

ZARZĄDZENIE NR 31/20
WÓJTA GMINY KUNICE

z dnia 7 maja 2020 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację programu zdrowotnego "Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice na lata 2020-2023"

Na podstawie art.7 ust.1 pkt 1 oraz art.48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz.13.73 z późn.zm.), art. 114 ust.1 pkt 1 oraz art.115 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz.295 ze zm.) oraz uchwały Rady Gminy Kunice nr XVI/113/20 z dnia 30 kwietnia 2020 r w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice” na lata 2020-2023 zarządzam, co następuje :

§ 1. Ogłaszam konkurs ofert na realizację programu zdrowotnego „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice na lata 2020-2023”.

§ 2. 1. Szczegółowe warunki konkursu ofert stanowią załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

2. Formularz ofertowy stanowi załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

3. Projekt umowy stanowi załącznik nr 3 do niniejszego zarządzenia.

§ 3. Wykonanie zarządzenia powierza się Sekretarzowi Gminy.

§ 4. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Wójt Gminy Kunice

Zdzisław Tersa

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej: „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice na lata 2020 – 2023”

§ 1 Uwagi wstępne

1. Szczegółowe warunki konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej: „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice na lata 2020 – 2023” – zwany dalej „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” lub „warunkami konkursu” stosuje się do postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert. Określają one założenia konkursu ofert, tryb składania ofert, sposób przeprowadzania konkursu oraz wymagania stawiane oferentom.
2. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty, oferent winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
3. Oferty na realizację zadania mogą składać podmioty wykonujące działalność leczniczą, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.):
 - 1) posiadające odpowiedni sprzęt i wyposażenie rehabilitacyjne (wanna do masażu wirowego kończyn górnych, wanna do masażu wirowego kończyn dolnych, aparat do elektroterapii, aparat do terapii ultradźwiękowej – dopuszcza się aparat do terapii skojarzonej łączący terapię ultradźwiękową i elektroterapię, aparat do magnoterapii, aparat do laseroterapii, lampa SOLLUX, , UGUL) oraz wykwalifikowany personel medyczny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, fizjoterapeuta legitymujący się dyplomem min. licencjata),
 - 2) posiadające aktualną i opłaconą polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwiecień 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866).
 - 3) nie realizujące obecnie umowy z DOW NFZ
 - 4) nieposiadające zaległości z tytułu składek na ubezpieczenie wobec ZUS,
 - 5) nieposiadające zaległości z tytułu podatków,
 - 6) zapewnią dostęp do świadczeń finansowanych w ramach programu przez 5 dni w tygodniu w godzinach od 8⁰⁰ do 17⁰⁰ na terenie Gminy Kunice,
 - 7) udostępni co najmniej jeden numer telefonu wyłącznie na potrzeby realizacji programu – rejestracja.
4. Konkurs jest przeprowadzany na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.), zwanej dalej „ustawą”, Uchwały Nr XVI/113/20 Rady Gminy Kunice z dnia 30 kwietnia 2020 roku w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego pn.: „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy

Kunice „na lata 2020 – 2023” oraz niniejszych „Szczegółowych warunków konkursu ofert”.

5. Gmina Kunice w niniejszych warunkach konkursu jest zwana dalej Zamawiającym lub zamiennie Zleceniodawcą.
6. Oferent, który zostanie realizatorem programu w dalszej części niniejszych warunków konkursu jest zwany Zleceniobiorcą.

§ 2

Zasady przygotowania oferty

1. Oferent składa tylko jedną ofertę w zamkniętej kopercie z napisem „Konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej: „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice na lata 2020 – 2023” Nie otwierać do dnia 25 maja 2020 r do godz. 10.30
2. Ofertę na realizację Programu należy złożyć zgodnie ze wzorem formularza oferty stanowiącym Załącznik do Zarządzenia Wójta Gminy Kunice w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice na lata 2020 – 2023” zwanego dalej Zarządzeniem Wójta.
3. Oferta winna być sporządzona pod rygorem nieważności w języku polskim w sposób przejrzysty i czytelny.
4. Ofertę podpisuje osoba(osoby) uprawniona(e) do reprezentowania oferenta lub osoba(y) posiadająca pełnomocnictwo(a), które należy dołączyć do oferty.
5. Zaleca się, aby strony oferty wraz z załącznikami były ponumerowane, a także żeby każda strona oferty wraz z załącznikami była parafowana przez oferenta lub osobę(y) posiadającą(e) pełnomocnictwo(a), które należy dołączyć do oferty.
6. Wszystkie zmiany naniesione przez oferenta winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.

