

UMOWA

NR.....

zawarta w dniu w Bieruniu pomiędzy:

Gminą Bieruń

43-150 Bieruń, ul. Rynek 14

reprezentowaną przez:

Burmistrza Miasta Bierunia

zwaną w treści umowy **Zleceniodawcą**

a

(OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ)

Realizatorem Programu Zdrowotnego.....(imię i nazwisko)

prowadzącym działalność gospodarczą pod nazwą (pełna nazwa), z siedzibą w.....

(kod pocztowy, miasto, ulica nr domu/mieszkania), wpisanym do CEDIG:

Regon..... NIP

zwanym w treści umowy **Realizatorem**

(SPÓŁKA CYWILNA)

Realizatorem Programu Zdrowotnego(imię nazwisko) i(imię

nazwisko) wspólnie prowadzącymi działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej pod nazwą

..... (pełna nazwa firmy), z siedzibą w(kod pocztowy, miasto, ulica

nr domu/mieszkania), wpisanymi do CEDIG, zwanymi w treści umowy **Realizatorem**

(SPÓŁKA PRAWA HANDLOWEGO)

Realizatorem Programu Zdrowotnego (pełna nazwa firmy), wpisanym

w KRS pod nr z siedzibą w

zwanym w treści umowy **Realizatorem**

§ 1

1. Na podstawie przeprowadzonego konkursu oraz w oparciu o art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Zleceniodawca zleca, a Realizator przyjmuje do wykonania usługę polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych w ramach programu zdrowotnego, określonego Uchwałą Nr III/2/2019 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 28 lutego 2019 r.
2. Strony zgodnie ustalają, że Zleceniodawca dostarczył Realizatorowi szczegółowe warunki świadczenia usług rehabilitacji zawierające m.in. istotne dla Zleceniodawcy postanowienia i zobowiązania Realizatora.
3. Zakres przedmiotu umowy jest tożsamy z zobowiązaniem realizatora zawartym w ofercie.

§ 2

1. Świadczenia będą wykonywane na terenie Gminy Bieruń w miejscu zamieszkania/pobytu dzieci niepełnosprawnych.
2. Podstawą przeprowadzenia rehabilitacji będzie skierowanie wystawiane przez lekarza (specjalistę, pediatrę, rodzinnego, neurologa) na obowiązującym druku stanowiącym Załącznik Nr 1 do niniejszej umowy i zalecenie lekarza rehabilitacji – kierownika zespołu.
3. W terminie 14 dni po zakończeniu przedmiotowych świadczeń wyniki przeprowadzonej rehabilitacji sporządzone wg schematu: (rozpoznanie - stan zdrowia na dzień rozpoczęcia rehabilitacji – przebieg rehabilitacji – efekt rehabilitacji) Realizator przekaże za potwierdzeniem odbioru do „Kartoteki pacjenta” znajdującej się w zadeklarowanym przez pacjenta Zakładzie Opieki Zdrowotnej.
4. Realizator zapewni osobom wchodzącym w skład Zespołu Rehabilitacji Domowej: samochód służbowy na dojazdy do pacjentów lub ryczałt na dojazdy samochodem własnym, odpowiednią odzież, obuwie oraz środki czystości przy wykonywaniu rehabilitacji.
5. Realizator nieodpłatnie udostępni pacjentom objętym programem zdrowotnym sprzęt i aparaturę wykorzystywaną przy świadczeniu usług rehabilitacyjnych.
6. Realizator przedstawi Zleceniodawcy po zakończeniu trwania umowy sprawozdanie w formie pisemnej z przebiegu i efektów rehabilitacji.

§ 3

1. Koszt 1 minuty rehabilitacji wynosi brutto..... zł. Zleceniodawca nie przewiduje waloryzacji ww. ceny jednostkowej w całym okresie trwania umowy.
2. Wartość przedmiotu umowy określa się do kwoty brutto.....zł.
(słownie:.....).
3. Wynagrodzenie za wykonaną usługę będzie wypłacane raz w miesiącu na podstawie faktycznych ilości zrealizowanych minut rehabilitacji w domach dzieci niepełnosprawnych, po wystawieniu przez Realizatora rachunku oraz po potwierdzeniu wykonania usługi przez Zleceniodawcę.
4. Zleceniodawca zobowiązuje się przekazywać wynagrodzenie za wykonaną usługę na rachunek bankowy Realizatora nr:.....w terminie 14 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionego rachunku.
5. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo, za zgodą rodziców i opiekunów dzieci niepełnosprawnych, do przeprowadzania kontroli należytego wykonania umowy w miejscach, w których odbywa się rehabilitacja.
6. Realizator na czas trwania umowy zobowiązuje się do prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji medycznej i statystycznej dot. rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, zgodnie ze wzorami określonymi w załącznikach do niniejszej umowy i przy uwzględnieniu przepisów dot. ochrony danych osobowych.
7. Zleceniodawca zobowiązuje Realizatora do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
8. Zleceniodawca zobowiązuje Realizatora do:
 - a) opracowywania miesięcznych harmonogramów (zał. nr 3) udzielania świadczeń rehabilitacyjnych dzieci niepełnosprawnych w warunkach domowych oraz przekazywania ich Zleceniodawcy co miesiąc w terminie do 10 dnia każdego miesiąca trwania umowy,
 - b) opracowywania wykazu dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń objętych rehabilitacją domową oraz dostarczania go Zleceniodawcy co miesiąc w terminie do 10 dnia każdego miesiąca trwania umowy,
 - c) realizacji obowiązku informacyjnego wobec osób, których dane dotyczą lub

