

## Załącznik Nr 2 do Szczegółowych warunków konkursu ofert

### Wzór umowy na realizację zadania pn. „Prowadzenie grupy wsparcia dla osób z zaburzeniami psychogeriatrycznymi”

#### UMOWA ZLECENIE Nr .....

zawarta w dniu.....pomiędzy niżej wymienionymi stronami:

**Wrocławskim Centrum Zdrowia Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej** z siedzibą we Wrocławiu ul. Podróżnicza 26/28, NIP 894-24-60-800 , Regon 000313331, Sąd Rejonowy Dla Wrocławia – Fabrycznej VI Wydział Gosp KRS 0000062603 reprezentowanym przez :

**Wojciecha Skibę**– Dyrektora Wrocławskiego Centrum Zdrowia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

zwanym w dalszej treści umowy Zleceniodawcą a:

Nazwa placówki/ Imię i nazwisko : .....

Adres: .....

zarejestrowaną w rejestrze:..... pod nr.....

NIP..... Regon..... Pesel .....

Reprezentowaną przez: .....

zwanym w dalszej treści umowy **Zleceniobiorcą**.

Zawarta na podst. Art. 27 w związku z art. 26 ustawy o działalności leczniczej.

#### §1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest:

**Realizacja zadania pn. „Prowadzenie grupy wsparcia dla osób z zaburzeniami psychogeriatrycznymi”, zgodnie z przedstawioną ofertą i Szczegółowymi Warunkami Konkursu stanowiącymi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.**

2. Wykonanie przedmiotowej umowy odbędzie się w następujących miejscach:

.....  
.....

#### § 2

1. **Zleceniobiorca** oświadcza, że posiada udokumentowane kwalifikacje do jego wykonania.

2. **Zleceniobiorca** oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności.

3. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do kontynuowania ubezpieczenia, przez cały okres obowiązywania umowy

4. **Zleceniobiorca** oświadcza, że samodzielnie rozlicza się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em. *\*(nie dotyczy osób nie prowadzących działalności gospodarczej)*
5. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości wymaganych przepisami prawa.

### § 3

**Zleceniobiorca** zobowiązuje się do:

- a/ Realizacji programu, zgodnie ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy, w okresie **od dnia podpisania umowy do 30.11.2019 r.** oraz harmonogramem stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
- b/ Składania okresowych sprawozdań z realizacji programu na przygotowanym przez Wrocławskie Centrum Zdrowia druku (załączniki: nr 3, 3a, 3b, 4 do niniejszej umowy) wraz z fakturą/rachunkiem.
- c/ Zamieszczenia w widocznym miejscu informacji o realizacji programu i źródłach jego finansowania.

### § 4

1. Wynagrodzenie Realizatora zadania ustala się w wysokości iloczynu stawki za godzinę..... zł brutto oraz liczby godzin faktycznego prowadzenia spotkań Klubu Pacjenta, wynikających ze sprawozdania o którym mowa w § 3 lit. b, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Całkowity koszt przedmiotu umowy określonego w § 1 ust.1 wynosi: ..... zł (brutto)  
(słownie: ..... złotych) zgodnie z kosztorysem stanowiącym załącznik nr 5 do niniejszej umowy. Jeżeli koszty faktycznie poniesione przez Zleceniobiorcę będą niższe od kosztów określonych zgodnie z zdaniem pierwszym, co Zleceniobiorca wykaże w sprawozdaniu o którym mowa w § 3 lit. b, całkowity koszt przedmiotu zostaje obniżony do wysokości wskazanej w sprawozdaniu.
3. Zleceniobiorca przedłoży sprawozdania i rachunek do dnia 10-go następnego miesiąca. Okresami sprawozdawczymi są okresy miesiąca kalendarzowego.
4. Wynagrodzenie będzie płatne w terminie do 20-go następnego miesiąca pod warunkiem przedłożenia w terminie o którym mowa w ust 3 prawidłowego rachunku i sprawozdania oraz otrzymania środków z Gminy Wrocław. Prawidłowość sprawozdania i rachunku potwierdza osoba sprawująca nadzór nad realizacją zadania.
5. W przypadku przedłożenia prawidłowego sprawozdania lub rachunku po terminie o którym mowa w ust 3 , ale nie później niż do 25-go następnego miesiąca wynagrodzenie będzie płatne w terminie do ostatniego dnia miesiąca.
6. Złożenie sprawozdania lub rachunku po 25 dniu następnego miesiąca stanowić będzie nienależyte wykonanie umowy i skutkować będzie naliczeniem kary umownej o której mowa w § 5. W takim przypadku termin płatności wynosić będzie 14 dni od daty doręczenia prawidłowego rachunku i sprawozdania.
7. Zleceniobiorca przedłoży sprawozdania i rachunek za ostatni okres rozliczeniowy najpóźniej do dnia **10.12.2019 r**

8. Wypłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto **Zleceniobiorcy**:

.....

9. Przedłożenie sprawozdania lub rachunku po dacie, o której mowa w ust.7 oznacza zrzeczenie się przez **Zleceniobiorcę** roszczenia o wynagrodzenie za objęty nimi okres.

