



# UMOWA

## O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

nr ../.../...../2025

zawarta w Łodzi, dnia ..... roku

pomiędzy **Wojewódzką Stacją Ratownictwa Medycznego w Łodzi** z siedzibą w Łodzi przy ulicy Wareckiej 2, zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Krajowego Rejestru Sądu pod numerem KRS: 0000129181 i reprezentowaną przez **Dyrektora Naczelnego WSRM w Łodzi Bogusława Tykę**, zwaną dalej w treści umowy **UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA**,

a

..... (Imię i nazwisko), zamieszkałym(tą) w  
.....(tutaj miasto, ulica, numer domu i lokalu), numer PESEL ....., NIP:  
....., REGON: ....., posiadającym(cą) kwalifikacje zawodowe do wykonywania  
zawodu ratownika medycznego potwierdzone dyplomem nr ..... i wykonującym(cą)  
działalność gospodarczą pn. .... (nazwa firmy) wpisaną do Centralnej  
Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, zwanym(ną) dalej w treści umowy  
**PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE**

wybrany w trybie postępowania konkursowego na podstawie art. 26 i art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 799) oraz art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146) – strony składają zgodne oświadczenia woli co do zawarcia umowy w w/w trybie o następującej treści:

### §1

1. *Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania zadań ratownika medycznego – członka zespołu ratownictwa medycznego tj. wykonywania*

Adres do korespondencji:

Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

medycznych czynności ratunkowych, udzielania świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia, a także w razie wszelkich innych zachorowań, a także pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz medycznych czynności ratunkowych.

2. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do udzielania świadczeń określonych w ust. 1 zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, aktualnie obowiązującymi zaleceniami towarzystw naukowych (ze szczególnym uwzględnieniem Polskiej i Europejskiej Rady Resuscytacji oraz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego), dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, z zachowaniem praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należytą starannością.
3. Przy wykonywaniu świadczeń określonych w ust. 1, *Przyjmujący zamówienie* jest samodzielny i niezależny od *Udzielającego zamówienia* w zakresie wyboru metody i zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego, na zasadach wynikających z przepisów o wykonywaniu zawodu ratownika medycznego. Wykonuje medyczne czynności ratunkowe na zlecenie kierownika zespołu ratownictwa medycznego, przy czym zlecenie to posiada rygor natychmiastowej wykonalności.
4. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 udzielane będą przez *Przyjmującego zamówienie* w zespołach ratownictwa medycznego, których dysponentem jest *Udzielający zamówienia* i stacjonujących na terenie miasta Łodzi oraz powiatów objętych działaniem Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi.

### §2

1. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy udzielane będą zgodnie z uzgodnionym przez Strony harmonogramem świadczonych usług na dany miesiąc, uwzględniającym organizację czasu pracy poszczególnych zespołów ratownictwa medycznego, kwalifikacje i uprawnienia zawodowe *Przyjmującego zamówienie* uzyskane w toku kształcenia przed- i podyplomowego.
2. Zakres podstawowych obowiązków *Przyjmującego zamówienie* akty wykonawcze do ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym w tym:

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmLodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

- a) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 roku w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U. z 2023 r. , poz. 1180) lub,
  - b) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1703).
3. *Udzielający zamówienia* zastrzega sobie prawo do:
- a) wprowadzania zmian do harmonogramu zaplanowanych usług na dany miesiąc *Przyjmującego zamówienie*, z uwzględnieniem propozycji dyżurowych o których mowa w § 8 ust. 7, chyba że z przyczyn organizacyjnych nie ma możliwości uwzględnienia w pełni wszystkich propozycji dyżurowych. Ustalenie ostatecznego kształtu harmonogramu następuje po jego uzgodnieniu z *Przyjmującym Zamówienie*;
  - b) dokonywania zmian czasu udzielania świadczeń poprzez wprowadzenie zmian w harmonogramie w zakresie dni i godzin udzielania świadczeń jeżeli jest to konieczne ze względu na organizację pracy poszczególnych zespołów ratownictwa medycznego – za zgodą *Przyjmującego Zamówienie*;
  - c) dokonywania zmian miejsc stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego;
  - d) ustalania a także zmian miejsc udzielania świadczeń przez *Przyjmującego zamówienie*.
4. *Udzielający zamówienia* zapewni optymalną obsadę personelu współpracującego.
5. *Udzielający zamówienia* zastrzega sobie prawo ustalenia oraz dokonywania zmian składu personelu, o którym mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu, odpowiednio do przeprowadzanych zmian organizacyjnych bądź kadrowych, w tym zmian wynikających z przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, warunków określonych przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia i inne uprawnione organy.

### §3

1. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do osobistego wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W razie niemożności udzielania świadczeń *Przyjmujący zamówienie* obowiązany jest zgłosić tę okoliczność *Udzielającemu zamówienie* i wskazać zastępcę zapewniającego ciągłość udzielania kompleksowych świadczeń zdrowotnych.

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

Osoba zastępcy wyłoniona musi być spośród ratowników medycznych, pielęgniarek, pielęgniarzy systemu związanych z Udzielającym zamówienia umową cywilnoprawną o udzielanie świadczeń zdrowotnych, którą to osobę pisemnie zaakceptuje Udzielający zamówienia. Zastępca nie posiada żadnych roszczeń względem Udzielającego zamówienie w związku z pełnieniem opisanego zastępstwa, a wszelkie rozliczenia z tego tytułu dokonuje z Przyjmującym zamówienie.

