

UMOWA – ZLECENIE Nr/2017

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 **Wrocławskim Centrum Zdrowia SP ZOZ** a:

Nazwa placówki:

adres:

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

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

Reprezentowaną przez:

zwanym w dalszej treści umowy **Realizatorem Zadania**.

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

§1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest:

Realizacja zadania pn. „Aktywność ruchowa w profilaktyce cukrzycy i zaburzeniach metabolicznych”,

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. **Realizator Zadania** oświadcza, że posiada udokumentowane kwalifikacje do jego wykonania.

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

3. **Realizator Zadania** zobowiązuje się do kontynuowania ubezpieczenia, przez cały okres

- obowiązania umowy
4. **Realizator Zadania** oświadcza, że samodzielnie rozlicza się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em .
 5. **Realizator Zadania** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości wymaganych przepisami prawa.

§ 3

Realizator Zadania zobowiązuje się do:

a/ Realizacji programu zgodnie ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu w okresie

od dnia podpisania umowy do 30.11.2017 r.

oraz harmonogramem stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

b/ Składania okresowych sprawozdań z realizacji zadania na przygotowanym przez Wrocławskie Centrum Zdrowia druku (załączniki: nr 3, 4 do niniejszej umowy) wraz z fakturą/rachunkiem za wykonanie przedmiotu umowy w terminie do 14 dni po zakończeniu okresu sprawozdawczego:

I. okres sprawozdawczy od dnia podpisania umowy – 30. 04. 2017,

II. okres sprawozdawczy od 01.05.2017– 30. 06. 2017,

III. okres sprawozdawczy od 01.07.2017– 31. 08. 2017,

(III okres sprawozdawczy dotyczy tylko Realizatorów prowadzących zajęcia z Nordic Walking lub na basenie kąpielowym w miesiącach lipiec- sierpień)

IV. okres sprawozdawczy od 01.09. 2017 – 30.11. 2017,

c/ Zamieszczenia w widocznym miejscu informacji o realizacji zadania i źródłach jego finansowania.

d/ Prowadzenia karty obecności uczestników zadania na poszczególnych zajęciach zgodnie

z załącznikiem nr. 5 do umowy. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli braku listy obecności Zleceniodawca uzna zajęcia za niezrealizowane oraz nie dokona za nie zapłaty.

e/ Prowadzenia dokumentacji medycznej wymaganej przepisami prawa i przechowywania dokumentacji związanej z realizacją zadań **przez 5 lat**, licząc od początku roku następującego po roku, w którym realizowane było Zadanie.

§ 4

1. Całkowity koszt przedmiotu umowy określonego w § 1 ust.1 wynosi: **zł** (brutto) (słownie: **tysięcy złotych**), zgodnie z kosztorysem stanowiącym załącznik nr 6 do niniejszej umowy. Jeżeli koszty faktycznie poniesione przez Realizatora Zadania będą niższe od kosztów określonych zgodnie z zdaniem pierwszym, co Realizator Zadania wykaże w sprawozdaniu o którym mowa w ust. 2, całkowity koszt przedmiotu zostaje obniżony do wysokości wskazanej w sprawozdaniu.
2. Rozliczenie finansowe przedmiotowej umowy nastąpi w ratach za poszczególne okresy sprawozdawcze wyszczególnione w §3 pkt b, do 14 dni po przedłożeniu przez **Realizatora Zadania** faktury/rachunku i sprawozdania oraz zatwierdzeniu tych dokumentów przez koordynatora programu ze strony **Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ** oraz będzie płatne po otrzymaniu środków finansowych z *Gminy Wrocław*
3. Wypłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto:
.....
4. **Realizator Zadania** przedłoży sprawozdanie i rachunek za ostatni okres rozliczeniowy najpóźniej do dnia **15.12.2017**.

5. Przedłożenie sprawozdania lub rachunku po dacie, o której mowa w ust.4 oznacza zrzeczenie się przez **Realizatora Zadania** roszczenia o wynagrodzenie za objęty nimi okres.