§ 3

Informacja o wymaganych dokumentach

1. W celu uznania ważności oferty oferent zobowiązany jest przedłożyć następujące dokumenty:
 - 1) ofertę – zgodnie ze wzorem określonym w Załączniku do Zarządzenia Wójta
 - 2) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
 - 3) dokument potwierdzający wpis do właściwego rejestru, o którym mowa w art. 100 ustawy o działalności leczniczej,
 - 4) statut zakładu, (jeżeli posiada),
 - 5) kopie dokumentów poświadczających kwalifikacje zawodowe osób, które będą brały udział w realizacji programu w zakresie objętym przedmiotem konkursu,
 - 6) aktualną i opłaconą polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z

- Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866). Zamawiający wymaga, aby przedłożona polisa i opłacone składki obejmowały okres ubezpieczenia co najmniej do 15 grudnia 2019 r., z zastrzeżeniem, że oferent, którego oferta zostanie wybrana, w dniu zawarcia umowy o realizację projektu przedłoży Zamawiającemu nową lub uzupełniającą polisę z okresem ubezpieczenia i dowodami uiszczenia składek do zakończenia realizacji Programu,
- 7) oświadczenie o niezaleganiu z tytułu składek na ubezpieczenie wobec ZUS,
 - 8) oświadczenie o niezaleganiu z tytułu podatków,
 - 9) oświadczenie, że sprzęt medyczny, który zostanie użyty do realizacji programu spełnia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa,
 - 10) inne dokumenty i oświadczenia oraz informacje mogące mieć zdaniem oferenta wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty.
2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 3-6 i 10 oferent przedkłada w oryginale lub kserokopii poświadczonej przez oferenta za zgodność z oryginałem (dotyczy każdej strony dokumentu), natomiast dokumenty i oświadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1 - 2 oraz 7-9 oferent składa w oryginale.
 3. Zamawiający może zażądać przedstawienia oryginału lub notarialnego potwierdzenia kopii dokumentu, gdy kserokopia jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawidłowości.
 4. Zamawiający ma prawo przeprowadzenia kontroli w celu potwierdzenia wiarygodności i prawidłowości danych zawartych w ofercie.
 5. W przypadku, gdy Oferent nie przedłoży któregośkolwiek z dokumentów wymienionych w ust. 1, Zamawiający wezwie Oferenta do ich przedłożenia w terminie nie dłuższym niż 7 dni. Jeżeli Oferent nie uzupełni w terminie braków to oferta zostanie odrzucona. Wezwanie do uzupełnienia dokumentów może być wysłane faksem, e-mailem.

§ 4

Informacje o przedmiocie konkursu

Konkurs ofert dotyczy wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej: „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice na lata 2020 – 2023” Przedmiot konkursu będzie realizowany w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2023 r.

§ 5

Opis Programu

1. **Główny przedmiot** – wykonanie minimum 10-cio dniowego cyklu, który będzie obejmował maksimum 5 procedur rehabilitacyjnych w każdym dniu dla mieszkańców gminy Kunice. Z programu będą mogły skorzystać osoby zameldowane na pobyt stały na terenie Gminy Kunice.

- 1) Zakres świadczenia w ramach programu dla jednego pacjenta obejmuje:
 - a) wstępne badania fizjoterapeutyczne kwalifikujące pacjenta do zabiegów i ustalające rodzaj terapii,

- b) od 3 do 5 procedur rehabilitacyjnych przez okres minimum 10 – dniowy,
2. Przedmiot dodatkowy:
- ewaluacja oraz monitorowanie programu w tym przeprowadzenie ankiety wśród mieszkańców zakwalifikowanych do Programu
 - akcja informacyjna o realizacji programu
3. Zleceniobiorca zobowiązany będzie do przestrzegania przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 ze zm.) i rozporządzeniem Parlamentu 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 (RODO).