#### § 5

1. W przypadku nieterminowego wykonania umowy lub niezgodnego z zawartymi ustaleniami **Zleceniodawca** może odpowiednio do sytuacji:

a) wstrzymać wypłatę wynagrodzenia do czasu wykonania przedmiotu umowy,

b) rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym bez wypłaty części lub całości wynagrodzenia.

2. W przypadku wykonania przedmiotu umowy niezgodnie z zawartymi w umowie ustaleniami **Zleceniodawca może naliczyć Zleceniobiorcy** karę umowną w wysokości do 10% łącznego wynagrodzenia o którym mowa w § 4 ust. 2 za każdą nieprawidłowość.

3. Jeżeli szkoda przewyższa wysokość kary umownej, stronie uprawnionej przysługuje roszczenie o zapłatę odszkodowania uzupełniającego do wysokości faktycznie poniesionej szkody.

4. **Zleceniobiorca** wyraża zgodę na potrącenia kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia.

#### § 6

**Zleceniodawca** zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wyrywkowej kontroli sposobu i terminów wykonania umowy bez konieczności wcześniejszego zawiadomienia **Zleceniobiorcy**.

#### § 7

1. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją przedmiotu umowy przez **5 lat, licząc** od początku roku następującego po roku, w którym Oferent realizował zadanie.

2. WCZ SPZOZ jako administrator danych osobowych powierza Zleceniobiorcy przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym dla realizacji niniejszej umowy.

3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych oraz obowiązujących w WCZ SPZOZ instrukcji i procedur z tym związanych oraz poleceń osób wyznaczonych przez administratora danych osobowych do realizacji w/w zadań.

#### § 8

Wszelkie zmiany lub uzupełnienia umowy wymagają zachowania formy pisemnej w postaci aneksu do umowy podpisanego przez obie strony pod rygorem nieważności.

## § 9

1. Umowę zawiera się na okres od dnia podpisania umowy do 30.11.2019
2. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, **Zleceniodawca** może wypowiedzieć umowę z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia.

## § 10

W sprawach nie uregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego i ustawy o działalności leczniczej.

## § 11

Spory mogące wyniknąć w związku z realizacją umowy *Strony* zobowiązują się rozwiązać polubownie na drodze mediacji. W razie braku porozumienia spory będzie rozstrzygał sąd właściwy dla miejsca siedziby **Zleceniodawcy**.

## § 12

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach: jeden dla **Zleceniodawcy**, jeden dla **Zleceniobiorcy**.

**Zleceniobiorca**

**Zleceniodawca**

## Sprawozdanie z części realizacji Umowy

Lp.		Ogółem	w tym:	
			Kobiety	Mężczyźni
1	Liczba osób korzystających z Grupy Wsparcia			
2	Liczba osób nowych korzystających z Grupy Wsparcia			

1. Sprawozdanie statystyczne z realizacji umowy za okres .....

2. Liczba godzin ..... x stawka za godzinę ..... = .....

Dzień wykonywanych zadań	Data	Godziny wykonywanych zadań

3. Opinia i trudności na temat realizowanych zadań:

.....  
 .....

4. Do sprawozdania należy dołączyć załączniki: według wzoru lista osób – załącznik 3a, 3b.

.....

podpis Zleceniobiorcy

Załącznik nr 3a do umowy - Załącznik do sprawozdania

**Dotyczy**  
**okresu:** .....

Lp.	Rok urodzenia/wiek	Inicjały imienia i nazwiska	Po raz pierwszy czy kolejny?	Obecność - I ..... miesiąca	Obecność - II ..... miesiąca	Obecność - III ..... miesiąca	Obecność - IV ..... miesiąca
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

.....  
**Podpis Zleceniobiorcy**

**Lista obecności uczestników Programu**

**Nazwa programu/zadania – „Prowadzenie grupy wsparcia dla osób z zaburzeniami psychogeriatrycznymi”**

Data realizacji: .....

Czas realizacji: .....

Imię i nazwisko Zleceniobiorcy: .....

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych do celów statystycznych. Administratorem danych osobowych jest Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ. Wyrażenie zgody jest warunkiem uczestnictwa w Grupie wsparcia dla osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko uczestnika</b>	<b>Miejscowość zamieszkania</b>	<b>Rok urodzenia/wiek</b>	<b>Czytelny podpis uczestnika</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

.....  
Data i podpis zleceniobiorcy

**Załącznik nr 4 do Umowy**

Lp.		Ogółem	51-60 lat		61-70 lat		71-80 lat		Powyżej 80 lat	
			K	M	K	M	K	M	K	M
1.	Liczba osób korzystających ze wsparcia ogółem									
2	Liczba osób korzystających ze wsparcia po raz pierwszy									

.....

**Podpis Zleceniobiorcy**



**Załącznik nr 5 do umowy**

<b>Lp.</b>	<b>Zadanie do realizacji</b>	<b>Koszt jednostkowy (brutto)</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Koszt ogólny</b>	<b>Uwagi</b>
1					
	<b>Razem</b>				

.....  
Podpis Zleceniobiorcy