*PROJEKT*

**UMOWA**

Zawarta w dniu ……...….. r. pomiędzy Związkiem Gmin Zagłębia Miedziowego, ul. Mała 1, 59-100 Polkowice, reprezentowanym przez Zarząd, w imieniu którego występują:

1) Przewodniczący Zarządu – …,

2) Wiceprzewodniczący Zarządu – ….,

przy kontrasygnacie Głównego Księgowego Związku – …,

zwanym w dalszej części umowy **Zamawiającym**

a…………………………………………… reprezentowanym przez: ……………………...…

zwanym dalej **Wykonawcą**,

o następującej treści:

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest realizacja programu zdrowotnego pn. „Oswoić przestrzeń - zajęcia rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży z dysfunkcjami narządu ruchu oraz uszkodzeniem obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego z obszaru Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2013 r., zgodnie z ogłoszeniem o konkursie oraz ofertą Wykonawcy z dnia …………..
2. Wykonawca zobowiązuje się, w ramach zadania, o którym mowa w ust. 1, do realizacji świadczeń zdrowotnych, nierefundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie zabiegów rehabilitacyjnych dla dzieci od lat 3 i młodzieży do lat 18, zameldowanych na terenie gmin należących do Związku Gmin Zagłębia Miedziowego, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach dopuszcza się objęcie świadczeniami w ramach Programu, o którym mowa w ust. 1, osób powyżej 18 roku życia, na wniosek Wykonawcy, poparty opinią lekarza. W każdym takim przypadku wymagana jest pisemna zgoda Zamawiającego.
4. Strony przewidują, iż przedmiotem niniejszej umowy, określonym w ust. 1 - 3 zostanie objętych 50 osób.
5. Wartość niniejszej umowy nie może przekroczyć kwoty ………… zł (słownie: ………………….. złotych), z zastrzeżeniem § 3 ust. 1.
6. Koszt realizacji zadania na jedną osobę wynosi:
7. dla terapii w cyklu dwutygodniowym ………….. zł,
8. dla terapii w cyklu czterotygodniowym ……………..zł.
9. Szczegółowy opis działań w ramach realizacji Programu, w tym zasady organizacji i udzielania świadczeń zdrowotnych znajdują się w formularzu ofertowym stanowiącym integralną część umowy.
10. Wykonawca jest zobowiązany do podania do wiadomości publicznej w mediach lokalnych informacji o realizacji Programu.

§ 2

1. Strony ustalają, że zadanie, o którym mowa w §1 realizowane będzie w okresie od dnia podpisania umowy do dnia ………………….. r.
2. Wykonawca zobowiązany jest do zamieszczenia w widocznym miejscu w placówce realizującej zadanie informacji, że świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu są finansowane ze środków pochodzących z budżetu Związku Gmin Zagłębia Miedziowego.
3. Wykonawca jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w publicznych podmiotach leczniczych.
4. Wykonawca jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych podmiotach leczniczych.
5. Wykonawca zobowiązuje się do poddania się kontroli na każde żądanie Zamawiającego.
6. Dokumentacja dotycząca realizacji przedmiotu umowy powinna być przechowywana w siedzibie Wykonawcy i udostępniana do wglądu Zamawiającego na każde żądanie, zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji zadania.
7. Wykonawca jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania świadczeń z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.
8. Wykonawca jest zobowiązany do przyjmowania skarg i wniosków pacjentów w zakresie świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach niniejszej umowy.
9. Wykonawca jest zobowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, tj.) przez cały okres trwania niniejszej umowy.

§ 3

1. Należność za realizację zadania będzie ustalana po zakończeniu każdego cyklu dwu- lub czterotygodniowego, jako iloczyn wykonanych świadczeń zdrowotnych (zakończonych terapii w cyklu dwu lub czterotygodniowym) oraz kosztów realizacji zadania na jedną osobę, określonych w **§ 1 ust. 6** (odpowiednio dla terapii w cyklu dwu i czterotygodniowym)
2. Zapłata następować będzie na podstawie prawidłowo sporządzonej faktury VAT wraz z zestawieniem wykonanych świadczeń zdrowotnych (z wyszczególnieniem liczby zrealizowanych terapii w cyklu dwu- i czterotygodniowym), wystawionej i dostarczonej do Zamawiającego w terminie do 10 dni po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego realizacji umowy.
3. Zapłata będzie następowała przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy, w terminie do 14 dni od daty wpływu do Zamawiającego dokumentów, o których mowa w ust. 2.
4. Wykonawca zobowiązuje się po zakończeniu realizacji zadania przedstawić całkowite rozliczenie merytoryczno – finansowe do dnia 15 stycznia 2014 r., na arkuszu ewaluacyjnym stanowiącym załącznik Nr 1 do umowy.

§ 4

Strony wyznaczają następujące osoby do koordynacji zadań w ramach niniejszej umowy:

1. ze strony Zamawiającego - …………………, tel. ………………, e-mail ……………..
2. ze strony  Wykonawcy - ………………….., tel. ………………., e-mail ……………..

§ 5

* + - 1. Umowa może zostać przez Zamawiającego rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia jej postanowień, nieterminowego oraz nienależytego jej wykonania, zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania, a także w przypadku stwierdzenia podwójnego wykazywania w sprawozdawczości tych samych osób objętych świadczeniami o podobnym zakresie, finansowanymi w ramach powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia lub przez inny podmiot, w sytuacji jednokrotnego przeprowadzenia badania.
			2. Z tytułu nienależytego wykonania umowy Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości do 10% wartości przedmiotu umowy.

§ 6

Sprzedający nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom.

§ 7

Zamawiający rozwiąże bez wypowiedzenia niniejszą umowę w przypadku nie przedłożenia przez Wykonawcę, na wezwanie Zamawiającego, umowy ubezpieczenia, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, tj.).

§ 8

Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.

§ 10

Umowę spisano w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Wykonawca.

ZAMAWIAJĄCY: WYKONAWCA:

Załącznik nr 1 do umowy

**ARKUSZ EWALUACYJNY**

**programu zdrowotnego pn. „Oswoić przestrzeń - zajęcia rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży z dysfunkcjami narządu ruchu oraz uszkodzeniem obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego z obszaru Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2013 r.**

### I. OCENA MERYTORYCZNA ZADANIA

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego realizującego zadanie ................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Nazwa zadania

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Koordynator zadania lub osoba odpowiadająca za jego realizację

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Czas realizacji zadania

Data rozpoczęcia: ..................................................................................................................

Data zakończenia: .................................................................................................................

1. Osoby biorące udział w realizacji zadania, ich kwalifikacje i realizowane przez nich zadania.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwiskorealizującego zadanie | Kwalifikacje zawodowe do realizacji zadania | Wykonywane zadania |
|  |  |  |  |

1. Charakterystyka populacji objętej zadaniem:

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Liczba osób, które skorzystały ze świadczeń

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Wnioski i uwagi dotyczące realizacji zadania:

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

II. ROZLICZENIE FINANSOWE ZADANIA

* 1. Kwota zaplanowana na realizację zadania (zgodnie z §1 ust. 5 umowy) ………………….
	2. Kwota wykorzystana na realizację zadania …………….……….…………....…………....
	3. Kwota, która nie została wykorzystana ................................................................................
	4. Kwota nie została wykorzystana z powodu

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

………………………………………

 Miejscowość, data

 ..................................... ........................................

 Pieczęć podmiotu realizującego Podpis osoby odpowiedzialnej

 zadanie za realizację zadania