rodziców/opiekunów prawnych, 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) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1) oraz odbioru oświadczenia, które stanowi załącznik nr 2 do umowy.

- d) zorganizowania w terminie 14 dni od podpisania umowy zebrania informacyjnego: osób wchodzących w skład Zespołu Rehabilitacji Domowej, przedstawiciela Zleceniodawcy z rodzicami/opiekunami dzieci i młodzieży niepełnosprawnej objętej świadczeniem określonym w § 1.

§ 4

Umowa zostaje zawarta na czas oznaczony: od dnia podpisania umowy do 31.12.2019 r.

§ 5

Nadzór nad realizacją postanowień niniejszej umowy pełnić będzie:

- z ramienia Zleceniodawcy:
- z ramienia Realizatora:

§ 6

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie obowiązków wynikających z niniejszej umowy w formie kar umownych.
 - a) Realizator zapłaci Zleceniodawcy kary umowne za:
 - odstąpienie od umowy z przyczyn leżących po stronie Realizatora, w wysokości 10 % wartości brutto przedmiotu umowy określonej w § 3 ust. 2,
 - za każdorazowe stwierdzenie braku dokumentacji określonej w § 2 ust. 2 i 2 lub § 3 ust. 8 lit. a, b w wysokości 200 zł brutto,
 - za pobieranie nienależnych opłat za rehabilitację od rodziców lub opiekunów dzieci niepełnosprawnych w wysokości 10 % wartości brutto przedmiotu umowy określonej w § 3 ust. 2,
 - za nieuzasadnioną odmowę udzielenia rehabilitacji dzieciom niepełnosprawnym skierowanych na rehabilitację na podstawie skierowania, o którym mowa w § 2 ust. 2 w wysokości 10 % wartości brutto przedmiotu umowy określonej w § 3 ust. 2.
 - b) Zleceniodawca zapłaci Realizatorowi karę umowną za:
 - odstąpienie od umowy z przyczyn leżących po stronie Zleceniodawcy, za wyjątkiem okoliczności wskazanych w § 7 pkt b tiret 2, w wysokości 10 % wartości brutto przedmiotu umowy określonej w § 3 ust. 2.
2. Strony zastrzegają sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.
3. Realizator wyraża zgodę za potrącenie należności z tytułu kar umownych z wynagrodzenia, o którym mowa w §3 ust.3.

§ 7

1. Stronom przysługuje prawo odstąpienia od umowy w następujących przypadkach:
 - a) Realizatorowi:
 - jeżeli Zleceniodawca nie reguluje na bieżąco zapłaty rachunku i mimo wezwania Realizatora zwleka z zapłatą dłużej niż 1 miesiąc,
 - jeżeli Zleceniodawca zawiadomi Realizatora, że nie będzie w stanie realizować swoich obowiązków wynikających z umowy,

- b) Zleceniodawcy:
- jeżeli Realizator nie rozpoczął rehabilitacji w miejscu zamieszkania/pobytu dziecka lub przerwał wykonywanie rehabilitacji i jej nie wznowił mimo wezwań Zleceniodawcy przez okres dłuższy niż 1 tydzień,
 - w razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności, powodującej że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy,
 - w razie ogłoszenia upadłości Realizatora lub zakończenia działalności przez Realizatora, bądź wydania nakazu zajęcia majątku Realizatora,
 - jeżeli Realizator nie wykonuje rehabilitacji zgodnie z niniejszą umową.
2. Zleceniodawca w przypadkach, o których mowa w pkt b) może odstąpić od umowy w terminie 1 miesiąca od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach; w takim przypadku Realizator może żądać jedynie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.