3. Niewskazanie zastępcy spełniającego ww. wymogi lub brak pisemnego poinformowania Udzielającego zamówienie oznaczać będzie niewykonanie zobowiązania, jakie Przyjmujący zamówienie przyjmuje na siebie na mocy niniejszej umowy.
4. Przyjmujący zamówienie odpowiada w pełnej wysokości za szkody, jakie poniesie lub mógłby ponieść Udzielający zamówienie w związku z brakiem możliwości zapewnienia ciągłości świadczeń w wyniku jego nieobecności.

### §4

5. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do osobistego udzielania świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w § 2 ust. 1 ustalonym przed upływem każdego miesiąca na miesiąc następny.
6. W przypadku uzasadnionego braku możliwości udzielania świadczeń zgodnie z ustalonym harmonogramem, *Przyjmujący zamówienie* ma obowiązek zgłosić ten fakt najszybciej jak to możliwe, nie później niż 1 dzień przed uzasadnioną nieobecnością właściwemu Kierownikowi / Koordynatorowi obszaru/rejonu i Działowi Planowania Dyżurów.
7. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do zachowania ciągłości realizowanych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 ust. 1 zgodnie z ustalonym harmonogramem.

### §5

1. *Przyjmujący zamówienie* świadczy usługi zdrowotne w zespołach ratownictwa medycznego we wszystkie dni tygodnia, całodobowo lub w czasie zgodnym z zawartą umową z Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Łodzi zgodnie z ustalonym między stronami harmonogramem.
2. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do przestrzegania następujących zasad przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych:
  - a) zespół ratownictwa medycznego wyjeżdża niezwłocznie, według przepisów rozporządzenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 lit. b, na zlecenie dyspozytora medycznego, na podstawie Karty Zlecenia Wyjazdu przekazanej drogą elektroniczną, radiową lub telefonicznie,

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmLodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

- b) poszczególne zlecenia wyjazdu powinny być realizowane w całości przez zespół w tym samym składzie osobowym. Kierownik zespołu zleca i kontroluje wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez ratownika medycznego oraz kierowcę z uprawnieniami ratownika medycznego, a jego polecenia mają rangę natychmiastowej wykonalności.
3. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do stosowania obowiązujących standardów aktualnej wiedzy medycznej, w tym środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych określonych w przepisach powszechnie obowiązujących.
4. *Przyjmujący zamówienie* podczas udzielania świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest do noszenia odzieży ochronnej i roboczej spełniającej wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 roku w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2023 r. poz. 118) oznaczonej logiem Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi. Zapewnienie odzieży ochronnej i roboczej leży wyłącznie po stronie *Przyjmującego Zamówienie*.

### §6

1. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej według zasad obowiązujących u *Udzielającego zamówienia* (w celu zapewnienia jednolitości zasad prowadzenia i przechowywania dokumentacji) oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Dokumentacja medyczna musi być sporządzana w sposób przejrzysty, rzetelny i merytoryczny. Musi zawierać wszelkie dane o pacjencie i wymagane informacje, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024, poz. 581) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2022 r. poz. 1304) oraz wymaganiach NFZ.
3. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do przestrzegania przepisów dotyczących postępowania w przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej lub zakażenia oraz w przypadku stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2023, poz. 1284)



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

4. Właścicielem dokumentacji medycznej jest *Udzielający zamówienia*. Udostępnianie dokumentacji medycznej *Przyjmującemu zamówienie* następuje wyłącznie w przypadkach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 roku *o systemie informacji w ochronie zdrowia* (t.j. Dz.U. z 2023 poz. 2465), oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* oraz zgodnie z zasadami obowiązującymi u *Udzielającego zamówienia*.
5. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest ściśle przestrzegać przepisów *Ustawy* z dnia 10 maja 2018 r. *o ochronie danych osobowych* (Dz.U. z 2019 r., poz. 1781), Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy 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/WE (ogólne rozporządzenie o danych osobowych)* (Dz. U. U. E. L119/1), w tym instrukcji obowiązujących u *Udzielającego zamówienia*.
6. *Przyjmujący zamówienie* ponosi pełną odpowiedzialność z tytułu naruszenia przepisów wymienionych w ust. 5 i ewentualnego udostępnienia danych osobowych pacjentów osobom do tego nieuprawnionym.

### §7

1. *Przyjmujący zamówienie* w czasie wykonywania świadczeń zdrowotnych nie może świadczyć usług innych niż określone w umowie, nie może świadczyć usług na rzecz innych podmiotów świadczących usługi medyczne i pozamedyczne oraz świadczyć dla nich pracy, a w szczególności nie może prowadzić działalności na rzecz firm ubezpieczeniowych, odszkodowawczych oraz polecać zakładów pogrzebowych.
2. *Przyjmującego zamówienie* obowiązuje zakaz przekazywania informacji o zgonach pacjentów jednostkom i osobom nieupoważnionym do otrzymywania takich informacji, w tym zakładom pogrzebowym, oraz zakaz udzielania rodzinie zmarłego jakichkolwiek informacji o zakładach i usługach pogrzebowych.
3. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do stosowania procedur systemu zarządzania jakością przyjętych u *Udzielającego zamówienia*.
4. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do logowania w systemie SWD PRM przed każdym rozpoczętym dyżurem oraz wylogowania z systemu w chwili zakończenia dyżuru, z zastrzeżeniem że:

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmLodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

- zalogowanie musi nastąpić przed wylogowaniem poprzedniego kierownika ZRM/ kierowcy/ członka, którego *Przyjmujący Zamówienie* zmienia w zespole ratownictwa medycznego;
- wylogowanie musi nastąpić po zalogowaniu kolejnego kierownika ZRM/ kierowcy/ członka, który obejmuje dyżur po *Przyjmującym Zamówienie* w zespole ratownictwa medycznego.