§ 5

1. W przypadku nieterminowego wykonania umowy lub niezgodnego z zawartymi ustaleniami **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ** może odpowiednio do sytuacji:
 - a) wstrzymać wypłatę wynagrodzenia do czasu wykonania przedmiotu umowy,
 - b) rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym z zapłatą wynagrodzenia wyłącznie za należycie wykonaną część przedmiotu umowy.
2. W przypadku wykonania przedmiotu umowy niezgodnie z zawartymi w umowie ustaleniami **Realizator Zadania** zapłaci **Wrocławskiemu Centrum Zdrowia SP ZOZ** karę umowną w wysokości 10% łącznego wynagrodzenia o którym mowa w § 4.
3. Jeżeli szkoda przewyższa wysokość kary umownej, stronie uprawnionej przysługuje roszczenie o zapłatę odszkodowania uzupełniającego do wysokości faktycznie poniesionej szkody.
4. **Realizator Zadania** wyraża zgodę na potrącenia kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia.

§ 6

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wrywkowej kontroli sposobu i terminów wykonania umowy bez konieczności wcześniejszego zawiadomienia **Realizatora Zadania**.

§ 7

1. Wszystkie opracowania oraz inne materiały jakie **Realizatora Zadania** sporządzi wykonując przedmiot umowy, stanowią własność Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ.
2. Strony oświadczają, że podczas współpracy, **Realizatora Zadania** może mieć dostęp i mogą być mu powierzane informacje o charakterze poufnym, tajemnice przedsiębiorstwa, związane z działalnością WCZ SPZOZ i pacjentów. Obejmuje to w szczególności informacje i tajemnice związane z treścią współpracy, wszelkimi informacjami związanymi ze współpracą oraz wszelkie informacje związane z wykonaniem współpracy, niezależnie od formy uzyskania, nośnika i źródła tych informacji; modelem świadczenia usług; strategią marketingową, rozwojem i planami przedsiębiorstwa i innymi podobnymi dokumentami; procedurami operacyjnymi, sprawozdaniami, zwyczajami firmowymi, informacjami technicznymi i know-how związanymi z działalnością gospodarczą WCZ SPZOZ, które nie są podane do wiadomości publicznej, sprzedażą, polityką cenową i rabatową, informacjami, które nie są podane do wiadomości publicznej, powierzonymi jej informacjami poufnymi dotyczącymi podmiotów trzecich, zwane dalej "Informacjami"
3. **Realizatora Zadania** zobowiązuje się nie ujawniać informacji, nie przekazywać osobom trzecim oraz nie wykorzystywać w celu innym niż wykonanie współpracy w trakcie jej trwania, a także bezterminowo po jej rozwiązaniu (za wyjątkiem uprzedniej pisemnej zgody WCZ SPZOZ oraz sytuacji związanych z wymogami prawa) jak również bez ograniczeń przestrzennych – na terenie wszystkich państw.
4. WCZ SPZOZ jako administrator danych osobowych powierza **Realizatora Zadania** przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym dla realizacji niniejszej umowy.
5. **Realizatora Zadania** 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 listopada 2017
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, **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ** 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 **Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ**.

§ 12

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach: jeden dla **Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ**, jeden dla **Realizatora Programu**.

Realizator Zadania

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

**Sprawozdanie merytoryczno-finansowe z części realizacji zadania
pn. „Aktywność ruchowa w profilaktyce cukrzycy i zaburzeniach metabolicznych ”
w roku.**

<i>pieczęć realizatora zadania</i>

umowa nr

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

Lp.		Ogółem	Do 20 lat		21-40 lat		41-50 lat		51-60 lat		Powyżej 60 lat	
			K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
1.	Liczba osób korzystających z programu											
2.	Liczba osób nowoprzyjętych do programu											
3.	Liczba osób z cukrzycą											
4.	Liczba osób z innymi zaburzeniami metabolicznymi											
5.	Liczba osób biorąca udział w zajęciach ruchowych na sali											
6.	Liczba osób biorąca udział na basenie kąpielowym											
7.	Liczba osób biorąca udział w zajęciach Zajęcia w terenie											

2. Frekwencja na poszczególnych zajęciach: zajęcia ruchowe na sali.....%, zajęcia na basenie kąpielowym.....%, zajęcia w terenie.....%,

3. Uwagi dotyczące realizowanych zadań i ewentualne problemy:

.....