§ 6

Organizacja cyklu zabiegów

W celu przeprowadzenia zabiegów Zleceniobiorca zobowiązany jest do:

- 1) przeprowadzenie badania fizjoterapeutycznego kwalifikującego pacjenta do zabiegów i ustalające rodzaj terapii,
- 2) ustala się cenę za badanie fizjoterapeutyczne w wysokości 40 zł (słownie czterdzieści złotych). Wartość badań fizjoterapeutycznych będzie uwzględniona w miesięcznym sprawozdaniu z realizacji programu i rozliczeniu dotacji.
- 3) wykonania przez okres maksimum 10 dni od 3 do 5 rodzajów procedur rehabilitacyjnych,
- 4) przyjmowanie zgłoszeń i rejestracji pacjentów we własnym zakresie poprzez udostępnienie przynajmniej jednej linii telefonicznej.

§ 7

Osoby uprawnione do porozumiewania się z Oferentami

Osobami upoważnionymi przez Zleceniodawcę do kontaktowania się z Zleceniobiorcami są Pani Ewa Pastuch oraz Beata Taczyńska-Pietruś.

§ 8

Termin i miejsce składania i otwarcia ofert

1. Oferty wraz z wymaganymi załącznikami należy złożyć w terminie do dnia 25 maja 2020 r. do godz.10.00 w formie pisemnej, w zamkniętej kopercie opatrzonej adresem oferenta (pieczęcią oferenta) z dopiskiem: „Konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej: „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice na lata 2020 – 2023”. Nie otwierać do 25 maja 2020 r. do godz 10.30. Oferty należy składać w Urzędzie Gminy Kunice ul. Gwarna 1
2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 25 maja 2020 r. o godz.10.30 w siedzibie Urzędu Gminy Kunice ul.Gwarna 1.

§ 9

Termin związania ofertą

Oferent związany jest ofertą 30 dni od upływu terminu składania ofert. Komisja Konkursowa może zwrócić się do oferentów o wyrażenie zgody na przesunięcie terminu związania ofertą.

§ 10

Komisja Konkursowa

Konkurs ofert prowadzi Komisja Konkursowa powołana Zarządzeniem Wójta Gminy Kunice.

§ 11

Opis sposobu obliczania ceny

1. Oferent podaje:

1) zryczałtowaną cenę jednostkową brutto za punkt zabiegu, wartość punktowa poszczególnych zabiegów zgodnie z programem przedstawia się następująco :

Rodzaj zabiegu	Wartość punktowa
galwanizacja	7
jonoforeza	7
diadynamic	5
interdyn	5
tens	7
prądy Kotz'a	6
prądy Traeberta	6
elektrostymulacja	8
prądy wysokiej częstotliwości	7
ultradźwięki	8
fonoforeza	8
laseroterapia	7
sollux	4
bioptron	4
magnetronic	9
masaż wirowy kończyn górnych	10
masaż wirowy kończyn dolnych	10
ćwiczenia w UGUL-u	9 za jedną okolicę ciała

2. Podane w ofercie ceny muszą być wyrażone w złotych polskich cyfrowo i słownie brutto (w tym ewentualny podatek VAT). Ceny muszą uwzględniać wszystkie wymagania niniejszych „Szczegółowych warunków konkursu ofert” oraz obejmować

wszelkie koszty, jakie poniesie Zleceniobiorca z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu konkursu.

3. Oferent za wykonane świadczenia w danym miesiącu będzie otrzymywał wynagrodzenie na podstawie złożonej faktury. Rozliczenie całościowe nastąpi na koniec roku i nie może przekroczyć kwoty przeznaczonej na dany rok, zgodnie z zapisami programu i umowy.
4. W przypadku rezygnacji pacjenta po wizycie fizjoterapeutycznej a przed rozpoczęciem zabiegów Zleceniobiorca za wykonanie Programu otrzyma wynagrodzenie za samo badanie fizjoterapeutyczne w wysokości, o której mowa w §6 pkt 2.
5. W przypadku rezygnacji pacjenta z zabiegów przed zakończeniem całego cyklu, Zleceniobiorcy będzie przysługiwało wynagrodzenie za badanie fizjoterapeutyczne oraz faktyczną ilość przeprowadzonych zabiegów według cen podanych w ofercie.
6. Ceny podane w ofercie należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
7. Ceny określone przez oferenta nie podlegają zmianom.

