

**Uchwała Nr 17/14**  
**Zarządu Związku Gmin Zagłębia Miedziowego**  
**z dnia 20 marca 2014 r.**

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację 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 2014 r.**

Na podstawie art. 48 ust. 4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), w związku z §7 pkt 7 Statutu Związku Gmin Zagłębia Miedziowego, Uchwały Nr XXII/105/13 Zgromadzenia ZGZM z dnia 30.12.2014 r. w sprawie uchwały budżetowej Związku Gmin Zagłębia Miedziowego na 2014 r., Zarząd Związku Gmin Zagłębia Miedziowego uchwala, co następuje:

**§ 1**

Ogłasza się konkurs ofert na realizację 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 2014 r.

**§ 2**

Ustala się:

- 1) treść ogłoszenia konkursu ofert w brzmieniu załącznika nr 1 do uchwały,
- 2) wzór formularza ofertowego w brzmieniu załącznika nr 2 do uchwały,
- 3) projekt umowy na realizację programu zdrowotnego w brzmieniu załącznika nr 3 do uchwały.

**§ 3**

Na realizację zadania, o którym mowa w §1 przeznacza się kwotę nie większą niż 124.000 zł (słownie: sto dwadzieścia cztery tysiące złotych), zabezpieczoną w budżecie Związku Gmin Zagłębia Miedziowego na 2014 r.

**§ 4**


1. Powołuje się Komisję konkursową do przeprowadzenia konkursu ofert, o którym mowa w § 1, zwaną dalej Komisją, w składzie:
  - a) Przewodniczący: Małgorzata Frąckowiak – Dyrektor Biura;
  - b) Członkowie:
    - Daniel Trzebiatowski – Podinspektor ds. koordynacji projektów,
    - Natalia Nalewajska – Podinspektor ds. administracyjno-biurowych.
2. Przewodniczący Komisji Konkursowej może zaprosić do udziału w jej pracach inne osoby, których obecność jest niezbędną dla realizacji jej zadań.
3. Osoby zaproszone do udziału w pracach Komisji konkursowej nie mogą być oferentami.

**§ 5**

Zarząd upoważnia Przewodniczącego Zarządu do dokonywania wszelkich czynności zastrzeżonych do kompetencji Zarządu Związku jako organizatora konkursu, o którym mowa w § 1, w tym do zatwierdzenia propozycji wyboru oferty najkorzystniejszej zgłoszonej przez komisję konkursową, powiadomienia uczestników o wynikach konkursu.

**§ 6**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

  
**PRZEWODNICZĄCY**  
Zarządu Związku Gmin  
ZAGŁĘBIA MIEDZIOWEGO  
*Emilian Stańczyszyn*



Na podstawie art. 48 ust. 4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)

**Zarząd Związku Gmin Zagłębia Miedziowego  
ul. Mała 1, 59-100 Polkowice**

**ogłasza konkurs i zaprasza do składania ofert na realizację 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 2014 r.**

**Przedmiot konkursu ofert:**

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 2014 rok, w tym:

- 1) przeprowadzenie kampanii informacyjnej dotyczącej programu:
  - plakaty i ulotki informacyjne w zakładach opieki zdrowotnej, ośrodkach pomocy społecznej, urzędach gmin, aptekach itp.
  - informacje i ogłoszenia w mediach lokalnych (prasa, radio, telewizja),
  - informacja na stronach internetowych: Związku Gmin Zagłębia Miedziowego, gmin wchodzących w skład Związku, realizatora programu,
  - informacja w działających stowarzyszeniach skupiających dzieci niepełnosprawne,
- 2) przeprowadzenie kwalifikacji dzieci i młodzieży do programu:
  - badanie lekarskie kwalifikujące do programu,
  - zebranie oświadczeń rodziców o wyrażeniu zgody na udział dziecka w programie,
- 3) przeprowadzenie zabiegów rehabilitacyjnych, w tym:
  - zabiegów podstawowych przy użyciu specjalistycznych urządzeń rehabilitacyjnych:
    - ✓ statycznych (pionizator z cięgnami)
    - ✓ dynamicznych (pionizator z kamizelką)
  - zabiegów dodatkowych - jeden zabieg z listy:
    - ✓ masaż wirowy kończyn dolnych lub górnych - do 20 min czynnego masażu wirowego,
    - ✓ całościowe kąpiele wirowe perełkowe w wannie - do 15 min czynnej kąpieli,
    - ✓ aquawibron - do 5 min czynnego masażu urządzeniem,
    - ✓ krioterapia miejscowa - do 3 min,
    - ✓ inhalacje połączone z muzykoterapią w grocie solnej - do 45 min,
    - ✓ masaż częściowy suchy - do 15 min czynnego masażu,

w cyklach 2- i 4-tygodniowych,

- 4) edukacja zdrowotna rodziców i pedagogów szkolnych (spotkania indywidualne, wykłady i pokazy realizowanych ćwiczeń rehabilitacyjnych),
- 5) monitorowanie i ewaluacja wyników programu zdrowotnego.
  - ocena zgłaszalności do programu
  - badanie ankietowe wśród rodziców/opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w programie służące ocenie jakości świadczeń i efektów programu.