4. Sprawozdanie finansowe z realizacji zadania za okres.....

Koszty rzeczowe

Lp.	Rodzaj/nazwa towaru/usługi	Koszt jednostkowy (brutto)	Ilość	Koszt ogólny (brutto)	Uwagi (nr rachunku, faktury)
1					
2					
3					
RAZEM					

Koszty osobowe

Lp.	Zadanie do realizacji	Koszt jednostkowy godziny (brutto)	Liczba godzin	Koszt ogólny (brutto)
1				
2				
3				
RAZEM				

do zapłaty:zł. słownie

5. Do sprawozdania należy dołączyć załączniki: imienny wykaz uczestników zadania, karty obecności uczestników zadania na poszczególnych zajęciach.

.....
data i podpis koordynatora zadania

.....
podpis Dyrektora / Kierownika

pieczęć realizatora zadania

Imienny wykaz uczestników zadania

l.p.	Imię i Nazwisko	Rok urodzenia	Adres			Rodzaj schorzenia *	Rodzaj zajęć i liczba zajęć		
			ulica	dom	kod pocztowy		Sala	Basen	Teren

rodzaj schorzenia*

1-cukrzyca

0-inne zaburzenia metaboliczne

Sprawozdanie ewaluacyjne z realizacji zadania
pn. „Aktywność ruchowa w profilaktyce cukrzycy i zaburzeniach metabolicznych”
w roku.

<i>pieczęć realizatora zadania</i>

1. Sprawozdanie z realizacji umowy nr za okres..... r.

Lp.		Ogółem	Do 20 lat		21-40 lat		41-50 lat		51-60 lat		Powyżej 60 lat	
			K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
1.	Liczba osób korzystających z programu											
2.	Liczba osób nowoprzyjętych do programu											
3.	Liczba osób z cukrzycą											
4.	Liczba osób z innymi zaburzeniami metabolicznymi											
5.	Liczba osób biorąca udział w zajęciach ruchowych na sali											
6.	Liczba osób biorąca udział na basenie kąpielowym											
7.	Liczba osób biorąca udział w zajęciach Zajęcia w terenie											

2. Frekwencja na poszczególnych zajęciach: zajęcia ruchowe na sali.....%, zajęcia na basenie kąpielowym.....%, zajęcia w terenie.....%,

3. Uwagi dotyczące realizowanych zadań i ewentualne problemy:

.....

4. Sprawozdanie finansowe z realizacji programu za okres.....

Koszty rzeczowe

Lp.	Rodzaj/nazwa towaru/usługi	Koszt jednostkowy (brutto)	Ilość	Koszt ogólny (brutto)	Uwagi (nr rachunku, faktury)
1					
2					
3					
4					
RAZEM					

Koszty osobowe

Lp.	Zadanie do realizacji	Koszt jednostkowy godziny (brutto)	Liczba godzin	Koszt ogólny (brutto)
1				
2				
3				
4				
5				
RAZEM				

Kwota zaplanowana na wykonanie zadaniazł.

Kwota wydatkowania na wykonanie zadaniazł.

5. Uzasadnienie dotyczące niewykorzystania przyznanej kwoty na realizację zadania:

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

.....
data i podpis koordynatora zadania

.....
podpis Dyrektora / Kierownika

Koszty rzeczowe

Lp.	Rodzaj/nazwa towaru/usługi	Koszt jednostkowy (brutto)	Ilość	Koszt ogólny	Uwagi
1					
2					
3					
4					
	RAZEM				

Koszty osobowe

Lp.	Zadanie do realizacji	Koszt jednostkowy godziny (brutto)	Liczba godzin	Koszt ogólny	Uwagi
1					
2					
3					
4					
	RAZEM				

.....
podpis Dyrektora / Kierownika