



## § 1.

1. Przedmiotem Umowy jest objęcie przez Zleceniobiorcę profilaktyczną opieką zdrowotną pracowników Zleceniodawcy, na podstawie ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 2014r., poz. 1184 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 2016 r., poz. 1666 ze zm.) - zgodnie ze wskazówkami metodycznymi przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (Dz.U. z 2016 r., poz. 2067 z późn. zm.), ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (Dz.U. z 2016 r., poz. 1432), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 roku w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (Dz.U. z 2017 r., poz. 250 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz.U. z 2017 r., poz. 978 z późn. zm.) i przepisów wydanych na ich podstawie 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,
  - wydawania orzeczeń lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku zgodnie z określonymi wzorami,
  - prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorowej z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej zgodnie z obowiązującymi przepisami (Dz.U. z 2010 r. poz. 1002).
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, o których mowa w **załączniku nr 1 do Umowy**.
3. Inne badania niezbędne dla oceny przydatności pracownika do wykonywania pracy na danym stanowisku, wynikające z jego stanu zdrowia, których nie przewidziano w momencie podpisywania umowy będą wykonywane za dodatkową odpłatnością. O skierowaniu na takie badania i konsultacje pracownika decyduje każdorazowo lekarz – na podstawie art. 3 ustawy o służbie medycyny pracy.
4. Zleceniobiorca może zlecić, na podstawie odrębnej umowy, wykonywanie niektórych świadczeń, w szczególności badań diagnostycznych i specjalistycznych konsultacji lekarskich, podmiotom wykonującym działalność leczniczą uprawnionym do wykonywania tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów. Koszty tych zleceń obciążają podstawową jednostkę służby medycyny pracy.

## § 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.

1. 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**  
Wzór skierowania na badania lekarskie stanowi **załącznik nr 2 do Umowy**.  
Skierowania wraz z opisem na badania lekarskie dostępne są na stronie Zleceniobiorcy: [www.eskulap.bialystok.pl](http://www.eskulap.bialystok.pl) w zakładce medycyna pracy.
2. Orzeczenia lekarskie o zdolności do pracy w dwóch egzemplarzach przekazywane będą za pośrednictwem pacjenta (jeden egzemplarz orzeczenia pacjentowi, drugi Zleceniodawcy).

#### § 4.

Po wykonaniu zleconych badań Zleceniobiorca wystawi Fakturę dla Zleceniodawcy z uwzględnieniem następujących czynników:

- wystawi na koniec miesiąca Fakturę z wykazem osób badanych w danym miesiącu i zakresem wykonanych badań,
- Zleceniobiorca prześle Fakturę do Zleceniodawcy w formie papierowej lub po wypełnieniu Oświadczenia – **załącznika nr 3 do Umowy** – mailem, w celu jej opłacenia,
- faktura zostanie opłacona przez Zleceniodawcę w ciągu 14 dni od daty otrzymania, na konto Zleceniobiorcy w : **PKO S.A. 32 1240 5211 1111 0000 4924 4687**

#### § 5.

W wypadkach, gdy należność za usługi medyczne nie zostanie opłacona w terminie, zleceniobiorca może obciążyć zleceniodawcę ustawowymi odsetkami.

#### § 6.

1. Ceny przedstawione w ofercie obowiązują w okresie trwania Umowy.
2. W przypadku uzasadniającym zmiany cen za świadczone usługi, na podstawie porozumienia stron Umowy, Zleceniobiorca i Zleceniodawca określą te zmiany w formie aneksu do niniejszej Umowy.
3. Ceny w zmienionej wysokości będą obowiązywały od 1-go dnia następnego miesiąca kalendarzowego.
4. W razie zmiany przepisów ogólnie obowiązujących dotyczących podatku od towarów i usług (VAT), Zleceniobiorca uprawniony będzie do wystawienia faktur uwzględniających nową stawkę podatku od towarów i usług. Ewentualne skutki zmiany podatku VAT obciążają Zleceniodawcę.

## § 7.

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.

## § 8.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz. UE L 119 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](mailto: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.

## § 9.

1. Umowa zostaje zawarta na okres, od dnia ..... roku do dnia ..... roku.
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.

§ 10.

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

§ 11.