§ 12

Kryterium oceny

1. Zleceniodawca oceni i porówna jedynie te oferty, które zostaną złożone w terminie i odpowiadać będą wszystkim wymaganiom określonym w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
2. Kryterium oceny oferty stanowi:
 - 1) cena brutto określona w § 11 ust. 1 pkt. 1 – waga 100%
3. Ocena ofert:
 - 1) cena brutto określona w § 11 ust. 1 pkt 1 – maksymalnie 100 punktów.

W zakresie kryterium cena: oferta z najniższą ceną otrzyma maksymalną ilość punktów, czyli 100. Kolejne oferty zostaną ocenione według wzoru:

$$\text{Punkty przyznane ocenianej ofercie} = \frac{\text{cena z oferty z najniższą ceną}}{\text{cena z badanej oferty}} \times 100\%$$

Wybrana zostanie oferta, która uzyska najwyższą ilość – punktów.

4. Jeżeli Zleceniodawca nie może dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że najkorzystniejsze oferty otrzymały taką samą ilość punktów Zleceniodawca wezwie Oferentów, którzy złożyli oferty, do złożenia w terminie określonym przez Zleceniodawcę ofert dodatkowych dotyczących ceny.
5. Oferenci, składając oferty dodatkowe, nie mogą zaoferować cen wyższych niż zaoferowane z złożonych ofertach.

6. Jeżeli oferta dodatkowa wpłynie do Zamawiającego po terminie, zostanie zwrócona bez otwierania.
7. Jeżeli oferent, którego oferta została wybrana uchyla się od zawarcia umowy zamawiający może zawrzeć umowę z następnym oferentem, którego oferta otrzymała kolejną najwyższą liczbę punktów.

§ 13

Rozstrzygnięcie konkursu

Rozstrzygnięcie konkursu dokona Wójt Gminy Kunice na podstawie wniosku Komisji Konkursowej powołanej w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadamia na piśmie oferentów o zakończeniu konkursu i jego wynikach oraz zamieszcza informację na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Urzędu Gminy Kunice. Informacja o rozstrzygnięciu konkursu może być przesłana do oferentów listownie. Z podmiotem leczniczym, wybranym w wyniku konkursu, zostanie zawarta umowa w terminie związanym ofertą.

§ 14

Zmiana warunków konkursu lub odwołanie konkursu

Zamawiający zastrzega sobie prawo do:

- 1) zmiany warunków konkursu lub odwołania konkursu bez podania przyczyny,
- 2) zamknięcia konkursu bez wyboru ofert.

Załącznik nr 2
do zarządzenia nr 31/20
Wójta Gminy Kunice
z dnia 07 maja 2020 r

Kunice

FORMULARZ OFERTY

**na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej: „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy
Kunice „ na lata 2020 – 2023**

1. Dane oferenta

Lp.	Nazwa	
1.	Adres (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, powiat, województwo)	
2.	Telefon, fax, adres e-mail	
3.	Data i numer wpisu do właściwego rejestru	
4.	NIP	
5.	Regon	
6.	Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
7.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
8.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
9.	Numer telefonu wyznaczony do realizacji programu (rejestracja, udzielanie informacji)	

2. Przystąpienie do realizacji programu polityki zdrowotnej : Oferent oświadcza, że:

Zrealizuje program polityki zdrowotnej: „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice „ na lata 2020 – 2023” w zakresie określonym w ogłoszeniu o realizacji programu polityki zdrowotnej i szczegółowych warunkach konkursu zwanym dalej Programem.

Oferent oferuje zryczałtowaną **cenę brutto za 1 punkt zabiegu** **słownie..... w tym podatek VAT.....** Wartość punktowa poszczególnych zabiegów przedstawiona jest w warunkach konkursu.

