

niezwłocznego powiadomienia drugiej Strony, w terminie nie dłuższym niż 14 dni, pod rygorem uznania, że doręczenia dokonywane na ostatni podany przez Stronę adres są skuteczne.

4. Zmiana danych, o których mowa w ust. 2 i 3, nie wymaga dokonania zmiany Umowy w formie aneksu.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie, w szczególności przepisy:
  - 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
  - 2) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
  - 3) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
  - 4) rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych,
  - 5) rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
  - 6) Kodeksu Cywilnego.

#### **§ 17.**

Wszelkie zmiany niniejszej umowy, jej rozwiązanie lub wypowiedzenie wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### **§ 18.**

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Przyjmujący zamówienie**

**Udzielający zamówienia**

**SPRAWOZDANIE  
Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Miesiąc .....202....roku Umowa Nr.....

.....  
Imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

Dzień miesiąca	Oddział Położniczo- Ginekologiczny	Poradnia Położniczo- Ginekologiczna	Liczba godzin udzielania świadczeń *
	Godziny		
	od-do	od-do	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
<b>Razem</b>			

\* wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godziny

.....  
data i czytelny podpis Przyjmującego zamówienie)

.....  
data, pieczęć i podpis ordynatora)

.....  
( data, pieczęć i podpis pracownika  
Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi)