykazie i o wstrzymaniu wypłaty.
4. W treści faktury za wykonane usługi, Wykonawca zobowiązuje się umieścić klauzulę
o treści „Wierzytelności określone fakturą nie mogą być przedmiotem przelewu wierzytelności” pod rygorem odmowy jej przyjęcia. Zamawiający nie wyraża zgody na przelewem wierzytelności wynikających z niniejszej umowy.

§ 8

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia **01.01.2024 r. do dnia 31.12.2024 r.**
2. W sprawach nie unormowanych niniejszą umową zastosowanie mieć będą przepisy Kodeksu Cywilnego.
3. Wszelkie spory wynikające z niniejszej umowy lub z nią związane strony zobowiązują się rozstrzygać w sposób polubowny. W razie nie osiągnięcia porozumienia spór zostanie ostatecznie rozstrzygnięty przez Sąd właściwy miejscowo dla Zamawiającego.

§ 9

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 10

Umowę zawarto w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Wykonawca: Zamawiający:**

Załączniki do umowy:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Wzór skierowania na szczepienia

Załącznik nr 3 – Wzór skierowania na badania laboratoryjne

Załącznik nr 4 - Wzór orzeczenia lekarskiego przed wyjazdem

Załącznik nr 5 – Wzór orzeczenia lekarskiego po powrocie z misji

Załącznik nr 6 - Health Certyficate – przed wyjazdem

Załącznik nr 1

**SZACUNKOWE WYLICZENIA ILOŚCI I CEN ŚWIADCZONYCH USŁUG
 Z PODZIAŁEM NA POSZCZEGÓLNE ZADANIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Rodzaj badania** | **Ilość badań** | **Cena zł** | **Kwota** |
| **1.** | Zestaw badań lekarskich policjanta powracającego do kraju po zakończeniu służby w kontyngencie policyjnym z wydaniem orzeczenia lekarskiego :-ogólne badanie lekarskie-badania laboratoryjne: morfologia krwi z rozmazem + płytki, OB, glukoza, kreatynina, bilirubina całkowita, aminotransferaza alainowa (ALT), aminotransferaza asparaginowa (AST), kwas moczowy, HBs antygen, lipidogram, WR, HBs p/ciała, przeciwciała HIV, HCV – przeciwciała, mocz – badanie ogólne, HBSAb test potwierdzenia | 20 |  |  |
| 2. | badania diagnostyczne: rtg klatki piersiowej (duży obrazek) z opisem | 10 |  |  |
| 3. | badania diagnostyczne: EKG z opisem | 10 |  |  |
| 4. | badania diagnostyczne: badanie okulistyczne z wydaniem orzeczenia | 10 |  |  |
| 5. | Ogólne badania lekarskie z wydaniem orzeczenia lekarskiego | 10 |  |  |
| 6. | szczepienie ochronne: wzw A,  | 25 |  |  |
| 7. | szczepienie ochronne: wzw B | 30 |  |  |
| 8. | szczepienie ochronne: błonica i tężec | 10 |  |  |
| 9. | szczepienie ochronne: dur brzuszny | 30 |  |  |
| 10. | szczepienie ochronne: odra, świnka, różyczka | 10 |  |  |
| 11. | szczepienie ochronne: wścieklizna | 30 |  |  |
| 12. | szczepienie ochronne: kleszczowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych | 30 |  |  |
| 13. | wydanie zaświadczenie o stanie zdrowia w języku angielskim (zgodnie z wzorami określonymi przez organizację międzynarodowe np. UE, ONZ) | 10 |  |  |
| 14. | wydanie Międzynarodowej Książeczki Szczepień | 10 |  |  |
| 15.  | badania laboratoryjne: morfologia krwi z rozmazem + płytki, OB, glukoza, kreatynina, bilirubina całkowita, aminotransferaza alainowa (ALT), aminotransferaza asparaginowa (AST), kwas moczowy, HBs antygen, lipidogram, WR, HBs p/ciała, przeciwciała HIV, HCV – przeciwciała, mocz – badanie ogólne, HBSAb test potwierdzenia | 10 |  |  |
|  |  |
|  **Razem:**  |

Załącznik nr 2

**PŁATNIK:**

KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI

W BIAŁYMSTOK

ul. Sienkiewicza 65

15-003 Białystok

NIP: 542-020-78-68

REGON: 050252820

Data wystawienia.......................................

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

(pieczęć i podpis lekarza)

**SKIEROWANIE**

**na wykonanie szczepień ochronnych członka kontyngentu policyjnego wyjeżdzającego do:**

**……………………………………………………………………………………………………**

**Imię i nazwisko** ....................................................................................................................

**PESEL:**

**Miejsce zamieszkania** ……………………………………………………………………….

**Miejsce pełnienia służby**........................................................................................................

**Okres delegowania**..................................................................................................................

**Miejsce delegowania**…………………………………………………………………………

**Stanowisko w kontyngencie** …………………………………………………………………

**Zakres zadań w kontyngencie** ……………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 ……………………………
 (pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

Załącznik nr 3

**PŁATNIK:**

KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI

W BIAŁYMSTOK

ul. Sienkiewicza 65

15-003 Białystok

NIP: 542-020-78-68

REGON: 050252820

Data wystawienia.......................................

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

(pieczęć i podpis lekarza)

**SKIEROWANIE**

**na wykonanie badań członka kontyngentu policyjnego :**

**\* PP** – laboratoryjnych, lekarskich po powrocie z misji

 **PW**- laboratoryjnych, lekarskich przed wyjazdem na misję

**Imię i nazwisko** ....................................................................................................................

**PESEL:**

**Miejsce zamieszkania** ……………………………………………………………………….

**Miejsce pełnienia służby**.......................................................................................................

**Okres delegowania**................................................................................................................

**Miejsce delegowania**…………………………………………………………………………

**Stanowisko w kontyngencie** …………………………………………………………………

**Zakres zadań w kontyngencie** ……………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*właściwe zakreślić

 ……………………………
 (pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

Załącznik nr 4

ORZECZENIE LEKARSKIE

KANDYDATA DO SŁUŻBY (PRACY) W KONTYNGENCIE POLICYJNYM

POZA GRANICAMI PAŃSTWA

……………………………………………..

(miejscowość, data)

Pan (i)……………………………………………………………………………………………………

(stopień służbowy, imię, nazwisko)

ur…………………………………………………………………………………………………………

Legitymujący się dowodem tożsamości

policjant: legitymacją służbową……………………………………………………….

pracownik: dowodem osobistym:……………………………………………………..

Kwalifikuje się do pobytu i służby (pracy)

w………………………………………………………………………………………………………..

na okres…………………………………………………………………………………………….......

w charakterze…………………………………………………………………………………………..

delegowany przez……………………………………………………………………………………....

Nie stwierdza się przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepień ochronnych.

Wyjeżdżającego poinformowano o obowiązku stawienia się na badania laboratoryjne po powrocie z misji.

…………………………..

(pieczęć i podpis lekarza)

Załącznik nr 6

**HEALTH CERTYFICATE**

**PERSONAL DATA**

1. Surname (family) ……………………………first names …………………………….

father’s first name …………………………..mother’s name …………………………

1. Date of birt: year ………….month…… day……… place ……………………………
2. Pernament (family) adress: country:

street, no ……………………….code …………… city ………………………………

**PREVIOUS MEDICAL RECORD**

1. Personal medical history:
2. congenital or acquired disability ……………………………………………………
3. chronic conditions: diabetes, astma, hypertension, rheumatic, allergy, psychiatic,

neurological, others …………………………………………………………………

1. medication (temporay/long standing) ………………………………………………
2. hospitalization, date, diagnisis ……………………………………………………...
3. Family diseases …………………………………………………………………………
4. Other information ……………………………………………………………………….

**MEDICAL EXAMINATION**

1. Height …………cm, weight …………………kg
2. Blood pressure ……………………. pulse ……………… per minute
3. Physical exam. of the systems …………………………………………………………..

observations …………………………………………………………………………….

1. Vision ………. glasses/correction Rt ………… Lt …………colours……………….....
2. Mental health ……………………………………………………………………………
3. General blond and urine tests …………………………………………………………...
4. Chest X-ray (can be separately done) date …………… result …………………………

**MEDICAL CONCLUSION (delete, if not applicable)**

1. ……………………………………………………...is in good healt conditio and hence

- able to exercise and didcharge the authority and duties imposed on him.

 15. Physician’s name and signature:

 place ………………. date …………… signature ……………………………………

1. Official Stamp, address, phon ....................