



**„PRZYCHODNIA ORŁOWO”** Spółka z o.o.

**PODMIOT LECZNICZY**

81-553 Gdynia, ul. Wrocławska 54  
NIP 586-20-59-413 Regon 192497359  
tel./fax (058) 668-01-60  
e-mail: [orlowo@list.pl](mailto:orlowo@list.pl)

<http://www.orlowo.com>

## UMOWA ZLECENIA

W dniu .....2016 r. w Gdyni pomiędzy Firmą:

.....

Adres:.....

NIP ....., tel. ....

reprezentowaną przez ..... - Właściciela Firmy,

zwaną „Zleceniodawcą”

**a**

„Przychodnią Orłowo” Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gdyni (81-553) przy ul. Wrocławskiej 54, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000019710 – podmiotem leczniczym wpisanym do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę Pomorskiego pod nr 000000011841, NIP 586-20-59-413, reprezentowaną przez Zarząd:

1. Prezesa Małgorzatę Litwińską-Roszak,
2. Członka Zarządu Jadwigę Zielińską, zwanym dalej „Zleceniobiorcą”

została zawarta umowa następującej treści:

### § 1

Zleceniobiorca oświadcza, iż posiada wymagania kwalifikacyjne, o których mowa w art. 229 § 8 pkt. 4 Kodeksu Pracy i zobowiązuje się do wykonywania zadań służby medycyny pracy w zakresie przeprowadzania badań wstępnych, okresowych i kontrolnych oraz sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami Zleceniodawcy niezbędnej z uwagi na warunki pracy.

## § 2

Zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej świadczonej przez Zleceniobiorcę na rzecz osób skierowanych przez Zleceniodawcę obejmuje:

1. przeprowadzanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.05.1996r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. nr 69 poz. 332 późn. zm.), ze szczególnym uwzględnieniem zapisów zawartych w Załączniku nr 1 do Rozporządzenia (lp. 10),
2. przeprowadzanie badań do celów sanitarno-epidemiologicznych przewidzianych w Kodeksie Pracy,
3. wizytacje zakładu pracy,
4. przegląd i sporządzanie charakterystyki stanowisk pracy,
5. wydawanie orzeczeń lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

## § 3

1. Świadczenia zdrowotne wymienione w §2 wykonywane będą w dniach: od poniedziałku do piątku w godzinach od 07.00 do 18.00 po uprzedniej rejestracji.
2. Rejestracja pracowników odbywa się telefonicznie pod nr tel. 58 664-88-98.
3. Podstawą wykonania świadczenia jest pisemne skierowanie Zleceniodawcy zawierające: dane osobowe pracownika, dokładne określenie rodzaju pracy i stanowiska, opis zagrożeń na danym stanowisku pracy, rodzaj badania. Wzór skierowania na badania lekarskie stanowi **załącznik nr 1** do umowy a wzór skierowania na badania sanitarno-epidemiologiczne stanowi **załącznik nr 3** do umowy.(wzory do pobrania na stronie internetowej [www.orlowo.com](http://www.orlowo.com))
4. Zleceniobiorca wydaje odpowiednie skierowania na badania laboratoryjne i specjalistyczne w zależności od rodzaju narażenia zawodowego.

## § 4

Zleceniobiorca po przeprowadzeniu badań lekarskich wydaje osobie objętej badaniem orzeczenie lekarskie w dwóch egzemplarzach, z których jeden jest przeznaczony dla Zleceniodawcy.

## § 5

Zleceniodawca ma prawo do przeprowadzenia w uzgodnionych ze Zleceniobiorcą terminach kontroli wykonywania umowy w zakresie postanowień § 2.

## § 6

Zleceniodawca zobowiązany jest wobec Zleceniobiorcy do:

1. informowania o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych wraz z aktualnymi wynikami badań i pomiarów tych czynników,
2. zapewnienia możliwości przeglądu stanowisk pracy w celu dokonania oceny warunków pracy,
3. udostępnienia dokumentacji wyników kontroli warunków pracy w części odnoszącej się do ochrony zdrowia.

## § 7

1. Wynagrodzenie za badanie lekarskie 1 pracownika wynosi 60,00 zł netto (*słownie: sześćdziesiąt złotych*) (w tym OB, morfologia, badanie moczu). Jeżeli pracownik wymaga w związku z charakterem świadczonej przez siebie pracy badania RTG klatki piersiowej zdjęcie będzie wykonane na koszt Zleceniodawcy wg obowiązującego w Przychodni Zleceniodawcy cennika usług medycznych (załącznik nr 2).
2. Wszystkie inne badania dodatkowe oraz ewentualne konsultacje specjalistyczne, których wymagać będzie lekarz profilaktyk, finansowane będą przez Zleceniodawcę wg obowiązującego w Przychodni Zleceniobiorcy cennika usług medycznych (załącznik nr 2).
3. Zleceniobiorcy przysługuje wynagrodzenie z tytułu przeglądu i sporządzenia charakterystyki stanowisk pracy w siedzibie Zleceniodawcy w wysokości 60,00 zł netto (*słownie: sześćdziesiąt złotych*) od jednego stanowiska pracy.
4. Należność za świadczone usługi Zleceniodawca będzie regulował na podstawie wystawionej przez Zleceniobiorcę faktury VAT.
5. Zleceniodawca zobowiązuje się przekazywać należność na konto Zleceniobiorcy w Banku: Bank Śląski S.A. O/Gdynia nr rachunku:  
**23 1050 1764 1000 0022 4478 1304** w terminie 14-u dni od wystawienia faktury.
6. Zleceniobiorca będzie uprawniony do wstrzymania udzielania swoich świadczeń i zawieszenia dalszego wykonywania umowy w przypadku nieuregulowania przez Zleceniodawcę należności za wykonane usługi w terminie, o którym mowa w ust. 5 do czasu wpłynięcia na rachunek bankowy Zleceniobiorcy należności objętej wystawionymi

fakturami. Niezależnie od tego Zleceniobiorca będzie uprawniony do naliczenia i egzekwowania odsetek ustawowych. Zleceniobiorca nie ponosi odpowiedzialności za ewentualną szkodę poniesioną w związku z tym przez Zleceniodawcę.

7. Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo do zmiany przyjętego cennika usług po uprzednim pisemnym zawiadomieniu Zleceniodawcy w terminie 1-go miesiąca przed wprowadzeniem zmian w cenniku. Wzrost usług może być spowodowany wzrostem inflacji albo wskaźników ekonomicznych Zleceniobiorcy.

## § 8

W celu należytego wykonania niniejszej umowy, Zleceniobiorca może podzlecić wykonanie niektórych świadczeń, w szczególności badań diagnostycznych, zakładom opieki zdrowotnej lub podmiotom uprawnionym do wykonywania tych świadczeń na podstawie przepisów prawa.

## § 9

1. Umowę zawiera się na czas nieokreślony od dnia zawarcia umowy.
2. Każdej ze stron służy prawo rozwiązania umowy za 1-miesięcznym wypowiedzeniem ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca.

## § 10

1. Umowa może zostać rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym:
  - 1) przez Zleceniobiorcę w przypadku jednomiesięcznej zwłoki Zleceniodawcy z zapłatą należności,
  - 2) przez Zleceniodawcę w przypadku stwierdzenia istotnych uchybień dotyczących trybu, zakresu i jakości udzielanych świadczeń objętych umową, potwierdzonych orzeczeniem rzecznika odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej.
2. Strona ma prawo do natychmiastowego rozwiązania niniejszej umowy w przypadku naruszenia postanowień umowy przez drugą Stronę mimo bezskutecznego wezwania z wyznaczeniem dodatkowego 7-dniowego terminu na usunięcie naruszenia i jego skutków.

## § 11

Strony zobowiązują się dołożyć należytych starań w celu ugodowego rozwiązania wszelkich sporów związanych z realizacją i rozliczeniem finansowym niniejszej umowy. Spory, których strony nie rozwiążą ugodowo, rozstrzygane będą przez właściwy sąd powszechny.