3. Za wykonanie Programu Gmina Kunice zapłaci oferentowi – zleceniobiorcy wynagrodzenie, które stanowić będzie iloczyn ceny jednostkowej brutto za przeprowadzenie kompletu zabiegów rehabilitacyjnych dla jednego mieszkańca oraz ilości uczestników, którym wykonano faktycznie 10 – dniowy cykl od 3 do 5 zabiegów, z zastrzeżeniem pkt 4.

4. W przypadku rezygnacji pacjenta po wizycie u fizjoterapeuty, a przed rozpoczęciem zabiegów Zleceniobiorca za wykonanie Programu otrzyma wynagrodzenie, za samo badanie fizjoterapeutyczne.

W przypadku rezygnacji pacjenta z zabiegów przed zakończeniem całego cyklu, Zleceniobiorcy będzie przysługiwało wynagrodzenie za badanie fizjoterapeutyczne oraz faktyczną ilość przeprowadzonych zabiegów.

5. Oferent oświadcza, że akceptuje warunki wykonania Programu zawarte w ogłoszeniu o szczegółowych warunkach konkursu, a w szczególności dotyczące:

1) Terminu wykonania przedmiotu konkursu i zobowiązania wykonania Programu w terminie: od dnia podpisania umowy do 31 grudnia 2023 r.

2) Warunków płatności:

- a) podstawę wypłaty wynagrodzenia stanowić będzie miesięczne sprawozdanie merytoryczne z wykonania programu,
- b) sprawozdanie merytoryczne w formie pisemnej będzie zawierać listę osób, u których przeprowadzono zabiegi, oraz ich ilości i rodzaj,
- c) miesięczne sprawozdanie merytoryczne oferent przekazuje Zleceniodawcy do 10 dnia następnego miesiąca.
- d) wynagrodzenie, zostanie przekazane przez zleceniodawcę przelewem na konto bankowe oferenta: w terminie 14 dni od daty otrzymania przez Zleceniodawcę sprawozdania merytorycznego i prawidłowo wystawionej faktury.

6. Ponadto Oferent oświadcza:

1) złożona oferta wiąże nas na 30 dni, bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert,

2) w przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję(my) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez Zleceniodawcę.

7. Załączniki do niniejszej oferty:

- 1) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
- 2) wpis do właściwego rejestru,

- 3) statut zakładu, (jeżeli posiada),
- 4) kopie dokumentów poświadczających kwalifikacje zawodowe osób, które będą brały udział w realizacji programu w zakresie objętym przedmiotem konkursu,
- 5) kopie aktualnej polisy zawarcia umowy od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV, na okres ich udzielania,
- 6) zaświadczenie o niezaleganiu z tytułu składek na ubezpieczenie wobec ZUS,
- 7) zaświadczenie o niezaleganiu z tytułu podatków,
- 8) kopia dokumentów aktualnego przeglądu technicznego sprzętu i aparatury rehabilitacyjnej poświadczone w paszportach tych urządzeń,
- 9) inne dokumenty:

.....
.....

.....

/data/

.....

/podpis Oferenta-Zleceniobiorcy
lub upoważnionego przedstawiciela/

Projekt Umowy Nr/2020
na realizację programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza
mieszkańców Gminy Kunice na lata 2020-2023”

między Gminą Kunice, z siedzibą w Kunicach ul. Gwarna 1
reprezentowaną przez:

.....
przy kontrasygnacie
.....

- Wójta Gminy Kunice

- Skarbnika Gminy

zwaną dalej Udzielającym zamówienie,

a

..... z siedzibą w
..... reprezentowanym przez:
.....

zwanym dalej Przyjmującym zamówienie.

Strony umowy ustalają, co następuje:

§ 1.

Przedmiotem umowy jest :

- udzielenie przez „Przyjmującego zamówienie” świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja
mieszkańców, w zakresie określonym w ofercie stanowiącej załącznik do umowy oraz
Programem polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice,,
przyjętym Uchwałą nr XVI/113/20 Rady Gminy Kunice z dnia 30 kwietnia 2020 r.

