

## 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 lub Zleceniodawcą** a:

Nazwa placówki: .....

Adres: .....

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

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

Reprezentowaną przez: .....

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

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

### §1

1.Przedmiotem niniejszej umowy jest:

- Przeprowadzenie przez lekarza stomatologa zajęć edukacyjnych z zakresu profilaktyki choroby próchnicowej zębów dla rodziców dzieci w wieku 3-5 lat na terenie przedszkola. W każdym przedszkolu zajęcia należy przeprowadzić dwukrotnie tj. I raz - w okresie marzec-czerwiec, II raz - po wakacyjnej przerwie w okresie wrzesień- listopad, dla tych rodziców, których dzieci zostały przyjęte do przedszkola po rekrutacji. Zaleca się, by zajęcia zostały przeprowadzone podczas zebrań organizacyjnych z rodzicami ze względu na jak największą frekwencję lub miały formę konsultacji z lekarzem stomatologiem.

*W przypadku kiedy lekarz stomatolog pojedzie do przedszkola przeprowadzić umówione spotkanie z rodzicami, na którym będzie zerowa frekwencja, musi przedstawić u koordynatora programu potwierdzenie ze strony przedszkola, że zgłosił się w tym dniu na umówione spotkanie oraz listę osób, które były zapisane w danym dniu na umówione spotkanie, w przeciwnym razie zajęcia z zerową frekwencją nie będą zakwalifikowane do zapłaty dla Zleceniobiorcy.*

- Przeprowadzenie w przedszkolu przez lekarza stomatologa lub lekarza stomatologa wraz z asystentką stomatologiczną dwóch 30 minutowych spotkań dla każdej grupy przedszkolnej w odstępach minimum 3 miesięcy w okresie od marca do listopada br. W przypadku grup przedszkolnych obecnych 5-latków oraz przystępujących od września 3-latków będzie to tylko jedno spotkanie 30-minutowe. W trakcie spotkania z dziećmi, stomatolog powinien

przeprowadzić instruktaż szczotkowania zębów, a jeżeli warunki sanitarne na to nie pozwalają, przeprowadzić szczotkowanie „na sucho”.

Celem spotkań jest motywowanie dzieci do przestrzegania zaleceń higienicznych i dietetycznych. Zajęcia powinny być prowadzone metodami aktywnymi z wykorzystaniem środków dydaktycznych.

- Wykonanie przeglądu stomatologicznego jamy ustnej u dzieci, w ramach świadczeń zdrowotnych, finansowych z NFZ lub własnego wkładu finansowego Oferenta.

2. Wykonanie przedmiotowej umowy odbędzie się w następujących miejscach:

.....

## § 2

1. **Realizator Zadania** oświadcza, że zadanie zostanie zrealizowane przez osoby posiadające 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 obowiązywania umowy
4. **Realizator Zadania** oświadcza, że samodzielnie rozlicza się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.

## § 3

**Realizator Zadania** zobowiązuje się do:

- a/ Realizacji programu, zgodnie ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu stanowiącymi załącznik nr 1 do niniejszej Umowy i oferty złożonej w konkursie, w okresie **od dnia podpisania umowy do 30.11.2017 r.**
- b/ Składania okresowych sprawozdań z realizacji programu na przygotowanym przez Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ druku (załączniki: nr 2, 3, 4-oddzielny dla każdej grupy przedszkolnej, do niniejszej umowy) wraz z fakturą/rachunkiem za wykonanie przedmiotu umowy w terminie do 14 dni po zakończeniu okresu sprawozdawczego, z zastrzeżeniem sprawozdania II, które musi być złożone do **12.12.2017**:
  - I. okres sprawozdawczy od dnia podpisania umowy – 30.06.2017,
  - II. okres sprawozdawczy od 01.09.2017 – 30.11.2017
- c/ Przedłożenie sprawozdania lub rachunku po dacie, o której mowa w pkt b oznacza zrzeczenie się przez **Realizatora Zadania** roszczenia o wynagrodzenie za objęty nimi okres.
- d/ Zamieszczenia w widocznym miejscu informacji o realizacji programu i źródłach jego finansowania.
- e/ Prowadzenia sprawozdawczości statystycznej wymaganej obowiązującymi przepisami prawa.

## § 4

1. **Strony** ustalają wynagrodzenie zgodnie z kalkulacją kosztów Zleceniobiorcy.
2. Z tytułu wykonywanej pracy **Zleceniobiorca** otrzyma wynagrodzenie wynikające

z iloczynu ilości przeprowadzonych zajęć edukacyjnych dla rodziców x ..... (koszt jednych zajęć brutto) oraz iloczynu ilości przeprowadzonych zajęć edukacyjnych dla dzieci z udziałem wychowawców przedszkoli x .....(koszt jednych zajęć brutto) -zgodnie z formularzem ofertowym. Łączna wartość umowy nie może przekroczyć kwoty.....