### §8

1. *Przyjmujący zamówienie* oświadcza, że wykonując zadania w ramach niniejszej umowy spełnia wszystkie wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach oraz posiada tytuł zawodowy ratownika medycznego.
2. *Udzielający zamówienia* zastrzega sobie prawo żądania od *Przyjmującego zamówienie* zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego stan zdrowia umożliwiające wykonywanie niniejszej umowy. Koszt wykonania badań lekarskich niezbędnych do wydania zaświadczenia lekarskiego obciąża w całości *Przyjmującego zamówienie*.
3. *Udzielający zamówienia* zastrzega sobie prawo do zmiany wymagań określonych umową w przypadku zmiany warunków określonych ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia lub innymi przepisami prawa.
4. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych, przez ..... godzin w każdym miesiącu kalendarzowym.
5. *Przyjmującemu Zamówienie* nie przysługują roszczenia w przypadku zlecenia mniejszej ilości godzin niż przewidziana w ust. 4.
6. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do przedstawienia *Udzielającemu zamówienia* propozycji dyżurowych do dnia 15 każdego miesiąca na miesiąc następny, poprzez stronę internetową: [harmonogram.wsrmlodz.pl](http://harmonogram.wsrmlodz.pl) z uwzględnieniem dni świątecznych i okołoświątecznych, jeżeli występują w danym miesiącu kalendarzowym, w szczególności:
  - a) 24,25,26 grudzień – minimum 24 godzin udzielania świadczeń,
  - b) 31 grudzień, 1 styczeń – minimum 24 godzin udzielania świadczeń,
  - c) 1,2,3 maj – minimum 24 godzin udzielania świadczeń,
  - d) Wielkanocna sobota ( Wielka Sobota), wielkanocna niedziela (Wielka Niedziela), wielkanocny poniedziałek (Poniedziałek Wielkanocny) – minimum 24 godzin udzielania świadczeń.
7. *Przyjmującemu zamówienie*, który w miesiącu kalendarzowym zrealizował przynajmniej 160 godzin udzielania świadczeń w ramach Umowy, przysługuje prawo do płatnej przerwy w udzielaniu świadczeń w wysokości 500,00 zł. Przerwy mogą być sumowane, z zastrzeżeniem,

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

iz podlegają wykorzystaniu w roku kalendarzowym, w którym Przyjmujący Zamówienie nabył prawo do przerwy i nie przechodzą na kolejny rok kalendarzowy trwania umowy.

8. Wykorzystanie przerwy, o której mowa w ust. 7 może nastąpić:
  - a) po trzech miesiącach obowiązywania umowy,
  - b) z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, 24 grudnia oraz 31 grudnia,
  - c) po uzgodnieniu z Udzielającym Zamówienie oraz uwzględnieniu w harmonogramie na miesiąc kalendarzowy, w którym przerwa ma zostać wykorzystana.

### §9

1. *Przyjmujący zamówienie* przyjmuje obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy zawodowej w formie kursów doskonalenia zawodowego potwierdzanych dyplomem lub świadectwem ukończenia, przeprowadzonych przez uprawnione ośrodki nauczające i zobowiązany jest do okazywania stosownych dokumentów na żądanie *Udzielającego zamówienie*.
2. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się w szczególności do realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego oraz okazania Karty Ustawicznego Rozwoju Zawodowego Ratownika Medycznego na każde wezwanie *Udzielającego zamówienie* po utworzeniu Krajowej Rady Ratowników Medycznych bądź do czasu ukonstytuowania się innego organu właściwego w sprawach potwierdzania dopełnienia obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego przez ratownika medycznego.
3. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do dostarczenia *Udzielającemu Zamówienia* w ciągu trzech miesięcy od daty zakończenia okresu edukacyjnego definiowanych przez Ustawę dokumentów poświadczających spełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego zgodnych z art. 83 ust. 2 Ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. 2022 poz. 2705)

### §10

*Przyjmujący zamówienie* przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez *Udzielającego zamówienie*, który zastrzega sobie prawo kontroli przebiegu dyżurów, sposobu i jakości udzielania zamówionych świadczeń, kontroli trzeźwości oraz obecności środków psychoaktywnych w organizmie.

### §11

1. *Przyjmujący zamówienie* oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP





## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2011 nr 293 poz. 1728). Kserokopia umowy ubezpieczenia stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

2. *Przyjmujący zamówienie* oświadcza, że zawarł umowę ubezpieczenia mienia obejmującą swoim zakresem szkody na mieniu *Udzielającego Zamówienie* powstałe w związku z wykonywaniem przez *Przyjmującego zamówienie* czynności zawodowych oraz posiadaniem i użytkowaniem mienia *Udzielającego Zamówienie*. Kserokopia umowy ubezpieczenia stanowi załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
3. W przypadku, gdy w trakcie trwania niniejszej umowy cywilnej termin umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i umowy ubezpieczenia mienia zbliża się do jej wygaśnięcia, *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się dostarczyć *Udzielającemu zamówienie* kopię nowej polisy ubezpieczeniowej na okres następny, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.

### §12

1. *Przyjmujący zamówienie* ponosi pełną odpowiedzialność w związku z nienależytym wykonaniem świadczeń zdrowotnych za szkody powstałe u *Udzielającego zamówienia*, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. *Udzielającemu zamówienia* przysługuje od *Przyjmującego zamówienie* roszczenie regresowe w wysokości kwoty wypłacanej przez *Udzielającego zamówienia* osobie trzeciej z tytułu szkody wyrządzonej przez *Przyjmującego zamówienie* przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych lub kwoty, której *Udzielający zamówienia* nie uzyskał lub musiał zapłacić podmiotowi finansującemu świadczenia zdrowotne w związku z nienależytym udzieleniem świadczeń przez *Przyjmującego zamówienie*, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Postanowienia ust. 1 nie dotyczą szkód w mieniu obejmującym tabor samochodowy wraz z jego wyposażeniem, jaki *Udzielający zamówienia* udostępnia *Przyjmującemu zamówienie* do udzielania świadczeń. Odpowiedzialność w tym zakresie określa Zarządzenie Dyrektora Naczelnego Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi, w sprawie organizacji obsługi floty pojazdów Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi.

### §13

1. *Udzielający zamówienia* udostępni *Przyjmującemu zamówienie*:
  - a) środki transportu sanitarnego wraz z paliwem oraz obsługą techniczną pojazdów;

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrm/Łódź/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

- b) aparaturę, sprzęt medyczny oraz inny sprzęt stanowiące wyposażenie środków transportu sanitarnego oraz pomieszczeń;
  - c) środki farmaceutyczne, materiały i wyroby medyczne, zgodnie z obowiązującymi standardami;
  - d) miejsce wypoczynkowe w pomieszczeniach socjalnych, w miarę istniejących warunków lokalowych, chyba że *Udzielający zamówienie* nie ma możliwości udostępnienia takiego pomieszczenia – wówczas *Przyjmującemu zamówienie* nie przysługują w związku z tym żadne roszczenia;
  - e) dostęp do systemów teleinformatycznych *Udzielającego zamówienia* po uzyskaniu odpowiednich uprawnień, przy czym ich brak lub utrata uniemożliwia świadczenie usług na podstawie niniejszej umowy.
2. Korzystanie z rzeczy i środków wymienionych w ust. 1 może odbywać się wyłącznie w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych niniejszą umową oraz w sposób odpowiadający ich właściwościom, przeznaczeniu, zgodnie z instrukcją obsługi i nie obejmuje możliwości korzystania z nich przez osoby trzecie.
  3. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do natychmiastowego informowania *Udzielającego zamówienie* o każdym stwierdzonym fakcie zaginięcia, zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy określonych w ust. 1.

### §14

1. *Udzielający zamówienia* zobowiązuje się do utrzymywania udostępnionego pojazdu, sprzętu, aparatury medycznej, aplikacji informatycznych i środków łączności w stanie umożliwiającym ich prawidłowe wykorzystanie.
2. *Udzielający zamówienia* zobowiązuje się do organizacji i ponoszenia kosztów napraw i bieżącej konserwacji udostępnionego sprzętu, aparatury medycznej, aplikacji informatycznych i środków łączności.
3. Na czas trwania naprawy lub konserwacji *Udzielający zamówienia* zapewni sprzęt zastępczy.

### §15

1. *Przyjmujący zamówienie* ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe z winy *Przyjmującego zamówienie*.
2. W przypadku braku możliwości dokonania naprawy szkody w naturze, *Przyjmujący zamówienie* zobowiązany jest do zapłaty odszkodowania w wysokości obliczonej na dzień ustalenia

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

odszkodowania. Za datę ustalenia odszkodowania uważa się dzień otrzymania przez *Przyjmującego zamówienie* pisma od *Udzielającego zamówienia*, informującego o fakcie wystąpienia szkody z winy *Przyjmującego zamówienie*.

3. *Przyjmujący zamówienie* ma obowiązek w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma, o którym mowa w ust. 2 dokonać naprawienia szkody w naturze lub dokonać zapłaty odszkodowania, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w ust. 5.
4. W przypadku niedotrzymania terminu określonego w ust. 3, *Udzielający zamówienia* ma prawo do potrącenia kwoty odszkodowania z należności przysługujących *Przyjmującemu zamówienie* za udzielanie świadczeń zdrowotnych.
5. Termin naprawienia szkody, o którym mowa w ust. 3 ulega zawieszeniu w przypadku zgłoszenia szkody do ubezpieczyciela *Przyjmującego zamówienie* na czas trwania postępowania szkodowego.
6. W przypadku odmowy przyjęcia odpowiedzialności przez ubezpieczyciela *Przyjmującego zamówienie* postanowienia zawarte w ust. 1-4 stosuje się odpowiednio.