§ 12

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają odpowiednie przepisy prawa, w tym Kodeksu Cywilnego, Kodeksu Pracy oraz Ustawy z dnia 27.06.1997r. o służbie medycyny pracy (tj. Dz. U. z 2004r, Nr 125, poz. 1317 z późn. zm.).

§ 13

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 14

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

**Zleceniodawca**

**Zleceniobiorca**

.....

.....



-----  
(oznaczenie pracodawcy)

-----  
(miejsowość, data)

## SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE wstępne/okresowe/kontrolne/inne\*

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 i 1662), kieruję na badanie lekarskie:

-----  
numer PESEL\*\*

-----  
(imię i nazwisko)

Zamieszkała/zamieszkały\*

-----  
(miejsowość, 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 warunków 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 przemysłowe:

-----  
III. Czynniki chemiczne lub toksyczne:

-----  
IV. Czynniki biologiczne:

-----  
V. Inne czynniki:  
-----

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

-----  
(podpis pracodawcy)

**Skierowanie na badania lekarskie wydawane jest w dwóch egzemplarzach, w tym jeden dla pracownika.**

**Objaśnienia:**

\*Niepotrzebne skreślić

\*\*W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy tylko datę urodzenia.

\*\*\*Opis warunków pracy uwzględniający przepisy:

- 1) wydane na podstawie:
  - a. art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczący czynników szkodliwych dla zdrowia,
  - b. art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczący wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
- 2) załącznika nr 1 do rozporządzenia 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. Nr 69, poz. 332, z późn. zm.) w zakresie czynników szkodliwych lub uciążliwych.



BADANIA PROFILAKTYCZNE – CENNIK		
L.P.	RODZAJ USŁUGI	CENA ( w zł)
1.	BADANIE EKG	9,-
2.	BADANIE POZIOMU CUKRU WE KRWI GLUKOMETREM	3,-
3.	BADANIE LARYNGOLOGICZNE	40,-
4.	BADANIE OKULISTYCZNE	40,-
5.	BADANIE NEUROLOGICZNE	40,-
7.	BADANIE PSYCHOLOGICZNE	90,-
BADANIA DODATKOWE		
8.	MORFOLOGIA Z ROZMAZEM	8,-
9.	O.B.	4,-
10.	USR	5,-
11.	BADANIE OGÓLNE MOCZU	6,-
12.	RTG KLATKI PIERSIOWEJ	24,-
13.	BADANIE DO KSIĄŻECZKI ZDROWIA	15,-
14.	BADANIE LEKARSKIE	40,-
15.	BADANIE LEKARSKIE, WSTĘPNE, OKRESOWE, KONTROLNE (W TYM O.B. , MORFOLOGIA, MOCZ)	60,-
16.	BADANIE LEKARSKIE KONTROLNE BEZ BADAŃ DODATKOWYCH	40,-
17.	INNE ORZECZENIA WYDANE ZE WSKAZAŃ ZDROWOTNYCH	30,-
18.	PRZEGLĄD I CHARAKTERYSTYKA STANOWISK PRACY (1 STANOWISKA PRACY)	60,-
19.	ORZECZENIE Z BADANIA DO CELÓW SANITARNO- EPIDEMIOLOGICZNYCH WYDAWANE ODDZIELNIE	40,-
20.	ORZECZENIE Z BADANIA DO CELÓW SANITARNO- EPIDEMIOLOGICZNYCH WYDAWANE W TRAKCIE BADANIA LEKARSKIEGO	25,-





....., dn. ....

.....  
Pieczęć zakładu pracy

**SKIEROWANIE NA BADANIA DO CELÓW  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH**

Kierujemy n/w na badanie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych:

**Pan/Pani** .....

Urodzony/a/ dnia ..... miesiąca ..... roku.....

PESEL.....

Zamieszkały/a/  
.....

Zatrudniony/a/\* Przyjmowany/a/\* do pracy w:  
.....

na stanowisku\*/ na stanowisko\* .....

Krótką charakterystyką czynności na stanowisku pracy (zakres czynności, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby):  
.....  
.....  
.....  
.....

\*Niepotrzebne skreślić

.....  
podpis osoby kierującej na badanie