3. Rozliczenie finansowe przedmiotowej umowy nastąpi w ratach za poszczególne okresy sprawozdawcze wyszczególnione w §3 pkt b, w terminie 14 dni po przedłożeniu przez **Realizatora Programu** 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.

4. Wypłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto:

.....

## § 5

1. Strony mają prawo do naliczenia kar umownych, w następujących wysokościach:

a) Zleceniobiorca może naliczyć WCZ SPZOZ karę umowną w wysokości do 10% łącznego wynagrodzenia o którym mowa w § 4 w przypadku odstąpienia od umowy z winy Zleceniodawcy.

b) WCZ SPZOZ może naliczyć Zleceniobiorcy kary umowne:

- w wysokości 10% łącznego wynagrodzenia o którym mowa w § 4 w przypadku odstąpienia od umowy z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy,

- w przypadku nienależytego wykonywania umowy do 10 % łącznego wynagrodzenia o którym mowa w § 4 za każde stwierdzone uchybienie.

2. Kara winna zostać zapłacona w terminie 14 dni od dnia doręczenia Zleceniobiorcy powiadomienia WCZ SPZOZ o naliczeniu kary .

3. Każda ze stron wyraża zgodę na potrącenie naliczonej jej kary umownej z wierzytelności przysługującej jej wobec drugiej strony.

4. Naliczenie kary umownej nie wyłącza możliwości dochodzenia przez Zleceniodawcę odszkodowania , jeżeli szkoda przewyższa wysokość kary umownej.

## § 6

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

## § 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

**Realizator zadania** 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.

## § 9

1. **Strony** zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji niniejszej umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu obowiązujących przepisów prawnych w tym o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
2. Wszystkie opracowania oraz inne materiały jakie Realizator Programu sporządzi wykonując przedmiot umowy, stanowią własność Zleceniodawcy.
3. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przestrzegania przy realizacji umowy przepisów ustawy o ochronie danych osobowych.

## § 10

1. Wszelkie zmiany lub uzupełnienia umowy wymagają zachowania formy pisemnej w postaci aneksu do umowy podpisanego przez obie strony pod rygorem nieważności.
2. Każda ze Stron może rozwiązać umowę z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.

## § 11

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

## § 12

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**.

### § 13

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

Zleceniobiorca

Zleceniodawca

**Załącznik nr 2 do Umowy**

*Arkusz sprawozdawczy*  
**z realizacji programu**  
**pn. „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci w wieku przedszkolnym, 3-5 lat”**

Sprawozdanie częściowe za okres: od .....do .....

**1. Nazwa placówki medycznej realizującej program**

.....

**2. Dokładny adres placówki**

.....

3. Liczba przedszkoli objętych programem .....

3.1 Liczba dzieci, u których wykonane zostały przeglądy stomatologiczne .....

3.2 Ilość przeprowadzonych zajęć edukacyjnych z rodzicami .....x stawka za spotkanie (brutto)..... = .....zł (brutto)

3.3 Ilość przeprowadzonych zajęć edukacyjnych z nauczycielami i dziećmi ..... x stawka za przeprowadzone zajęcia (brutto) .....zł = .....zł (brutto)

**Kwota łączna .....zł**

**Uwagi**

.....

Data i podpis Realizatora

### Załącznik nr 3 do Umowy

Lista obecności potwierdzająca odbycie zajęć edukacyjnych dla rodziców/opiekunów.

Dane Przedszkola .....

Data.....

Temat zajęć edukacyjnych.....

Osoba prowadząca.....

Lp.	Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna	Podpis
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Podpis osoby prowadzącej zajęcia edukacyjne

Podpis dyrektora przedszkola

.....

.....

## Załącznik nr 4 do Umowy

Dokument potwierdzający przeprowadzenie zajęć edukacyjnych personelu pedagogicznego przedszkoli z udziałem dzieci –oddzielny załącznik dla każdej grupy przedszkolnej dzielonej wg wieku

Grupa przedszkolna (3-latki, 4-latki, 5-latki) .....

Dane identyfikacyjne przedszkola.....

Data przeprowadzonych zajęć edukacyjnych .....

Osoba prowadząca zajęcia (pieczęć placówki stomatologicznej)

.....

Krótki opis zajęć edukacyjnych:

Opinia placówki stomatologicznej na temat prowadzonych zajęć:

Podpis osoby prowadzącej zajęcia .....

Podpis dyrektora przedszkola lub osoby upoważnionej.....