- ewaluacja i monitorowanie programu w tym przeprowadzenie ankiety wśród mieszkańców
zakwalifikowanych do programu stanowiącej załącznik nr 3 do niniejszej umowy

- akcja informacyjna o realizacji programu

§ 2.

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:

- przeprowadzenie ankiety zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do programu
pt. „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice na lata 2020-2023”,
- uzyskanie zgody świadczeniobiorcy na udział w programie, w tym przetwarzania danych
osobowych oraz wykorzystania wizerunku,

- uzyskanie oświadczenia świadczeniobiorcy o miejscu zamieszkania zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik do umowy,
- świadczenie usług na terenie gminy Kunice,
- ewaluacja i monitorowania,
- akcji informacyjnej na terenie gminy

§ 3.

Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż osoby, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone w odrębnych przepisach.

§ 4.

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami wykonywania zawodu i zasadami etyki lekarskiej, rzetelnie oraz z dołożeniem wysokiej staranności.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do znajomości i przestrzegania:
 - aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
 - przepisów określających prawa pacjenta.

§ 5.

Koszt świadczenia usług ujętych w programie nie może przekroczyć w roku 2020 kwoty **100 000 zł** (słownie: **sto tysięcy zł**), oraz w kolejnych latach po **118 000 zł** (słownie: sto osiemnaście tysięcy zł), i wynosić będzie za 1 pkt zabiegów rehabilitacyjnych zryczałtowaną cenę brutto zł (słownie :) w tym podatek VAT

§ 6.

1. Wykonanie umowy nastąpi od dnia jej zawarcia do dnia 31 grudnia 2023 r.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zamieszczenia w widocznym miejscu w placówce realizującej zadanie informacji, że program finansowany jest ze środków budżetu Gminy Kunice.

§ 7.

1. Wynagrodzenie zostanie wypłacone za faktycznie wykonane świadczenia określone w § 1 umowy oraz w programie zdrowotnym.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:
 - prowadzenia odrębnej obowiązującej dokumentacji medycznej i statystycznej związanej z wykonywaniem przedmiotu umowy, na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych wynikających z odrębnych przepisów,
 - potwierdzanie podpisem pacjenta odrębnych świadczeń, natychmiastowego informowania udzielającego zamówienia o wszelkich zmianach mających wpływ na wysokość środków publicznych objętych umową,

- sporządzanie ankiet z pacjentami zgodnie z zał. Nr 1 do Programu polityki zdrowotnej pod nazwą "Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice na lata 2020-2023" przyjętego Uchwałą nr XVI/113/20 Rady Gminy Kunice z dnia 30 kwietnia 2020 roku,

- ewidencji oświadczeń pacjenta potwierdzających miejsce zameldowania na pobyt stały na terenie gminy Kunice, wg. zał. Nr 1 do niniejszej umowy,

- przedłożenia raportu rocznego sporządzonego na podstawie ankiet pacjentów do dnia 15 stycznia następnego roku zgodnie z zał. Nr 2 do Programu polityki zdrowotnej,

- wyodrębnionej ewidencji księgowej środków finansowych na realizację zadania,

- udzielanie na wniosek Udzielającego zamówienia wszelkich informacji i przedłożenia dokumentów stanowiących podstawę wystawienia faktury i sporządzenia informacji, o której mowa w § 7 ust. 3.

3. Zapłata wynagrodzenia nastąpi na podstawie faktury złożonej przez Przyjmującego zamówienie wraz z informacją o ilości pacjentów i świadczeń wg wzoru stanowiącego zał. Nr 2 do niniejszej umowy.

4. Informację za poprzedni miesiąc oraz fakturę z 14 - dniowym terminem płatności

należy dostarczyć do Urzędu Gminy do 5 każdego dnia miesiąca za miesiąc poprzedni, za świadczenia wykonane w grudniu - do 20 grudnia br.

