## UMOWA nr………

na świadczenia usług pielęgniarskich

**w poradni podstawowej opieki zdrowotnej dla dzieci**

w przychodni przy **ul. 1 Sierpnia 36a**

zawarta w dniu …………..r. w Warszawie **pomiędzy:**

**1. Samodzielnym Zespołem Publicznych Zakładów** **Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo - Włochy** z siedzibą w Warszawie przy ul. gen. M. C. Coopera 5, wpisanym do rejestru Stowarzyszeń, innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji i Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000003553, NIP:522-25-86-517, REGON:017202242,

reprezentowanym przez:

**Dyrektora Zbigniewa Jadczaka**

zwanym dalej Powierzającym

**a**

**2. Panią/ Panem……** zarejestrowaną w ewidencji działalności gospodarczej jako prowadzącą działalność gospodarczą …..wpisana do RPWDL pod numerem księgi ……………… na podstawie prawa wykonywania zawodu z dnia …….. pod nr…………….., REGON: ……………, NIP: …………………,

zwaną dalej  **Wykonawcą.**

**§ 1**

1. **Powierzający** powierza do wykonania, a **Wykonawca** przyjmuje i zobowiązuje się do wykonania usług medycznych w zakresie usług pielęgniarskich **w poradni podstawowej opieki zdrowotnej dla dzieci** w przychodni przy ul. 1 Sierpnia 36a w ramach umowy z NFZ.
2. **Strony ustalają, że zakres usług obejmował będzie:**

* wykonywanie zabiegów diagnostycznych i leczniczych na zlecenie lekarza z najwyższą starannością według obowiązujących przepisów i we właściwym czasie,
* wykonywanie szczepień ochronnych według obowiązujących przepisów, zgodnie z zaleceniami lekarza,
* przygotowanie dzieci i współudział w badaniach bilansowych dzieci,
* przygotowanie gabinetu profilaktyczno-zabiegowego, tj. zaopatrzenie w niezbędny sprzęt, leki, materiały opatrunkowe, dezynfekcyjne itp.,
* prowadzenie na bieżąco książki ewidencji noworodków według obowiązujących zarządzeń,
* bieżąca kontrola szczepionek, leków i środków dezynfekcyjnych pod względem terminów ważności oraz prawidłowe zabezpieczenie i przechowywanie ww. środków medycznych, zgodnie z obowiązującymi przepisami i aktualną wiedzą,
* udzielanie i organizacja pierwszej pomocy medycznej w sytuacji nagłego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta,
* edukacja rodziców w zakresie pielęgnacji, żywienia oraz obowiązujących szczepień dzieci oraz realizacja programów promocji i profilaktyki zdrowotnej,
* przeprowadzanie wywiadów środowiskowych u dzieci w 3-4 i 9 miesiącu życia – wizyty patronażowe,
* dokumentowanie wykonywanych czynności i prowadzenie obowiązującej sprawozdawczości zgodnie z przepisami prawa i wymogami NFZ,
* prowadzenie rejestracji poradni dziecięcej i zapisywanie pacjentów na wizyty lekarskie, badania bilansowe, szczepienia oraz udzielanie wszelkich informacji w zakresie pracy poradni POZ dla dzieci,

- przestrzeganie praw pacjenta,

- ścisła współpraca z lekarzem rodzinnym i innymi specjalistami w zakresie opieki nad pacjentem,

- przestrzeganie obowiązujących zarządzeń Dyrektora Zespołu,

- przestrzeganie dyscypliny pracy, przepisów BHP, przeciwpożarowych i innych oraz regulaminów Zespołu,

- przestrzeganie zasad systemu zarządzania jakością ISO 9001, systemu bezpieczeństwa informacji ISO 27001 oraz opracowanych procedur standardów akredytacyjnych   
w podstawowej opiece zdrowotnej obowiązujących w Zespole,

- dbanie o swoje stanowisko pracy i powierzone mienie,

- zachowanie tajemnicy zawodowej,

- systematyczne doskonalenie zawodowe.