Szczegółowy opis działań niezbędnych do podjęcia w ramach realizacji niniejszego programu znajduje się w dokumencie 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”, dostępnym na wniosek w Biurze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego.

Adresatami programu są dzieci od lat 3 i młodzież do 18 roku życia, zameldowane na terenie gmin należących do Związku Gmin Zagłębia Miedziowego, z dysfunkcjami narządu ruchu oraz uszkodzeniem ośrodkowego oraz centralnego układu nerwowego m.in. MPD, SM, dystrofia, hemiplegia, paraplegia, tetraplegia, miopatie, urazy kończyn dolnych, porażenia wiotkie i spastyczne i innymi formami niepełnosprawności ruchowej w wieku od lat trzech oraz wadze nie przekraczającej możliwości sprzętu.

Dopuszcza się, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, objęcie świadczeniami w ramach programu osób powyżej 18 roku życia, za uprzednią pisemną zgodą Zarządu Związku Gmin Zagłębia Miedziowego.

Przewiduje się, że ze świadczeń w ramach programu skorzysta ok. 35 osób.

#### **Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu zdrowotnego:**

W konkursie ofert mogą wziąć udział oferenci, którzy spełniają następujące wymagania:

- a) posiadają uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
- b) posiadają doświadczenie w realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
- c) posiadają zasoby materialne i kadrowe zapewniające prawidłową realizację zadania, w tym:
  - zatrudniają co najmniej jednego lekarza rehabilitacji medycznej i sześciu rehabilitantów (fizjoterapeutów),
  - posiadają sprzęt niezbędny do przeprowadzenia ćwiczeń rehabilitacyjnych i zabiegów dodatkowych, w tym co najmniej jeden atestowany pionizator statyczny i jeden atestowany pionizator dynamiczny, masażery wirowe, urządzenia do krioterapii miejscowej, jaskinia solna,
  - posiadają odpowiednią bazę lokalową przystosowaną dla osób niepełnosprawnych (wejście do obiektu wyposażone w dojazdy oraz dojścia dla osób niepełnosprawnych ruchowo, poręcze i uchwyty w węzłach sanitarnych, w obiekcie co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno – sanitarne dla pacjentów, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo),
- d) miejsce realizacji świadczeń powinno znajdować się na terenie Związku Gmin Zagłębia Miedziowego.



**Termin i miejsce składania ofert:**

Oferty w zamkniętych kopertach z napisem „Konkurs na realizację programu zdrowotnego pn. „Oswoić przestrzeń” na 2014 rok” należy składać w Biurze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego w Polkowicach, ul. Mała 1 do dnia **8 kwietnia 2014 r. do godziny 9:00**.

**Oferta, złożona na formularzu udostępnionym przez Organizatora konkursu, powinna zawierać:**

- 1) dane o oferencie: nazwę i siedzibę (imię, nazwisko i adres) podmiotu leczniczego oraz numer wpisu do właściwego rejestru wraz z wypisem z rejestru, numer telefonu, faksu, e-mail,
- 2) opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji programów zdrowotnych lub świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
- 3) informację o zrealizowanych w ciągu ostatnich trzech lat umowach w zakresie realizacji programów zdrowotnych lub udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zawartych z jednostkami samorządu terytorialnego, wraz z referencjami potwierdzającymi rzetelne i terminowe wywiązanie się z tych umów,
- 4) proponowany czas trwania umowy (przewidywany czas realizacji programu/udzielania świadczeń),
- 5) określenie miejsca i warunków udzielania świadczeń (warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności),
- 6) wskazanie osób, które będą uczestniczyć w realizacji Programu, z podaniem ich kwalifikacji zawodowych oraz określeniem zadań w trakcie realizacji Programu,
- 7) szczegółowy opis działań w ramach realizacji programu,
- 8) proponowaną kwotę należności za realizację zadania;
- 9) szczegółową kalkulację kosztów;
- 10) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
- 11) oświadczenie oferenta o spełnianiu wymagań, niezbędnych do realizacji programu zdrowotnego, określonych w ogłoszeniu,
- 12) oświadczenie oferenta zawierające informacje, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 13) oświadczenie oferenta o zawarciu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, tj.) wraz z potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopią umowy ubezpieczenia.

Termin związania ofertą obowiązuje przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Oferty złożone po wyznaczonym terminie do składania będą wykluczone z udziału w konkursie.

Otwarcie ofert nastąpi 8 kwietnia 2014 r. o godzinie 10:00 w siedzibie ogłaszającego konkurs. Komisja konkursowa zastrzega sobie możliwość wystąpienia o dodatkowe informacje do uczestników konkursu.

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie do 14 dni od terminu określonego dla składania ofert.

Przy wyborze ofert komisja konkursowa kierować się będzie kryterium ceny.

Uczestnicy konkursu zostaną powiadomieni pisemnie o wynikach konkursu ofert niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.

Organizator konkursu zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany warunków konkursu bez podania przyczyny.



