Umowa nr_____

Zawarta we Wrocławiu w dniu_____r. pomiędzy:

Zleceniodawcą:_____

Adres_____NIP:_____

reprezentowanym przez:_____
a
Zleceniobiorcą: **Dolnośląskim Centrum Medycznym DOLMED S.A.** 53-674 Wrocław, ul. Legnicka 40 zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia – Fabrycznej VI Wydz. Gosp. KRS w Rejestrze Przedsiębiorców pod nr KRS000024283, Kapitał zakładowy: 24 072 653,00 zł, Kapitał wpłacony: 24 072 653,00 zł

reprezentowanym przez:_____ działając na podstawie pełnomocnictwa Prezesa Zarządu: Jarosława Dudy-Latoszewskiego oraz Wiceprezesa Zarządu: Michała Huzarskiego

§ 1 Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do przeprowadzenia badań do których zapewnienia Zleceniodawca jest obowiązany na podstawie Kodeksu pracy i ustawy o służbie medycyny pracy dla pracowników Zleceniodawcy, w tym badań wstępnych, okresowych i kontrolnych wg zakresu:
a) badanie podstawowe: lekarskie badanie profilaktyczne z orzeczeniem oraz badania laboratoryjne,
b) badania dodatkowe i konsultacje lekarzy specjalistów niezbędne dla lekarza orzekającego przed wydaniem zaświadczenia.

§ 2.1 Rejestracja na badania dokonywana jest na podstawie skierowania na badania wystawionego przez Zleceniodawcę.
2.Orzeczenia będą przekazywane badanym pracownikom.

§ 3.1 Wynagrodzenie za wykonanie badań stanowiących przedmiot umowy, będzie iloczynem liczby wykonanych badań oraz cen jednostkowych wg aktualnego cennika Zleceniobiorcy i będzie ono płatne gotówką lub kartą płatniczą / kredytową przed wykonaniem badania dla danego pracownika.
2. Żądanie wystawienia faktury za wykonane badania należy zgłosić najpóźniej przy rejestracji na badanie, podając NIP.

§ 4.1. Zleceniodawca w terminach i w sposób ustalony na roboczo ze Zleceniobiorcą będzie kontrolował wykonanie postanowień niniejszej umowy. Kontrola nie może zakłócać organizacji pracy Zleceniobiorcy.
2. Zleceniodawca wobec Zleceniobiorcy jest obowiązany do:
a) przekazywania informacji o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych wraz z aktualnymi wynikami badań i pomiarów tych czynników,
b) zapewnienia udziału w komisji bezpieczeństwa i higieny pracy działającej na terenie Zleceniodawcy,
c) zapewnienia możliwości przeglądu stanowisk pracy w celu dokonania oceny warunków pracy,
d) udostępnienia dokumentacji wyników pracy, w części odnoszącej się do ochrony zdrowia,
e) przekazania Zleceniobiorcy prawidłowo wypełnionych charakterystyk stanowisk pracy.

§ 5.1 Umowę zawiera się na czas nieokreślony.
2. Każda ze stron może umowę rozwiązać za uprzednim 1 miesięcznym okresem wypowiedzenia.
3. W razie stwierdzenia przez kierownika WOMP istotnych uchybień jakości udzielanych świadczeń przez Zleceniobiorcę, Zleceniodawca może rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym.

§ 6 Zleceniodawca wyraża zgodę na przesyłanie informacji handlowych dotyczących oferty DCM DOLMED S.A. dla pracodawców za pomocą środków komunikacji elektronicznej (art. 10 ust. 2 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną) na adres **e-mail** *(wymagany adres email):* _____
§ 7 Wszelkie spory, mogące wyniknąć w trakcie wykonania niniejszej umowy rozstrzygane będą przez Sąd właściwy dla siedziby zleceniobiorcy.

§8 Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po 1 egzemplarzu dla każdej ze stron.

Zleceniodawca: **Zleceniobiorca:**

_____

Sprawę prowadzi Zespół Sprzedaży:
tel.(71)7711770, e-mail:bok@dolmed.pl