1. Kontrola wykonywania postanowień Umowy dokonywana będzie przez Zleceniodawcę w sposób i w terminach uzgodnionych między Zleceniodawcą a Zleceniobiorcą.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy na podstawie ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 2014r., poz. 1184 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 2016 r., poz. 1666 ze zm.), ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (Dz.U. z 2016 r., poz. 1432), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 roku w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (Dz.U. z 2017 r., poz. 250 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz.U. z 2017 r., poz. 978 z późn. zm.) i przepisów wydanych na ich podstawie.
3. 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.
4. Spory wynikłe na tle niniejszej Umowy, w tym związane z realizacją i rozliczeniem finansowym Umowy, zwłaszcza w przypadku uchybień stwierdzonych w trybie określonym w art. 18 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, rozstrzygały będą sądy właściwe miejscowo ze względu na siedzibę Zleceniodawcy po uprzednim wyczerpaniu drogi polubownego rozstrzygnięcia sporu na drodze negocjacji Stron.

§ 12.

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

§ 13.

Osobą upoważnioną do działania w imieniu Zleceniodawcy w zakresie niniejszej Umowy zewidencjonowanej pod nr **Z – .....** \* , jest:

(\* - numer umowy w systemie LSSP Eskulap, nadawany po podpisaniu umowy, należy umieszczać na skierowaniach)

..... tel. kontaktowy: .....

**Zleceniodawca:**

**Zleceniobiorca:**

**MEDYCYNA PRACY**

<b>L.P.</b>	<b>Nr wew. usługi</b>	<b>Nazwa usługi</b>	<b>Cena netto</b>	<b>VAT</b>	<b>Cena brutto</b>
1.	00205	Badanie lekarskie medycyny pracy do kursu	50,00	zw	50,00
2.	00206	Badanie lekarskie wstępne	50,00	zw	50,00
3.	00207	Badanie lekarskie okresowe	50,00	zw	50,00
4.	00208	Badanie lekarskie kontrolne	50,00	zw	50,00
5.	00230	Konsultacja neurologiczna	30,00	zw	30,00
6.	00231	Konsultacja laryngologiczna	30,00	zw	30,00
7.	00232	Konsultacja okulistyczna	30,00	zw	30,00
8.	00233	Konsultacja psychiatryczna	50,00	zw	50,00
9.	00250	Pole widzenia	30,00	zw	30,00
10.	00251	Badanie audiometryczne	30,00	zw	30,00
11.	00261	Lekarska ocena stanowisk pracy / komisja BHP	100,00	23%	123,00
12.	00262	Ocena stanu zdrowia pracownika	18,00	23%	22,14
13.	00270	Badanie wibracyjne (WOMP)	200,00	zw	200,00
14.	01010	Badanie kału (nosicielstwo) Sanepid	125,00	zw	125,00
15.	01141	Badanie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych	40,00	zw	40,00
16.	01210	Badanie psychologiczne kierowcy	150,00	zw	150,00
17.	01216	Badanie psychologiczne kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej	100,00	zw	100,00
18.	01220	Psychologiczne badanie do obsługi wózków jezdniowych	80,00	zw	80,00
19.	01221	Badanie sprawności psychofizycznej pracowników	100,00	zw	100,00
20.	01225	Psychologiczne badanie do broni	246,00	zw	246,00
21.	01226	Lekarskie badanie do broni i prac. ochrony fizycznej	60,00	zw	60,00
22.	01265	Badanie widzenia obuocznego i w ciemni	20,00	zw	20,00
23.	01523	Spirometria – komputerowe badanie	30,00	zw	30,00
24.	02001	Mocz badanie ogólne	10,00	zw	10,00
25.	02003	Morfologia	10,00	zw	10,00
26.	02004	Morfologia z rozmazem	12,00	zw	12,00
27.	02007	Płytki krwi	8,00	zw	8,00
28.	02008	Ob	8,00	zw	8,00
29.	02012	Reticulocyty	25,00	zw	25,00
30.	02021	Cholesterol całkowity	10,00	zw	10,00
31.	02024	Trójglicerydy (TG)	10,00	zw	10,00
32.	02045	Cukier w krwi	10,00	zw	10,00
33.	02051	ALAT / ASPAT	12,00	zw	12,00
34.	02052	Bilirubina	10,00	zw	10,00
35.	04001	EKG – standardowe z opisem	15,00	zw	15,00