5. Należność za realizację zadania musi być zgodna z ilością wykonanych świadczeń wskazanych w informacji, o której mowa w ust. 3, a której wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

6. Płatność dokonuje się przelewem na rachunek bankowy Przyjmującego zamówienie nr, w terminie 14 dni.

7. W terminie 3 miesięcy od zakończenia realizacji programu Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do sporządzenia raportu końcowego z realizacji Programu zdrowotnego wg wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r.

§ 8

1. Dokumentacja finansowo-księgowa dotycząca realizacji przedmiotu umowy powinna być przechowywana w siedzibie Przyjmującego zamówienie i udostępniana do wglądu Udzielającemu zamówienie na żądanie, zarówno w trakcie jak i po zakończeniu realizacji zadania.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.

3. Przyjmujący zamówienie uzyska zgodę na przetwarzanie danych osobowych uczestników programu - zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz udział w programie.

§ 9

Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność do pełnej wysokości szkody za swoje działania lub zaniechania wyrządzające szkodę pacjentom przy udzielaniu świadczeń określonych w ofercie na zasadach określonych w kodeksie cywilnym.

§ 10

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co stanowi warunek zawarcia niniejszej umowy.
2. Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie doręczyć Udzielającemu zamówienie, najpóźniej w dniu podpisania umowy oraz w dniu następującym po dniu jej odnowienia.
3. W trakcie obowiązywania umowy Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany posiadać ubezpieczenie OC.

§ 11

Umowa obowiązuje na czas określony od dnia 1 czerwca 2020 roku do 31 grudnia 2023 roku, z prawem rozwiązania umowy przez każdą ze stron z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

§ 12

1. Strony ustalają, że Udzielający zamówienie prowadzi nadzór i kontrolę wykonania umowy w trakcie jego realizacji jak i po jego wykonaniu, w szczególności Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do poddania się kontroli dokonywanej w miejscu wykonania umowy lub w miejscu wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie oraz do przekazywania mu wszelkich informacji, sprawozdań i wyjaśnień w formie pisemnej dotyczącej realizacji zadania.
2. Przyjmujący zamówienie nie może powierzyć wykonania przedmiotu niniejszej umowy innym osobom bez zgody Udzielającego zamówienia wyrażonej na piśmie.
3. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron z 14-dniowym okresem wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które umożliwiają wykonania umowy. Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych strony określają w sporządzonym protokole.
4. W razie naruszenia postanowienia ust. 1 Udzielający zamówienia może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 13

1. Wykonawca oświadcza, że w ramach prowadzonej działalności gospodarczej dokonuje samodzielnego rozliczenia należności w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych i ZUS.
2. Zleceniobiorca oświadcza, że nie jest podmiotem, o którym mowa w art. 1 pkt. 1b ppk. a ustawy z dnia 10.10.2002r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2018 poz. 2177 ze zm.).

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych postanowieniami niniejszej umowy będą miały zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Żadna ze stron nie może przenieść praw, obowiązków i wierzytelności z tytułu niniejszej umowy na osobę trzecią bez pisemnej, pod rygorem nieważności, zgody drugiej strony.

§ 15

Spory mogące wyniknąć z niniejszej umowy strony poddają rozstrzygnięciu właściwego sądu w Legnicy.

§ 16

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa egzemplarze dla Udzielającego zamówienia i jeden egzemplarz dla Przyjmującego zamówienie.

.....
Udzielający zamówienia

.....
Przyjmujący zamówienie

.....
Kontrasygndata Skarbnika

OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMELDOWANIA

Ja niżej podpisany(a)

.....
(imię i nazwisko)

Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy

oświadczam, że:

1) moim jedynym miejscem zameldowania na pobyt stały jest:

.....
.....
(miejscowość, nr kodu pocztowego, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Wiarygodność powyższego oświadczenia potwierdzam stosownym podpisem.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

* niepotrzebne skreślić

....., dnia
(miejscowość)

Program polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy
Kunice na lata 2020-2023”

Informacja o ilości pacjentów oraz świadczeń za miesiąc
(sporządzona na podstawie prowadzonej dokumentacji medycznej i statystycznej na zasadach
obowiązujących w podmiotach leczniczych wynikających z odrębnych przepisów)

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta	Data i rodzaj świadczenia	Cena jednostkowa świadczenia	Wartość
			Ogółem	

