

UMOWA ZLECENIE Nr DPZ.1150.....2020.BJÓ

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

I. 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:

II. Nazwa placówki:

adres:

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

NIP..... Regon.....

Reprezentowaną przez:

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

§1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest opracowanie i realizacja zadania pn. „ **Prowadzenie edukacji ukierunkowanej na profilaktykę powikłań cukrzycy – zespół stopy cukrzycowej**” 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 wykonania przedmiotu umowy.
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.
5. **Realizator Zadania** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości wymaganych przepisami prawa.

§ 3

Realizator Zadania zobowiązuje się do:

- a/ Realizacji zadania zgodnie ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu w okresie *od dnia podpisania umowy do 30.11.2020 r.* oraz harmonogramem stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
- b/ Składania okresowych sprawozdań z realizacji zadań na przygotowanym przez Wrocławskie Centrum Zdrowia druku (załączniki: nr 3, 4, 6, 7 do niniejszej umowy) wraz z fakturą/rachunkiem za wykonanie przedmiotu umowy w terminie do 14 dni po zakończeniu okresu sprawozdawczego z zastrzeżeniem III sprawozdania i sprawozdania ewaluacyjnego, które muszą być dostarczone w ciągu 10 dni od jego zakończenia:
 - I. okres sprawozdawczy od dnia zawarcia umowy – 30. 04. 2020,
 - II. okres sprawozdawczy od 01.05. 2020 – 31. 07. 2020,
 - III. okres sprawozdawczy od 01.08. 2020 – 30. 11. 2020,
- c/ Zamieszczenia w widocznym miejscu informacji o realizacji zadania i źródłach jego finansowania.

§ 4

1. Całkowity koszt przedmiotu umowy określonego w § 1 ust.1 wynosi: **zł** (brutto) (słownie: **złoty**), zgodnie z kosztorysem stanowiącym załącznik nr 5 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. Koszty uważa się za zgodne z kosztorysem stanowiącym załącznik nr 5 do niniejszej umowy jeżeli przesunięcie kosztów pomiędzy pozycjami kosztorysu jest nie większe niż 10% wartości danej pozycji.
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 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
4. Wypłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto:
.....

§ 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 za 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 za każde naruszenie.
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

Realizator Zadania zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją zadania **przez 5 lat**, licząc od początku roku następującego po roku, w którym realizował Zadanie.

§ 7

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

§ 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 2020
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. „Profilaktyka zespołu stopy cukrzycowej” w 2020 roku.**

pieczęć realizatora zadania

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

Lp.		Ogółem	Do 20 lat		21- 30 lat		31-40 lat		41-50 lat		51-60 lat		61-70 lat		71-80 lat		Powyżej 80-lat	
			K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
I	Indywidualna edukacja pielęgnarska w zakresie umiejętności samoobserwacji i samooceny																	
1	Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej po raz pierwszy																	
2	Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej po raz kolejny																	
II	Edukacja zdrowotna w grupach pacjentów o podobnych problemach zdrowotnych																	
1	Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej																	

Lp.		Ogółem	Do 20 lat		21- 30 lat		31-40 lat		41-50 lat		51-60 lat		61-70 lat		71-80 lat		Powyżej 80-lat	
			K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
III	Edukacja indywidualna pacjentów w zakresie pielęgnacji stóp ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania modzelom i odciskom																	
1.	Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej po raz pierwszy																	
2.	Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej kolejny raz																	
IV	Porady oraz konsultacje dotyczące doboru obuwia zdrowotnego oraz wkładek korygujących																	
1.	Liczba osób korzystających z porad																	

2. Proszę opisać wyniki uzyskane podczas realizacji zadań:

.....

.....

3 Uwagi dotyczące realizowanych zadań i ewentualne problemy:

.....

.....

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

Koszty;

Lp.	Zadanie do realizacji	Koszt jednostkowy usługi (brutto)	Liczba usług	Koszt ogólny (brutto)
1.				
2.				
3.				
4.				
RAZEM				

do zapłaty:zł. Słownie

5. Do sprawozdania należy dołączyć załączniki: według wzoru lista osób korzystających z zadania lista osób biorących udział w poszczególnych szkoleniach grupowych wraz z tematyką szkoleń, materiały edukacyjno-informacyjne itp.

.....
data i podpis koordynatora zadania

.....
podpis Dyrektora / Kierownika

**Sprawozdanie ewaluacyjne z realizacji
Zadania pn. „Profilaktyka zespołu stopy cukrzycowej” w 2020 roku.**

pieczęć realizatora zadania

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

Lp.		Ogółem	Do 20 lat		21- 30 lat		31-40 lat		41-50 lat		51-60 lat		61-70 lat		71-80 lat		Powyżej 80-lat	
			K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
I	Indywidualna edukacja pielęgniarstwa w zakresie umiejętności samoobserwacji i samooceny																	
1	Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej po raz pierwszy																	
2	Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej po raz kolejny																	
II	Edukacja zdrowotna w grupach pacjentów o podobnych problemach zdrowotnych																	
1	Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej																	

Lp.		Ogółem	Do 20 lat		21- 30 lat		31-40 lat		41-50 lat		51-60 lat		61-70 lat		71-80 lat		Powyżej 80-lat	
			K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
III	Edukacja indywidualna pacjentów w zakresie pielęgnacji stóp ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania modzelom i odciskom																	
1.	Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej po raz pierwszy																	
2.	Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej kolejny raz																	
IV	Porady oraz konsultacje dotyczące doboru obuwia zdrowotnego oraz wkładek korygujących																	
1.	Liczba osób korzystających z porad																	

2. Proszę opisać wyniki uzyskane podczas realizacji zadań:

.....

3. Opinia na temat realizowanych zadań i ewentualne problemy:

.....

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

Koszty :

Lp.	Zadanie do realizacji	Koszt jednostkowy usługi (brutto)	Liczba usług	Koszt ogólny (brutto)
1.				
2.				
3.				
4.				
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

Załącznik nr 5 do umowy

Koszty :

Lp.	Zadanie do realizacji	Koszt jednostkowy usługi (brutto)	Liczba usług	Koszt ogólny (brutto)
1.				
2.				
3				
4.				
RAZEM				

.....
data i podpis koordynatora zadania

.....
podpis Dyrektora / Kierownika

Imienny wykaz uczestników zadania

załącznik nr 6 do umowy

pieczęć realizatora zadania

l.p.	Kod identyfikujący pacjenta	Rok urodzenia	Miejscowość zamieszkania	Rodzaj schorzenia*	Edukacja indywidualna pacjentów w zakresie pielęgnacji i samodzielnego opatrywania ran		Edukacja indywidualna w zakresie umiejętności samoobserwacji i samooceny stóp		Edukacja zdrowotna prowadzona przez kosmetologa/podologa		Poradnictwo zdrowotne porady oraz konsultacje dotyczące doboru obuwia zdrowotnego	
					P*	K*	P*	K*	P*	K*	P*	K*
	*katalogu ICD10											

*P - pierwszorazowa

*K - kolejna

Załącznik nr 7 do Umowy

Edukacja zdrowotna w grupach pacjentów o podobnych problemach zdrowotnych

Data

Temat szkolenia:

Lp.	Kod identyfikujący pacjenta	Rok urodzenia, miejscowość zamieszkania	Podpis
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Podpis osoby prowadzącej edukację

.....