§ 8

W razie powstania sporu w związku z zawarciem lub wykonywaniem niniejszej umowy, Sądem właściwym do jego rozstrzygnięcia będzie Sąd właściwy ze względu na siedzibę Zleceniodawcy.

§ 9

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają zgody obu stron, wyrażonej na piśmie w formie aneksu, pod rygorem nieważności.
2. Niedopuszczalna jest, pod rygorem nieważności, taka zmiana niniejszej umowy oraz wprowadzenie do niej takich postanowień, które byłyby niekorzystne dla Zleceniodawcy, jeżeli przy ich uwzględnieniu należałoby zmienić treść ofert, na podstawie której dokonano wyboru Realizatora, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy lub zmiany te są korzystne dla Zleceniodawcy.
3. Strony mogą rozwiązać niniejszą umowę za 1 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

§ 10

Realizator bez zgody Zleceniodawcy nie może przenieść wierzytelności z niniejszej umowy na osoby trzecie. Dotyczy to również potwierdzenia cesji wierzytelności pod kredyt bankowy, którego zabezpieczeniem byłyby zobowiązania z zawartej umowy.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 12

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z czego dwa egzemplarze otrzymuje Zleceniodawca, a jeden Realizator.

Realizator:

Zleceniodawca:

Pieczęć NZOZ

Praktyki lekarskiej

***Skierowanie na rehabilitację w warunkach domowych, finansowaną
z budżetu Gminy Bieruń****

Dane osobowe:

1. Nazwisko i imię, wiek
2. Adres zamieszkania
3. Telefon kontaktowy.....
4. Rozpoznanie

ww. osoba spełnia warunki określone w Programie Zdrowotnym pn.: „*Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych*” przyjętego Uchwałą Nr III/2/2019 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 28 lutego 2019 r.

data
.....
podpis i pieczęć lekarza

Adnotacja kierownika Zespołu Rehabilitacji Domowej*

Diagnoza

Czas rehabilitacji w ramach programu zdrowotnego:
wpisać: od do

Częstotliwość i ilość minut rehabilitacji w tygodniu:

.....
podpis kierownika Zespołu Rehabilitacji Domowej

* kserokopię skierowania wraz z adnotacją należy przekazać osobie nadzorującej wykonanie umowy ze strony Zamawiającego.

Administratorem danych osobowych w zakresie rozliczenia programu zdrowotnego „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych” jest Burmistrz Miasta Bierunia z siedzibą w Bieruniu, przy ul. Rynek 14.

Osobą do kontaktu w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych jest Inspektor Ochrony Danych (adres e-mail: iod@um.bierun.pl).

Przetwarzanie danych odbywa się 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) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1).

Przetwarzanie danych odbywa się w celu rozliczenia programu zdrowotnego na 2019 rok „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych” przyjętego Uchwałą Nr III/2/2019 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 28 lutego 2019 r. na podstawie art. 188 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.). Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa. Odbiorcami danych będzie realizator programu zdrowotnego.

Dane będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa.

Osoba, której dane dotyczą posiada prawo dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, w przypadkach i na zasadach przewidzianych prawem. Osoba, której dane są przetwarzane, posiada ponadto prawo skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych) na przetwarzanie niezgodne z przepisami prawa.

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE ZAPOZNANIA Z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ

Oświadczam, że zgodnie z art. 14 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) zostałem/am zapoznany/a z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z przysługującym prawem dostępu do treści danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, w przypadkach i na zasadach przewidzianych prawem, a także o możliwości wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych) na przetwarzanie niezgodne z przepisami prawa.

.....
Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

* *Oświadczenie należy przekazać osobie nadzorującej wykonanie umowy ze strony Zamawiającego.*

KARTA REHABILITACJI *

L.p.	Nazwisko i imię Adres zamieszkania	Data	Godzina od – do	Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

.....

Podpis i pieczęć Kierownika Zespołu Rehabilitacji

Domowej – lekarza rehabilitacji medycznej

.....

Podpis fizjoterapeuty wykonującego rehabilitację

** Kartę rehabilitacji należy dostarczać każdorazowo, po zakończeniu miesięcznej usługi wraz z rachunkiem*

**WYKAZ DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z TERENU GMINY BIERUŃ OBJĘTYCH
REHABILITACJĄ DOMOWĄ ***

Lp.	Imię i nazwisko Adres zamieszkania	Ilość przeprowadzonych minut rehabilitacji

.....

Podpis i pieczęć Kierownika Zespołu Rehabilitacji

Domowej – lekarza rehabilitacji medycznej

.....

Podpis i pieczęć Realizatora

** Wykaz należy dostarczać każdorazowo po zakończeniu miesięcznej usługi wraz z rachunkiem.*