### §16

Współpraca pomiędzy Stronami odbywa się z poszanowaniem wewnętrznych procedur ustalonych u *Udzielającego Zamówienie* w celu zapewnienia niezakłóconego funkcjonowania Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi.

### §17

1. Ustala się **stawkę ryczałtową za 1 godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych **w charakterze: ratownika medycznego – członka zespołu ratownictwa medycznego w wysokości .....** zł (słownie: ..... złotych 00/100) brutto.
2. Należności wypłacane będą za okresy miesięczne. Podstawą do obliczenia i zapłaty należności będzie faktura/rachunek wystawiony przez *Przyjmującego zamówienie*.
3. W fakturze, o której mowa w ust. 2 wyszczególnione będą:
  - a) data wystawienia faktury;
  - b) data dokonania lub zakończenia usługi w danym miesiącu;
  - c) numer kolejny faktury;
  - d) NIP *Udzielającego zamówienia* i *Przyjmującego zamówienie*;
  - e) formę płatności;
  - f) termin zapłaty wynikający z obowiązującej umowy;

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

- g) liczbą godzin udzielania świadczeń w poszczególnych dniach, z podziałem na poszczególne zespoły oraz wyszczególnieniem pełnionej funkcji członka zespołu;
  - h) cenę jednostkową usługi;
  - i) zakres wykonywanych usług (miarę i ilość/-liczbę);
  - j) płatną przerwę w udzielaniu świadczeń oraz miesiąc, za który została udzielona (jeśli wystąpiła);
  - k) kwota należności ogółem;
  - l) numer rachunku bankowego *Przyjmującego zamówienie*;
  - m) numer umowy zawartej pomiędzy *Udzielającym zamówienie* i *Przyjmującym zamówienie*;
  - n) podstawę zwolnienia z VAT, tj. wskazanie konkretnego przepisu ustawy albo aktu wydanego, na podstawie którego podatnik stosuje zwolnienie od podatku (np. art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy o VAT, art. 43 ust. 18a ustawy o VAT lub art. 43 ust. 1 pkt 19 ustawy o VAT);
4. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się dostarczyć *Udzielającemu zamówienie* fakturę/rachunek **do 7 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni** na adres poczty elektronicznej: **faktury@wsrm.lodz.pl**
  5. Zapłata należności następować będzie **w terminie do 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku**, przelewem na wskazany przez *Przyjmującego zamówienie* numer konta bankowego, przy czym za termin zapłaty uważa się datę obciążenia konta bankowego *Udzielającego zamówienie*.
  6. Zwłoka w zapłacie należności stanowić może podstawę do wystąpienia z roszczeniem o zapłatę odsetek ustawowych za opóźnienie.
  7. *Przyjmujący zamówienie* nie może bez pisemnej zgody *Udzielającego zamówienia* przenieść wierzytelności przysługujących mu z niniejszej umowy na osobę trzecią.
  8. *Udzielający zamówienia* zobowiązuje się wypłacić *Przyjmującemu zamówienie* dodatkowe środki przeznaczone na wzrost wynagrodzeń w ratownictwie medycznym otrzymane z NFZ w ilości wynikającej z etatu przeliczeniowego w czasie trwania umowy nie dłużej jednak niż *Udzielający zamówienia* będzie środki te otrzymał.
  9. Podstawę wypłacenia środków, o których mowa w ust. 8 stanowi faktura wskazana w ust. 2 niniejszej umowy.
  10. Stawka wymieniona w ust. 1 ulega podwyższeniu o dodatek wyjazdowy przewidziany dla członków zespołów ratownictwa medycznego zatrudnionego na podstawie umowy innej niż

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrm/Łódź/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

umowa o pracę stosownie do art. 99b ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz.U. 2023 r., poz. 991).

11. Za posiadanie aktualnego certyfikatu wymienionego w ppkt. a), b), c) *Przyjmujący Zamówienie* otrzyma dodatkowe wynagrodzenie począwszy od dnia dostarczenia do *Udzielającego Zamówienia* poszczególnych certyfikatów:
- a) W przypadku posiadania aktualnego certyfikatu kursu *Advanced Life Support Provider Course* certyfikowanego przez *European Resuscitation Council* lub kursu *Advanced Cardiovascular Life Support* certyfikowanego przez *American Heart Association* - 1,5 zł/godz. w okresie ważności certyfikatu.
  - b) W przypadku posiadania aktualnego certyfikatu kursu *European Pediatric Life Support* certyfikowanego przez *European Resuscitation Council* lub kursu *Pediatric Advanced Life Support* certyfikowanego przez *American Heart Association* - 1,5 zł/godz. w okresie ważności certyfikatu.
  - c) W przypadku posiadania aktualnego certyfikatu kursu *International Trauma Life Support Advanced Provider Course* certyfikowanego przez *International Trauma Life Support* lub kursu *Prehospital Trauma Life Support* certyfikowanego przez *National Association of Emergency Medical Technicians*, lub *European Trauma Course* certyfikowanego przez *European Resuscitation Council* - 1,5 zł/godz. w okresie ważności certyfikatu.

### §18

*Przyjmujący zamówienie* oświadcza, że świadczenia objęte niniejszą umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych, wykonuje w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej w rozumieniu odrębnych przepisów i z tego tytułu samodzielnie rozlicza się z Urzędem Skarbowym oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w zakresie ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.