1. **Wykonawca** w ramach pielęgniarskich świadczenia medycznych , wynikających z realizacji umowy SZPZLO Warszawa Bemowo- Włochy z NFZ, zobowiązuje się do świadczenia usług medycznych w wymiarze **…..** **godz. miesięcznie** oraz **…. godz. rocznie**, zgodnie z harmonogramem.
2. Świadczone usługi będą wykonywane w **przychodni przy ul. 1 Sierpnia 36a**zgodnie z harmonogramem świadczenia usług uzgodnionym przez strony, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.
3. **Wykonawca** zobowiązuje się stosować do zasad zgłaszania i rejestracji pacjentów obowiązujących u **Powierzającego.**

**§ 2**

1. **Wykonawca** oświadcza, że posiada odpowiednie zgody, uprawnienia, kwalifikacje i umiejętności do wykonywania usług medycznych określonych w **§ 1.**
2. **Wykonawca** zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania przedmiotu umowy, wykorzystując przy tym wiedzę, umiejętności oraz postęp wiedzy medycznej, przy użyciu dostępnych u **Powierzającego** materiałów i środków farmaceutycznych oraz sprzętu i aparatury medycznej w lokalu udostępnionym przez **Powierzającego** przy jednoczesnym zachowaniu najwyższej staranności w tym zakresie.
3. **Wykonawca** jest zobowiązany w ramach wykonywania świadczeń medycznych do korzystania z własnej odzieży ochronnej.
4. **Wykonawca** zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń medycznych.
5. **Wykonawca** zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działaniu pola elektromagnetycznego również aktualnego zaświadczenia o przeszkoleniu w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne.
6. Wstępne szkolenie BHP zapewnia **Powierzający.**
7. **Wykonawca** zobowiązuje się do wykonania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 niniejszej umowy i oświadcza, iż wykonywać je będzie z zachowaniem najwyższej zawodowej staranności, na zasadach wynikających z ustawy o zawodzie lekarza, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i innych,przepisów o ochronie danych osobowych, ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Prawa Pacjenta, postanowień kodeksu etyki pielęgniarskiej, zasad systemu zarządzania jakością obowiązującego u **Powierzającego.**
8. **Wykonawca** świadczy usługi na własne ryzyko i rachunek.
9. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia w ramach niniejszej umowy strony ponoszą solidarnie.
10. **Wykonawca** ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie, a w szczególności wynikających z:
11. niewykonania lub niewłaściwego wykonania świadczenia zdrowotnego,
12. przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,
13. nieprowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy.
14. braku realizacji zaleceń pokontrolnych,
15. w przypadku innych nadużyć w stosunku do **Powierzającego** i/lub pacjenta (np. przyjmowanie pieniędzy od pacjentów z pominięcie kasy, odsyłanie pacjenta do prywatnego gabinetu, uzależnianie wykonania świadczeń od otrzymania dodatkowego wynagrodzenia, złamania praw pacjenta;
16. naruszenia przepisów dotyczących ochrony danych osobowych;
17. innych rażących naruszeń umowy.
18. **Powierzający**  uprawniony jest do żądania pokrycia szkody spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar umownych, zwrotu środków finansowych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w kontraktach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia a **Powierzającym,** jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewłaściwego wykonania przez **Wykonawcę** zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy
19. **Wykonawca** zobowiązany jest do zapłaty kar umownych, wynikających z niniejszej umowy, w wysokości maksymalnie do 100% średniego wynagrodzenia miesięcznego z ostatnich trzech miesięcy za rażące i udowodnione naruszenie postanowień umowy. Za rażące naruszenie postanowień umowy rozumie się m.in.:
20. zaniechanie leczenia lub niewłaściwe leczenie pacjenta, a w szczególności za zaniedbanie lub błąd skutkujące uzasadnionymi roszczeniami pacjenta wobec **Powierzającego-** kara umowna do wysokości 100 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy,

b) niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa udzielanie świadczeń zdrowotnych skutkujących powstaniem szkody dla **Powierzającego** kara umowna w wysokości do 30 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy,