W sprawach nieuregulowanych ogłoszeniem stosowane będą odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu (art. 70<sup>1</sup> – 70<sup>5</sup> k.c.).

Ze szczegółowymi warunkami konkursu (w tym z programem zdrowotnym 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”, formularzem ofertowym, projektem umowy) można zapoznać się w Biurze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego, ul. Mała 1, od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30-15.30.

Osobą uprawnioną do kontaktu z oferentami jest:  
- Małgorzata Frąckowiak, tel. 76/840 14 92.

**PRZEWODNICZĄCY**  
Zarządu Związku Gmin  
ZAGŁĘBIA MIEDZIOWEGO

*Emilian Stańczyszyn*

### FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący realizacji 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 2014 r.

1. Oferent (pełna nazwa), adres, kod pocztowy, telefon i faks, e-mail  
.....  
.....
2. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa, data i numer wpisu)  
.....  
.....
3. Nazwisko i imię osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu (telefon kontaktowy)  
.....
4. Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za realizację programu (telefon kontaktowy)  
.....  
.....
5. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji programów zdrowotnych będących przedmiotem konkursu  
.....  
.....
6. Informację o zrealizowanych w ciągu ostatnich trzech lat umowach w zakresie udzielania ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zawartych z jednostkami samorządu terytorialnego, wraz z referencjami potwierdzającymi rzetelne i terminowe wywiązanie się z tych umów  
.....  
.....
7. Data przewidywanego rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu (udzielania świadczeń)  
.....
8. Określenie miejsca i warunków udzielania świadczeń (pomieszczenia, aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności)  
.....  
.....  
.....  
.....



9. Wskazanie osób, które będą uczestniczyć w realizacji Programu, z podaniem ich kwalifikacji zawodowych oraz określeniem zadań w trakcie realizacji Programu

Imię i nazwisko	Zawód/uzyskany stopień specjalizacji/kwalifikacje	Funkcja/zadania wykonywane w trakcie realizacji Programu

10. Szczegółowy opis działań w ramach realizacji programu, z uwzględnieniem wytycznych zawartych w Programie:

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

11. Kwota należności za realizację zadania

.....

12. Szczegółowa kalkulacja kosztów

Koszt realizacji programu zdrowotnego w przeliczeniu na jedną osobę dla terapii w cyklu **2-tygodniowym** wynosi - ..... zł,  
 w tym\*:

- ..... zł,
- ..... zł,
- ..... zł,
- ..... zł,

Koszt realizacji programu zdrowotnego w przeliczeniu na jedną osobę dla terapii w cyklu **4-tygodniowym** wynosi - ..... zł,  
 w tym\*:

- ..... zł,
- ..... zł,
- ..... zł,
- ..... zł,

\*koszt badań lekarskich kwalifikujących do programu, zabiegów rehabilitacyjnych podstawowych i dodatkowych, materiałów, koszty przeprowadzenia kampanii informacyjnej, inne – należy wymienić

.....  
 Data i miejsce sporządzenia oferty

.....  
 podpisy osób uprawnionych  
 do reprezentacji podmiotu

Wymagane załączniki do oferty:

1. wypis z właściwego rejestru,
2. statut oferenta
3. zaświadczenie o nr NIP
4. zaświadczenie o nr REGON
5. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia
6. oświadczenie oferenta o spełnianiu wymagań, niezbędnych do realizacji programu zdrowotnego, określonych w ogłoszeniu,
7. oświadczenie oferenta o nier refundowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielanych świadczeń zdrowotnych,
8. oświadczenie o zawarciu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, tj.) wraz z potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopią umowy ubezpieczenia,
9. referencje potwierdzające rzetelne i terminowe wywiązanie się z umów zawartych w ciągu ostatnich trzech lat z jednostkami samorządu terytorialnego, w zakresie realizacji programów zdrowotnych lub udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.



## UMOWA

zawarta w dniu ..... 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

..... reprezentowaną 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 2014 r., zgodnie z ogłoszeniem o konkursie oraz ofertą Wykonawcy z dnia ..... r.
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 35 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:
  - 1) dla terapii w cyklu dwutygodniowym ..... zł,
  - 2) dla terapii w cyklu czterotygodniowym ..... zł.
7. Szczegółowy opis działań w ramach realizacji Programu, w tym zasady organizacji i udzielania świadczeń zdrowotnych znajdują się w formularzu ofertowym stanowiącym integralną część umowy.
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 24.12.2014 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).
3. Faktura VAT będzie wystawiona do 7 dni po zakończeniu każdego cyklu dwu- lub czterotygodniowego, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Za świadczenia wykonane w grudniu 2014 dokumenty, o których mowa w ust. 2 należy przedłożyć do dnia 29 grudnia 2014 r.
5. 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.
6. Wykonawca zobowiązuje się po zakończeniu realizacji zadania przedstawić całkowite rozliczenie merytoryczno-finansowe do dnia 9 stycznia 2015 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 - .....
- 2) ze strony Wykonawcy - .....

### § 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:

**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 2014 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. 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  
zadanie

.....  
Podpis osoby odpowiedzialnej  
za realizację zadania