### §19

1. *Udzielający zamówienia* może nałożyć na *Przyjmującego zamówienie* karę umowną:
- a) za nieobecność na dyżurze z naruszeniem postanowień zawartych w § 4 ust. 2 – kwotę w wysokości dwukrotności należności przysługującej *Przyjmującemu zamówienie* za zaplanowany dyżur;
  - b) za trzykrotne w okresie miesiąca kalendarzowego nieusprawiedliwione spóźnienie lub jednokrotną nieobecność na części dyżuru i nie zgłoszenie nieobecności na zasadach opisanych w § 4 ust. 2 – w wysokości 2-krotności stawki godzinowej obowiązującej dla tego

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrm/Łódź/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

- dyżuru, za każdą rozpoczętą godzinę nieobecności lub spóźnienia, przy czym nie dotyczy to spóźnień spowodowanych koniecznością zmiany podstacji ZRM WSRM;
- c) za opuszczenie pełnionego dyżuru przed objęciem dyżuru przez zmiennika bez uzgodnienia z Dyspozytorem Medycznym oraz pracownikiem Działu Planowania Dyżurów/Koordynatora obszaru/ rejonu – kwota równa 5-krotności stawki godzinowej;
  - d) za odmowę realizacji zlecenia wyjazdu – kwotę w wysokości 24-krotności stawki godzinowej;
  - e) za nieuzasadnione opóźnienie zwrotu wypełnionej i kompletnej dokumentacji medycznej po zakończeniu interwencji zespołu – kwota równa stawce godzinowej;
  - f) za uzasadnioną skargę – kwota równa wysokości do 24-krotności stawki godzinowej;
  - g) za nieprzestrzeganie obowiązujących u *Udzielającego zamówienia* regulaminów, zarządzeń i procedur – kwotę w wysokości do 10-krotności stawki godzinowej;
  - h) za brak odzieży ochronnej i roboczej spełniającej wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 roku w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2023 r. poz. 118) oznaczonej logiem Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi - 24-krotności stawki godzinowej;
  - i) w przypadku braku realizacji zobowiązania wynikającego z zapisu umowy § 8 ust. 4 w wysokości minimum 50% – 24-krotności średniej stawki godzinowej określonej w § 17 ust. 1 umowy.
  - j) zapis pkt. i) nie dotyczy sytuacji w przypadku braku propozycji dyżurowych ze strony *Udzielającego Zamówienie*.
  - k) za brak złożenia propozycji dyżurowych na kolejny miesiąc do dnia określonego w §8 pkt. 6 niniejszej umowy – 10-krotność stawki godzinowej określonej w §17 ust. 1 umowy.
  - l) za odmowę zmiany miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 2 – 10-krotność stawki godzinowej określonej w §17 ust. 1 umowy.
  - m) za nieterminowe dostarczenie umowy ubezpieczenia OC, o której mowa w § 11 ust. 1 - 10-krotność stawki godzinowej określonej w § 17 ust. 1 umowy
  - n) za brak dostarczenia wymaganej polisy w terminie określonym w § 11 ust. 3 – 10 krotności stawki godzinowej obowiązującej dla dyżuru.

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

- o) za brak dostarczenia aktualnej Karty Ustawicznego Rozwoju Zawodowego Ratownika Medycznego wydanej na nowy okres edukacyjnego zgodnie z art. 83 ust. 2 Ustawy z dnia 01.12.2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz.U. 2022 poz. 2705). – 10-krotności stawki godzinowej dla dyżuru.
- p) w przypadku nie zastosowania się do zapisów § 7 ust. 4 z winy *Przyjmującego zamówienie, Udzielającego zamówienia* może naliczyć karę umowną w wysokości – 12-krotności stawki godzinowej za dyżur.
- q) za nieprzestrzeganie czasów wyjazdów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1703 lub rozbieżności pomiędzy czasem wyjazdu a danymi w SWD PRM - 24-krotności stawki godzinowej.
- r) za każdy przypadek naruszenia obowiązku zachowania poufności przez *Przyjmującego zamówienie* zapłaci on *Udzielającemu zamówienia* karę umowną w wysokości 12 - krotności stawki godzinowej obowiązującej dla dyżuru, podczas którego doszło do naruszenia. Naliczenie kary umownej nie wyłącza prawa *Udzielającego Zamówienia* do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.
- s) Za brak dostarczenia terminowej faktury – 12-krotność stawki godzinowej określonej w §17 ust. 1 umowy.

### §20

*Udzielającemu zamówienie* przysługuje prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych, w razie, gdyby kary umowne określone w §19 nie pokryły doznanej szkody.

### §21

#### ZAKRES OBOWIĄZKÓW

Do zakresu obowiązków należy:

1. Punktualne rozpoczynanie dyżuru po uprzednim dokonaniu następujących czynności:
  - a) podpisaniu listy potwierdzającej obecność na dyżurze;
  - b) zalogowaniu się do systemu SWD PRM.
2. W ramach realizacji postanowień Umowy utrzymywanie kontaktu z Działem Planowania Dyżurów oraz Kierownikiem / Koordynatorem obszaru/ rejonu.