1. braku realizacji zaleceń pokontrolnych - kara umowna do wysokości 20 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy.
2. naruszenie przepisów dotyczących ochrony danych osobowych - kara umowna do wysokości 20 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy.
3. nie świadczenie usług w terminach uzgodnionych w harmonogramie- kara umowna do wysokości 50 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy
4. nie prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenie jej w sposób nieprawidłowy- kara umowna do wysokości 50 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy.
5. W przypadku, gdy szkoda przewyższa zastrzeżoną karę umowną **Powierzający** ma prawo, na zasadach ogólnych, dochodzić odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary.
6. Kary umowne mogą być potrącone z należności **Wykonawcy**.
7. W przypadku braku realizacji zaleceń pokontrolnych lub ponownego rażącego naruszenia zasad umowy **Powierzający** ma prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym

**§ 3**

1. Dokumentacja stanowi własność **Powierzającego**. **Wykonawca** nie ma prawa do wynoszenia, przemieszczania (kopiowania) dokumentacji bez wyraźnej zgody **Powierzającego.**
2. **Wykonawca** zobowiązany jest do odnotowywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w dokumentacji medycznej pacjentów oraz wpisywania wyników badań lub włączania ksero dokumentacji badań do dokumentacji pacjenta.
3. Wszystkie wpisy dokonane przez **Wykonawcę** w dokumentacji medycznej powinny spełniać wymogi określone w obowiązujących przepisach dotyczących tej dokumentacji w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
4. **Wykonawca** zobowiązany jest do udostępnienia dokumentacji na żądanie **Powierzającego**.

**§ 4**

1. **Wykonawca** jest zobowiązany do osobistego świadczenia usług określonych w §1 Umowy.
2. Świadczenia udzielane będą w lokalu udostępnionym **Wykonawcy** przez **Powierzającego**, przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i wyposażenia lokalu oraz materiałów **Powierzającego** niezbędnych do wykonywania przedmiotu umowy.
3. **Wykonawca** nie ma prawa wykorzystywać sprzętu i materiałów powierzonych przez **Powierzającego** dla realizacji celów niniejszej umowy dla innych celów niż określone w umowie.
4. Każda zmiana harmonogramu świadczenia usług spowodowana niemożnością świadczenia usług (załącznik nr 2) winna być zgłoszona najpóźniej 1 dzień przed planowana nieobecnością oraz uzgodniona pisemnie z **Powierzającym**.
5. W przypadkach losowych, wystąpienia siły wyższej (zdarzenie nagłe, nieprzewidywalne) lub choroby **Wykonawca** winien niezwłocznie poinformować Kierownika przychodni o przyczynach niemożności świadczenia usług oraz ich okresie. Naruszenie powyższych postanowień stanowi rażące naruszenie postanowień umowy.

**§ 5**

1. Za świadczenie usług medycznych będących przedmiotem umowy **Wykonawca** otrzyma wynagrodzenie w wysokości zależnej od ilości godzin, w których usługi były świadczone.
2. Ustala się następujące stawki za należyte wykonanie świadczeń medycznych a) za 1 godzinę świadczenia usług w wysokości **……….. zł**,

b) za poradę komercyjną **- 20 %** aktualnie obowiązującej ceny porady w cenniku usług medycznych SZPZLO Warszawa Bemowo-Włochy,

