

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) członek 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. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2015 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 ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych, nierefundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie szczepień ochronnych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) dla dziewcząt urodzonych w roku 2000, zameldowanych na terenie gmin: Chocianów, Gaworzyce, Grębocice, Jerzmanowa, Pęcław, Polkowice, Przemków i Radwanice, należących do Związku Gmin Zagłębia Miedziowego.
3. Strony przewidują, iż przedmiotem niniejszej umowy, określonym w ust. 1 i 2 zostaną objęte 333 osoby, co stanowi 90% całej populacji objętej programem (370 osób). W przypadku, gdy chęć skorzystania z Programu zgłosi więcej niż 90% populacji, Strony dopuszczają możliwość zmiany niniejszej umowy w zakresie zwiększenia liczby osób objętych Programem i zwiększenia wartości umowy, określonej w ust. 4, przy zachowaniu stawki jednostkowej, o której mowa w ust. 5.
4. Wartość niniejszej umowy nie może przekroczyć kwoty zł (słownie: złotych), z zastrzeżeniem § 3 ust. 1.
5. Koszt realizacji zadania na jedną osobę wynosi zł, w tym stawka za jednostkę rozliczeniową - zł.
6. Szczegółowy opis działań w ramach realizacji programu, w tym zasady organizacji i udzielania świadczeń zdrowotnych znajdują się w formularzu ofertowym stanowiącym integralną część umowy.
7. Dopuszcza się w uzasadnionych przypadkach, po uprzednim uzgodnieniu z Zamawiającym, przełożenie świadczeń na inny termin, niż zaplanowany w ofercie.
8. 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
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 zakładach opieki zdrowotnej.
4. Wykonawca jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
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 w zakresie realizowanych świadczeń zdrowotnych skarg i wniosków pacjentów, zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków oraz przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego.
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 (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.) przez cały okres trwania niniejszej umowy.

§ 3

1. Należność za realizację zadania będzie ustalana miesięcznie, jako iloczyn wykonanych w danym miesiącu świadczeń zdrowotnych (szczepień) i stawki za jednostkę rozliczeniową, określoną w § 1 ust. 5.
2. Zapłata następować będzie miesięcznie na podstawie prawidłowo sporządzonej faktury VAT wraz z zestawieniem wykonanych w danym miesiącu świadczeń zdrowotnych, wystawionej i dostarczonej do Zamawiającego w terminie do 10 dni po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego realizacji umowy.
3. Zapłata będzie następować przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy, w terminie do 14 dni od daty wpływu do Zamawiającego dokumentów, o których mowa w ust. 2.
4. Za świadczenia wykonane w grudniu 2015 dokumenty, o których mowa w ust. 2 należy przedłożyć do dnia 28 grudnia 2015 r.
5. Wykonawca zobowiązuje się po zakończeniu realizacji zadania przedstawić całkowite rozliczenie merytoryczno – finansowe do dnia, na arkuszu ewaluacyjnym stanowiącym załącznik Nr 1 do umowy.

§ 4

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 10% wartości przedmiotu umowy.

§ 5

Sprzedający nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom.

§ 6

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 (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.).

§ 7

Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.

§ 9

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

ZAMAWIAJĄCY:

WYKONAWCA:

ARKUSZ EWALUACYJNY
programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka
ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2015 r.

I. OCENA MERYTORYCZNA ZADANIA

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego realizującego zadanie

.....
.....

2. Nazwa zadania

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

3. Koordynator zadania lub osoba odpowiadająca za jego realizację

.....
.....

4. Czas realizacji zadania

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

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

Lp.	Imię i nazwisko realizującego zadanie	Kwalifikacje zawodowe do realizacji zadania	Wykonywane zadania

6. Charakterystyka populacji objętej zadaniem:

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

7. Liczba osób, które skorzystały ze świadczeń

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

8. Wnioski i uwagi dotyczące realizacji zadania:

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

II. ROZLICZENIE FINANSOWE ZADANIA

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

.....
Pieczęć podmiotu realizującego
zadanie

.....
data, podpis osoby odpowiedzialnej
za realizację zadania