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmLodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

3. Obejmowanie dyżuru po przejęciu informacji o dotychczasowym jego przebiegu oraz osobiste i bezpośrednie przekazanie dyżuru zmiennikowi ze szczególnym uwzględnieniem dokumentów, stanu technicznego sprzętu medycznego oraz wyposażenia ambulansu.
4. Udział w kontroli stanu leków, środków farmakologicznych, wyrobów medycznych oraz stanu sanitarno-higienicznego ambulansu przed rozpoczęciem dyżuru.
5. Przestrzeganie zapisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 roku *w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego*, Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 roku *w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego*, Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 roku *w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego*.
6. Stosownie odzieży służbowej zgodnej z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 roku *w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego* (Dz.U. 2023, poz. 118 ze zm.). Odzież nie może zawierać znaków graficznych oraz logotypów innych dysponentów jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego niż Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi.
7. Bezzwłoczne realizowanie zleceń wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego. Udzielanie medycznych czynności ratunkowych z uwzględnieniem aktualnych regulacji prawnych w zakresie kompetencji ratownika medycznego oraz aktualnych standardów, zaleceń i wytycznych międzynarodowych towarzystw naukowych. W tym realizacja poleceń Kierownika Zespołu Ratownictwa Medycznego pod rygorem natychmiastowej wykonalności.
8. Przekazywanie pacjenta personelowi placówek szpitalnych. W przypadku jakichkolwiek problemów z przekazaniem pacjenta bezzwłoczny kontakt z dyspozytorem medycznym.
9. W przypadku przejmowania pacjenta od jednostek udzielających przed przybyciem zespołu ratownictwa medycznego kwalifikowanej pierwszej pomocy (np. jednostek Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego, jednostek Wodnego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego itp.)

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrm/lozdz/SkrytkaESP





## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

- pobieranie Karty Udzielonej Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy oraz załączanie jej do sporządzanej dokumentacji medycznej.
10. Sporządzanie dokumentacji raportującej zdarzenia niespodziewane w formie notatki służbowej w przypadku: agresji ze strony pacjenta lub personelu medycznego szpitala, wypadków w pracy, przypadków uszkodzenia lub zaginięcia sprzętu medycznego i wyposażenia ambulansu.
  11. Zgodny ze stanem faktycznym rozchód leków w systemie aptecznym oraz dysponowanie nimi w sposób racjonalny.
  12. Prawidłowe utrzymanie stanu sanitarno-higienicznego powierzonego ambulansu i sprzętu medycznego. W tym bieżąca i okresowa dezynfekcja ambulansu i sprzętu medycznego.
  13. Prawidłowe postępowanie z odpadami medycznymi, sprzętu jednorazowego użytku oraz materiałem zakaźnym zgodnie z aktualnymi zaleceniami Państwowej Inspekcji Sanitarnej.
  14. Bezzwłoczne informowanie *Udzielającego zamówienie* o stwierdzonych brakach i uszkodzeniach sprzętu medycznego i wyposażenia ambulansu.
  15. Ścisłe przestrzeganie i respektowanie zapisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.
  16. Zachowanie w tajemnicy uzyskanych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych informacji związanych z pacjentem, a w szczególności ze stanem jego zdrowia – również po śmierci pacjenta. Zwolnienie z tego obowiązku może nastąpić wyłącznie na podstawie odpowiednich przepisów.
  17. Prawidłowe, rzetelne i zgodne ze stanem faktycznym prowadzenie dokumentacji medycznej, a w szczególności Karty Medycznych Czynności Ratunkowych i Karty Zlecenia Wyjazdu.
  18. W przypadku wpłynięcia skargi udzielenie w ciągu 14 dni informacji związanych z przebiegiem akcji medycznej oraz wszelkich innych informacji związanych z przedmiotem skargi przedstawicielowi *Udzielającego Zamówienia*.
  19. Bieżące utrzymanie czystości oraz wzorowego porządku w powierzonych pomieszczeniach socjalnych oraz szafach ubraniowych.
  20. Poddanie się badaniu stanu trzeźwości oraz obecności środków odurzających w organizmie w przypadku zaistnienia podejrzenia przebywania w stanie nietrzeźwości w czasie dyżuru.
  21. Realizacja obowiązku doskonalenia zawodowego oraz każdorazowe przedkładanie *Udzielającemu Zamówienia* Karty Ustawicznego Rozwoju Zawodowego w przypadku zakończenia okresu edukacyjnego lub na żądanie.

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

### §22

1. Strony ustalają, że każda ze stron może potrącić swoją wierzytelność z wierzytelności drugiej strony na podstawie art. 499 Kodeksu Cywilnego.
2. Strony zgodnie oświadczają, iż *Przyjmujący zamówienie* korzysta z pomieszczeń i infrastruktury w siedzibie *Udzielającego Zamówienia*. W związku z korzystaniem ze wspólnego lokalu Strony przenoszą prawa i obowiązki *Przyjmującego zamówienie* związane z wytwarzaniem odpadów w miejscu świadczenia usług na podstawie ww. Umowy na *Udzielającego zamówienia*. *Udzielający zamówienia* zobowiązuje się zapewnić postępowanie z przyjętymi odpadami w sposób zgodny z ustawą dnia 14 grudnia 2012 roku o odpadach.