c) za obsługę kasy fiskalnej – **5 % przychodu.**

1. Strony zgodnie postanawiają, że w czasie obowiązywania umowy może ulec zmianie stawka za przepracowanie jednej godziny oraz sposób obliczania wynagrodzenia **Wykonawcy.** Taka zmiana nie będzie uważana za zmianę umowy.
2. W przypadku niezapłacenia przez NFZ lub pacjenta za którąkolwiek z porad wymienionych w §1 ust.1 wynagrodzenie nie należy się **Wykonawcy**, a w razie jego wypłacenia podlega zwrotowi.
3. **Powierzający** ma prawo potrącić z wynagrodzenia **Wykonawcy** kwotę należności, do których był zobowiązany przez NFZ do zwrotu, o której jest mowa w **ust. 4** Potrącenie dokonywane będzie w miesiącu w którym **Powierzający** otrzymał zawiadomienie z NFZ o obowiązku zwrotu lub w miesiącach następnych. **Wykonawca** wyraża zgodę na potrącenie z jego wynagrodzenia nie zapłaconych przez NFZ porad
4. Rozliczenie należności następuje za ilość godzin świadczonych usług w danym miesiącu kalendarzowym.

**§ 6**

**1**. Podstawą wypłaty wynagrodzenia jest prawidłowo wystawiona faktura przez Wykonawcę za dany miesiąc na podstawie przekazanego wykazu udzielonych świadczeń zdrowotnych zgodnie z załącznikiem do faktury (zawierającym między innymi: ilość punktów lub/i godzin, stawkę).

**2**. Zatwierdzenie danych załącznika i faktury nastąpi przez Powierzającego w terminie do 14 dnia następnego miesiąca po weryfikacji świadczeń przez MOW NFZ.

**3**. Podstawą realizacji wypłaty na wskazany rachunek bankowy jest zweryfikowana przez Powierzającego faktura, wraz z załącznikiem, w terminie do 28 dnia następującego po miesiącu w którym świadczenia były udzielane.

**4**. Termin płatności zostanie zachowany pod warunkiem przedłożenia na dziennik podawczy lub przesłania na adres mail: [faktury@zozbemowo.pl](mailto:faktury@zozbemowo.pl) wyżej wymienionych dokumentów zgodnie z postanowieniem ust. 2.

**5.** W przypadku niedochowania terminu określonego w ust. 2 wynagrodzenie płatne będzie na rachunek bankowy w terminie 14 dni od dnia przedłożenia na dziennik podawczy lub przesłania na adres mail: [faktury@zozbemowo.pl](mailto:faktury@zozbemowo.pl)

**6.** Strony ustalają, że zobowiązane są  do zachowania w poufności zarówno wysokości wynagrodzenia miesięcznego jak również jego poszczególnych składników

**§ 7**

1. Strony zobowiązują się przetwarzać dane osobowe zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) i innymi powszechnie obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, stosując przy tym środki techniczne i organizacyjne wskazane w art. 32 RODO, zapewniające właściwą ochronę danych osobowych oraz zapewniając dostęp do danych osobowych wyłącznie osobom upoważnionym.

**2.** Dostęp **Wykonawcy** do danych osobowych przetwarzanych przez **Powierzającego** odbywa się na zasadach określonych w wewnętrznych regulacjach, z którymi **Wykonawca** zapozna się przed rozpoczęciem realizacji przedmiotu umowy.

**3**. W odniesieniu do danych osobowych **Wykonawcy** klauzula obowiązku informacyjnego RODO została wskazana w załączniku nr 3 do Umowy.

**§8**

1. **Wykonawca** zobowiązany jest do posiadania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami. Do czasu wejścia w życie stosownych przepisów określających wysokość obowiązkowego ubezpieczenia strony ustalają, że **Wykonawca** zobowiązany jest do zawarcia ubezpieczenia zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. (Dz.U. z dnia 10 maja 2019r. poz. 866) z późn. zmianami.
2. **Wykonawca** zobowiązany jest do przedstawienia P**owierzającemu** kopii polisy przez cały okres obowiązywania umowy.

**§ 9**

**Powierzający** oświadcza, że zgodnie z umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia zastrzega sobie prawo do przeprowadzania kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Funduszem.

**§ 10**

1. Umowa niniejsza zostaje zawarta na okres **od . do**
2. **Wykonawca** będzie świadczył usługi przez okres tygodni w roku.