.....
podpis Przyjmującego zamówienie

Oświadczam(-y), że:

- 1) od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Przyjmującego zamówienie,
- 2) wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
- 3) czynności wykonywane w ramach Programu polityki zdrowotnej nie są i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami,
- 4) w zakresie związanym z realizacją Programu polityki zdrowotnej, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których te dane dotyczą, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....
podpis Przyjmującego zamówienie

ANKIETA

Zwracamy się do Państwa z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Ankieta ma na celu zapoznanie się z Państwa opinią na temat prowadzonego programu zdrowotnego. Wszelkie wnioski, uwagi i spostrzeżenia zostaną przeanalizowane i posłużą do dalszego doskonalenia usług świadczonych przez

Zapewniamy całkowitą poufność i anonimowość badania – odpowiedzi będą prezentowane jedynie w zbiorczych zestawieniach bez możliwości identyfikacji konkretnego respondenta.

Odpowiedzi proszę wskazać poprzez zaznaczenie znakiem „X” odpowiedniego pola

Płeć:

Kobieta: ☐

Mężczyzna: ☐

Wiek:

19 – 29 lat: ☐

30 – 39 lat: ☐

40 – 59 lat: ☐

60 i więcej lat: ☐

Typ schorzenia:

.....

Pytanie nr 1

W jaki sposób dowiedział/a się Pan/i o realizacji programu zdrowotnego ?

.....

.....

Pytanie nr 2

Dlaczego zgłosił/a się Pan/i do programu zdrowotnego?

.....

.....

Pytanie nr 3

Jak ocenia Pan/i stan swojego zdrowia w momencie przystąpienia do programu? (proszę zaznaczyć odpowiedź w kwadracie przy czym 1 jest wartością najniższą, a 6 najwyższą)

1: ☐2: ☐3: ☐4: ☐5: ☐6: ☐**Pytanie nr 4**

Jak często podejmuje Pan/i aktywność fizyczną w ciągu tygodnia? (proszę zaznaczyć odpowiedź w kwadracie)

Nie jestem aktywny/a fizycznie: ☐1 – 2 dni ☐3 – 4 dni: ☐5 i więcej: ☐**Pytanie nr 5**

Czy jest Pan/i zadowolony/a z jakości świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych w czasie realizacji programu?

Tak: ☐Nie: ☐Nie wiem: ☐**Pytanie nr 6**

Czy jest Pan/i zadowolony/a z organizacji udzielania świadczeń rehabilitacyjnych w ramach programu?

Tak: ☐Nie: ☐Nie wiem: ☐**Pytanie nr 7**

Czy świadczenia rehabilitacyjne odbywały się zgodnie z harmonogramem (wyznaczona data, wyznaczona godzina)?

Tak: ☐Nie: ☐Nie wiem: ☐**Pytanie nr 8**

Czy podczas spotkania z lekarzem w jasny i precyzyjny sposób została przekazana informacja o schorzeniu i planie leczenia?

Tak: ☐Nie: ☐**Pytanie nr 9**

Czy zaobserwował/a Pan/i poprawę stanu zdrowia po zakończeniu rehabilitacji ramach realizowanego programu?

Tak: ☐Nie: ☐Nie wiem: ☐**Pytanie nr 10**

Czy uważa Pan/i, że obecny stan zdrowia pozwala na podjęcie lub kontynuowanie pracy zawodowej?

Tak: ☐Nie: ☐Nie wiem: ☐**Pytanie nr 11**

Czy zwiększyła się Pana/i wiedza dotycząca przyczyn występowania schorzeń narządu ruchu?

Tak: ☐Nie: ☐Nie wiem: ☐

Pytanie nr 12

Czy podejmowana przez Pana/ią aktywność fizyczna po zakończeniu udziału w programie zdrowotnym:

zmalała: ☐pozostała bez zmian: ☐wzrosła: ☐**Pytanie nr 13**

Czy poleciłby/poleciała Pan/i udział w programie zdrowotnym innym osobom?

Tak: ☐Nie: ☐Nie wiem: ☐

DATA:.....

DZIEKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY