

symbol wewnętrzny -B -/.....

Umowa na usługi medyczne w zakresie opieki profilaktycznej nad pracownikami

Zawarta w Białymstoku w dniu roku, pomiędzy:

.....,

.....,

ul., - - - - -

NIP

KRS REGON

reprezentowanym przez:

1.

- zwanym dalej **Zleceniodawcą**,

Zleceniodawca jednocześnie oświadcza, że nie toczy się wobec niego żadne postępowanie w tym postępowanie upadłościowe, naprawcze bądź likwidacyjne, jak również nie został w tym przedmiocie złożony wniosek.

a **Lekarską Specjalistyczną Spółdzielnią Pracy „Eskulap” w Białymstoku**,

15-453 Białystok, ul. Nowy Świat 11 C, REGON 000406452,

PKD 8512Z praktyka lekarska, NIP 5420202931,

KRS 0000064958

reprezentowaną przez:

1. dr n. med. Grzegorza Kucharewicza – Prezesa Zarządu

2.

- zwanym w dalszej części umowy **Zleceniobiorcą**

Zleceniobiorca oświadcza, że nie toczy się wobec niego żadne postępowanie, w tym postępowanie upadłościowe, naprawcze bądź likwidacyjne, jak również nie został w tym przedmiocie złożony wniosek, który mógłby mieć wpływ na zdolność Zleceniobiorcy do wypełnienia niniejszej umowy, a gdyby takie zaistniało, zobowiązuje się do poinformowania Zleceniodawcy o wszczęciu takiego postępowania. Zleceniobiorca oświadcza, iż posiada polisę ubezpieczeniową OC lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych.

o następującej treści:

§ 1.

1. Przedmiotem Umowy jest objęcie przez Zleceniobiorcę profilaktyczną opieką zdrowotną pracowników Zleceniodawcy, w zakresie:

- wykonywania profilaktycznych badań lekarskich wstępnych,
- wykonywania profilaktycznych badań lekarskich okresowych,
- wykonywania profilaktycznych badań lekarskich kontrolnych,
- udziału przedstawiciela (uprawnionego lekarza) Zleceniobiorcy w pracach Komisji BHP powołanej przez Zleceniodawcę i w ocenie stanowisk pracy.

2. Badania specjalistyczne niezbędne do realizacji przedmiotu Umowy w zakresie badań profilaktycznych pracowników wykonane zostaną należycie przez profesjonalnych lekarzy zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz w ramach cen, obowiązujących w przychodni LSSP Eskulap w Białymstoku.

3. Za wykonane usługi pracownik otrzyma Fakturę, po dokonaniu płatności w rejestracji gotówką lub kartą płatniczą. Faktura będzie wystawiona na firmę zleceniodawcy z wyszczególnieniem wykonanych usług medycznych, oraz imieniem i nazwiskiem osoby badanej.

§ 2.

Zleceniodawca zobowiązuje się do przekazania informacji dotyczących :

1. Występowania czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych wraz z aktualnymi wynikami badań i pomiarów tych czynników,
2. Zapewnienia udziału w komisji bezpieczeństwa i higieny pracy działającej na terenie zakładu pracy,
3. Zapewnienia możliwości przeglądu stanowisk pracy w celu dokonania oceny warunków pracy,
4. Dokumentacji wyników kontroli warunków pracy, w części odnoszącej się do ochrony zdrowia.

§ 3.

Zleceniobiorca będzie przyjmował do wymienionych badań tylko pracowników skierowanych przez Zleceniodawcę na podstawie imiennego skierowania z opisem stanowiska w języku polskim, po wcześniejszej telefonicznej rejestracji pacjenta pod wskazanymi numerami telefonów:

Przychodnia nr 1 ul. Nowy Świat 11c Białystok (85) 745 00 41, 745 00 37, 745 00 36
Przychodnia nr 3 ul. Białówny 9/1 Białystok (85) 741 69 01, 732 80 41, 662 393 319

§ 4.

1. Umowa zostaje zawarta na okres, od dnia do dnia*
2. Umowa niniejsza może być rozwiązana przez każdą ze stron z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, lub w każdym czasie za zgodą stron.

§ 5.

Strony oświadczają, że w celu realizacji Umowy i obowiązków pracodawcy, wynikających z kodeksu pracy i innych przepisów prawa, Zleceniodawca przekazuje Zleceniobiorcy następujące dane swoich pracowników korzystających z profilaktycznej opieki zdrowotnej udzielanej przez Zleceniobiorcę w celu udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszej Umowy:

- imię i nazwisko;
- stanowisko pracy;
- PESEL;
- adres zamieszkania,

a Zleceniobiorca będzie w stosunku do tych danych administratorem danych osobowych w rozumieniu art. 4 pkt 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/45/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) i swoje obowiązki w tym zakresie będzie wykonywał z zachowaniem obowiązujących przepisów prawa.

§ 6.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE L119 z 04.05.2016), informuję iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Lekarska Specjalistyczna Spółdzielnia Pracy „Eskulap”, ul. Nowy Świat 11C, 15-453 Białystok;
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – inspektor@eskulap.bialystok.pl
3. dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. B ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. - w celu zawarcia i realizacji umowy;
4. dane osobowe przechowywane będą przez okres 6 lat od zakończenia obowiązywania umowy oraz/lub w oparciu o uzasadniony interes realizowany przez administratora;
5. posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;

6. odbiorcami danych osobowych będą organy upoważnione z mocy przepisów prawa;
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
8. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy;
9. Pani/Pana dane nie będą profilowane.

§ 7.

Wszystkie zmiany dotyczące niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 8.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego. Strony zobowiązują się do zachowania poufności, co do wszelkich informacji i dokumentów związanych z niniejszą umową oraz treści niniejszej umowy w zakresie innym niż wynikających z przepisów prawa.

§ 9.

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

§ 10.

Osobą upoważnioną do działania w imieniu Zleceniodawcy w zakresie niniejszej Umowy zewidencjonowanej

pod nr **B** – , jest: tel. kontaktowy:

Zleceniodawca:

Zleceniobiorca:

Podstawa prawna:

Dz. U. 2004.125.1317 - z dnia 27 czerwca 1997r. – o służbie medycyny pracy (tekst jednolity)

Dz. U. 2008.220.1416 - z dnia 17 października 2008r. – o zmianie ustawy o służbie medycyny pracy

"Badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne są wykonywane na podstawie pisemnej umowy zawartej przez podmiot obowiązany do ich zapewnienia, o którym mowa w art. 5 ust. 2, zwany dalej "zleceniodawcą", z podstawową jednostką służby medycyny pracy, zwaną dalej "zleceniobiorcą".",

*- umowa powinna być zawarta minimum na 1 rok – zgodnie z Art. 12.2 p. 8 Ustawy o służbie medycyny pracy.

.....
(oznaczenie / pieczęć pracodawcy)

Umowa B-

.....
(miejscowość, data)

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE (wstępne/okresowe/kontrolne*)

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 108, z późn. zm.), kieruję na badania lekarskie:

Pana/Panią*).....
(imię i nazwisko)

nr PESEL**).....

zamieszkałego/zamieszkałą*).....
(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną*) lub podejmującego/podejmującą*) pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

.....
.....
określenie stanowiska/stanowisk*) pracy***)

.....
.....
Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy, czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach - należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia****):

I. Czynniki fizyczne:

II. Pyły:

III. Czynniki chemiczne:

IV. Czynniki biologiczne:

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....
(podpis pracodawcy)