**§ 11**

**1.** Niniejsza umowa może być rozwiązana w każdym czasie na podstawie porozumienia stron.

**2.** Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia.

**3**. Niniejsza umowa może zostać rozwiązana z dniem utraty przez **Powierzającego** dalszego finansowania przez MOW NFZ świadczeń określonych w umowie.

**4**. W przypadku rażącego naruszenia postanowień umowy umowa może być rozwiązana bez zachowania terminu wypowiedzenia, a w szczególności :

1. niewykonania lub niewłaściwego wykonania świadczenia zdrowotnego,
2. przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,
3. nie prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy.
4. braku realizacji zaleceń pokontrolnych,
5. w przypadku innych nadużyć w stosunku do **Powierzającego** i/lub pacjenta (np. przyjmowanie pieniędzy od pacjentów z pominięcie kasy, odsyłanie pacjenta do prywatnego gabinetu, uzależnianie wykonania świadczeń od otrzymania dodatkowego wynagrodzenia, złamania praw pacjenta;
6. naruszenia przepisów dotyczących ochrony danych osobowych,
7. nie świadczenie usług w terminach uzgodnionych w harmonogramie,
8. naruszeń postanowień § 4 pkt 5,
9. gdy Wykonawca popełni przestępstwo, które uniemożliwi dalszą realizację umowy jeżeli zostało ono stwierdzone prawomocnym wyrokiem lub zostanie wszczęte postępowanie karne lub dyscyplinarne przeciwko Wykonawcy i w związku z powyższym Wykonawca utraci prawo wykonywania zawodu,
10. gdy Wykonawca utraci uprawnienia konieczne dla realizacji umowy, a także opuści bez uzgodnienia miejsce udzielanych świadczeń, bądź nie przystąpi do realizacji umowy, bądź odmówi poddania się badania krwi na zawartość alkoholu i/lub środków odurzających, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie ich użycia.

**§ 12**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej.
2. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.
3. Świadczenie przez **Wykonawcę** usług na podstawie niniejszej umowy nie jest wykonywaniem pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy.

**§ 13**

Wszelkie spory mogące wynikać na tle wykonania przedmiotu umowy rozstrzygnięte zostaną przez właściwy dla siedziby **Powierzającego** Sąd.

**§ 14**

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

### PODPISY

**POWIERZAJĄCY WYKONAWCA**

**Załącznik nr 2**

### UZGODNIONY HARMONOGRAM

**dotyczący terminów świadczenia usług medycznych**

**w zakresie pielęgniarstwa w poradni podstawowej opieki zdrowotnej**

**w Przychodni przy ul. 1 Sierpnia 36a**

**1**. **Wykonawca** zobowiązuje się wykonać usługi medyczne w następujących

terminach:

**w dniach:**

**w godzinach:**

**PODPISY**

**POWIERZAJĄCY WYKONAWCA**

**Załącznik nr 3**

**KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO DLA** **WYKONAWCY**

W odniesieniu do danych osobowych **WYKONAWCY**, POWIERZAJĄCY informuje, iż zgodnie z RODO:

1. Administratorem danych osobowych WYKONAWCY jest **Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo-Włochy** z siedzibą w Warszawie przy ul. gen. M.C. Coopera 5, 01-315 Warszawa;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogę się kontaktować w sprawach przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@zozbemowo.pl](mailto:iod@zozbemowo.pl);
3. Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) oraz c) RODO w zw. z art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy oraz przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
4. Państwa dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych).
5. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.
7. Państwa dane osobowe, będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji umowy, a w odniesieniu do danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi, przez okres wynikający z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
8. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo przysługuje Państwu prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia umowy, a w przypadku realizacji przedmiotu umowy polegającym na udzielaniu świadczeń zdrowotnych na rzecz Pacjentów Administratora, jest wymogiem ustawowym dotyczącym prowadzenia dokumentacji medycznej.
10. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

**POWIERZAJĄCY WYKONAWCA**