36.	04008	EEG – badanie elektroencefalograficzne	70,00	zw	70,00
37.	20003	Badanie lekarskie okulistyczne – dobranie szkieł	30,00	zw	30,00
38.	42150	Zdjęcie RTG klatki piersiowej A-P	35,00	zw	35,00
39.	42160	Zdjęcie RTG stawu łokciowego (2x)	38,00	zw	38,00
40.	42210	Zdjęcie RTG dłoni lub nadgarstka (2x)	38,00	zw	38,00

**Zleceniodawca**

**Zleceniobiorca**

#### Informacja

Osoba zgłaszająca się na badania po wcześniejszej telefonicznej rejestracji powinna posiadać skierowanie od pracodawcy oraz dowód osobisty. Pracownik zgłasza się do rejestracji, następnie zostaje skierowany do gabinetu lekarza medycyny pracy, który po wstępnym badaniu w zależności od stanu zdrowia oraz zajmowanego stanowiska może skierować pracownika na dodatkowe konsultacje np. okulista, neurolog, laboratorium. Pracownik z wynikami badań-konsultacji wraca do lekarza medycyny pracy który na ich podstawie wydaje zaświadczenie/orzeczenie o zdolności do pracy na danym stanowisku. Pracownik otrzymuje dwa egzemplarze z czego oryginał dostarcza pracodawcy.

Załącznik nr 2 do Umowy

(szczegółowy opis znajduje się na stronie Zleceniobiorcy [www.eskulap.bialystok.pl](http://www.eskulap.bialystok.pl) w zakładce medycyna pracy)

.....  
(oznaczenie / pieczętka pracodawcy)

**Umowa Z- .....**

.....  
(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 2014 r. poz. 1502, 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\*\*\*\*):

3. Czynniki fizyczne:

4. Pyły:

5. Czynniki chemiczne:

6. Czynniki biologiczne:

7. 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)



**OŚWIADCZENIE**  
**O AKCEPTACJI FAKTUR PRZESYŁANYCH DROGĄ ELEKTRONICZNĄ**

**Dane Klienta / Zleceniodawcy:**

.....

1. Działając na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 17 grudnia 2010 r. w sprawie przesyłania faktur w formie elektronicznej, zasad ich przechowywania oraz trybu udostępniania organowi podatkowemu lub organowi kontroli skarbowej (Dz.U. z 2010 r., poz. 1661) wyrażam zgodę na przesyłanie faktur, duplikatów tych faktur oraz ich korekt w formie elektronicznej przez Lekarską Specjalistyczną Spółdzielnię Pracy ESKULAP, ul. Nowy Świat 11C, 15-453 Białystok, NIP 542-020-29-31
2. Zobowiązuję się przyjmować faktury o których mowa w pkt. 1 niniejszego oświadczenia w formie papierowej w przypadku gdy przeszkody techniczne lub formalne uniemożliwiają przesłanie faktur drogą elektroniczną.
3. Proszę o przesyłanie faktur drogą mailową na podany poniżej adres e-mail:

**adres e-mail Klienta / Zleceniodawcy:** .....

4. W razie zmiany adresu e-mail, zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia o nowym adresie.
5. Oświadczam, że mam świadomość, iż niniejsze oświadczenie może zostać wycofane w następstwie czego wystawca faktur traci prawo do wystawiania i przesyłania faktur do odbiorcy drogą elektroniczną, począwszy od dnia następnego po otrzymaniu powiadomienia o wycofaniu akceptacji.

Data: ..... Podpis Klienta / Zleceniodawcy: .....

## FORMULARZ KONTAKTOWY

UMOWA : Z - \_\_\_\_\_ termin końcowy umowy \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

PEŁNA NAZWA FIRMY: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_ , REGON \_\_\_\_\_

### ADRES FIRMY (siedziby):

kod pocztowy \_\_\_ - \_\_\_ , miejscowość \_\_\_\_\_  
ulica \_\_\_\_\_ , numer \_\_\_\_\_  
strona www: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
telefony: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

### ADRES DO KORESPONDENCJI (jeżeli inny):

kod pocztowy \_\_\_ - \_\_\_ , miejscowość \_\_\_\_\_  
ulica \_\_\_\_\_ , numer \_\_\_\_\_

### OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU ZE ZLECENIOBIORCĄ:

imię: \_\_\_\_\_ nazwisko: \_\_\_\_\_  
telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA PŁATNOŚCI:

imię: \_\_\_\_\_ nazwisko: \_\_\_\_\_  
telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Białystok, dnia \_\_\_\_\_

Podpis : \_\_\_\_\_