### §23

Niniejsza umowa zostaje zawarta **na czas określony od 7:00 01.04.2025 r. do 7:00 01.04.2026 r.**

### §24

1. Umowa ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na jaki została zawarta.
2. Umowa **może być rozwiązana przed upływem terminu na jaki została zawarta:**
  - 1) za zgodą obu stron w każdym czasie,
  - 2) za uprzednim 3 miesięcznym wypowiedzeniem, złożonym przez którąkolwiek ze stron, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego,
  - 3) za uprzednim 14 dniowym wypowiedzeniem złożonym przez *Udzielającego zamówienia*, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego w przypadku:
    - a) jeżeli w wyniku kontroli wykonywania umowy i realizacji zaleceń pokontrolnych stwierdzono niewypełnienie warunków umowy z NFZ z przyczyn leżących po stronie *Przyjmującego zamówienie* lub wadliwe jej wykonywanie przez *Przyjmującego zamówienie*,
    - b) nieudokumentowania zawarcia umowy ubezpieczenia, w terminie określonym w §11 ust. 3.
  - 4) przez *Udzielającego zamówienia* bez zachowania okresu wypowiedzenia (ze skutkiem natychmiastowym) w przypadku:
    - a) utraty uprawnień przez *Przyjmującego zamówienie* do wykonywania zawodu;

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

- b) gdy *Przyjmujący zamówienie* rażąco narusza postanowienia niniejszej umowy, po uprzednim pisemnym wezwaniu *Przyjmującego zamówienie* do zaprzestania naruszeń;
- c) stwierdzenia stanu nietrzeźwości *Przyjmującego zamówienie* lub znajdowania się *Przyjmującego zamówienie* pod wpływem środków psychoaktywnych;
- d) podjęcia lub prowadzenia przez *Przyjmującego zamówienie* działań ewidentnie niekorzystnych dla *Udzielającego zamówienia*;
- e) w przypadku stwierdzenia poświadczenia nieprawdy przez *Przyjmującego zamówienie* w złożonej przez niego ofercie;
- f) w przypadku niedopełnienia doskonalenia zawodowego zgodnie z art. 83 Ustawy z dnia 01.12.2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. 2022 r., poz. 2705)
- g) zaistnienia okoliczności niezależnych od *Udzielającego zamówienia*, uniemożliwiających kontynuację udzielonego zamówienia na świadczenia zdrowotne, w tym brakiem lub ograniczeniem kontraktu z NFZ lub innym podmiotem finansującym świadczenia zdrowotne udzielane przez *Udzielającego zamówienia*;

### §25

1. Wszelkie spory mogące wyniknąć przy realizacji niniejszej umowy, Strony będą próbowały rozstrzygnąć w drodze wzajemnych negocjacji.
2. W przypadku braku uzgodnienia stanowisk, spory rozstrzygać będzie sąd właściwy dla siedziby *Udzielającego zamówienia*.

### §26

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego, przepisy dotyczące przedmiotu umowy, w tym ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, przepisy wydane na ich podstawach oraz inne właściwe przepisy prawa.

### §27

1. Dane osobowe przetwarzane będą przez *Przyjmującego zamówienie* wyłącznie w celu i w zakresie realizacji przedmiotu umowy.

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

- Przetwarzanie danych osobowych będzie obejmować czynności, o których mowa w §6 pkt 5 RODO.
- Udzielającemu zamówienia* przysługuje prawo do kontroli przetwarzania powierzonych danych osobowych, a w szczególności realizacji obowiązku zabezpieczenia tych danych. *Udzielający zamówienia* ma prawo realizacji obowiązku kontroli poprzez żądanie od *Przyjmującego zamówienia* udzielenia pisemnych wyjaśnień lub jeżeli okażą się one niewystarczające, poprzez inspekcję lokalizacji, w których przetwarzane są powierzone dane osobowe.
- Przyjmujący zamówienie* ma obowiązek niezwłocznie (nie dłużej jednak niż w ciągu 1 dnia) zastosować się do wskazań *Udzielającego zamówienia*, mających na celu usunięcie stwierdzonych uchybień lub poprawę stanu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych.
- Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do przestrzegania przepisów RODO oraz innych obowiązujących przepisów prawa traktujących o ochronie danych osobowych.
- Nieprzestrzeganie zasad wymienionych w ust. 1-5 będzie traktowane jako nienależyte wywiązywanie się *Przyjmującego zamówienia* z postanowień niniejszej umowy.

### §28

- Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
- Przyjmujący zamówienie* nie może przelać praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osobę trzecią bez zgody *Udzielającego zamówienia*.

### §29

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednej dla każdej ze Stron.

#### Załączniki:

- Kserokopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej *Przyjmującego zamówienia*.

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrm/Łódź/SkrytkaESP



**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

2. Umowy ubezpieczenia mienia obejmującej swoim zakresem szkody na mieniu *Udzielającego Zamówienia* powstałe w związku z wykonywaniem przez *Przyjmującego zamówienie* czynności zawodowych oraz posiadaniem i użytkowaniem mienia *Udzielającego Zamówienie*.

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

Dyrektor Naczelny WSRM w Łodzi

**Bogusław Tyka**

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

**NIE ZAŁĄCZAĆ DO OFERTY**

Adres do korespondencji:  
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmłodz/SkrytkaESP