

**Załącznik Nr 2**  
**do umowy o świadczenie usług zdrowotnych z dnia .....**  
**Przyjmujący Zamówienie: .....**

### **Zasady wynagradzania Przyjmującego Zamówienie**

Należność Przyjmującego Zamówienie za wykonanie przedmiotu umowy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych kształtuje się następująco:

**1a) ..... zł brutto** (słownie złotych: ..... **00/100**) za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżuru lekarskiego w NOCH:

- **od poniedziałku do piątku w godzinach: 18.00 – 8.00,**
- **soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach 8.00 – 8.00.**

**co stanowi wynagrodzenie za dyżur 1-osobowy obejmujący świadczenia stacjonarne jak i wyjazdowe w rejonie objętym umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia.**

Zadeklarowana przez Oferenta, średniomiesięczna liczba godzin wynosi:

**b)** Strony ustalają, że łączne miesięczne wynagrodzenie za pełnione dyżury wynosi przeciętnie ..... **zł brutto** (słownie złotych: ..... **00/100**), a w okresie jednego roku kalendarzowego wynosi maksymalnie:

..... **zł brutto** (słownie złotych: ..... **00/100**);

**c)** Strony dopuszczają możliwość zwiększenia kwot wynagrodzenia określonych w pkt 1b) o wartości zaplanowane i niewykorzystane na ten cel w NOCH. Powyższe może mieć miejsce po wykorzystaniu przez Przyjmującego zamówienie środków przeznaczonych w umowie na ten cel w roku kalendarzowym. Zwiększenie limitu wymaga aneksowania umowy.

**2.** W zależności od bieżących potrzeb Udzielającego zamówienia Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych w zaproponowanej przez siebie liczbie godzin, przy czym Przyjmujący zamówienie nie ma prawa do żądania od Udzielającego zamówienia zapewnienia mu miesięcznie ilości dni i godzin jakie zaoferował, ani też do żądania odszkodowania z tego tytułu. Dopuszcza się, w zależności od bieżących potrzeb Udzielającego zamówienia, do pełnienia przez Przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych w ilości przekraczającej zaproponowaną przez siebie liczbę godzin, w celu zapewnienia całodobowej ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale zgodnie z wymogami wynikającymi z umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z NFZ oraz zgodnie z zasadami realizacji świadczeń zdrowotnych wynikających z tej umowy.

*\*) potwierdzenia wykonania świadczeń w ramach nin. Umowy dokonuje Koordynator NOCH (wg Załącznika nr 3).*

**Przyjmujący Zamówienie**

**Udzielający Zamówienia**