

**ZARZĄDZENIE NR B.0050.2 .2025**  
**BURMISTRZA MIASTA BIERUNIA**

z dnia 10 stycznia 2025 r.

**w sprawie ogłoszenia konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2025 w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 1465 z późn. zm.) oraz art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.).

**BURMISTRZ MIASTA BIERUNIA**

**postanawia:**

§ 1. Ogłosić konkurs na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej "Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych".

§ 2. Treść ogłoszenia konkursu stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 3. Szczegółowe Warunki Konkursu stanowią załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 4. Zobowiązać Wydział Promocji i Spraw Społecznych do zapoznania się z treścią niniejszego zarządzenia.

§ 5. Wykonanie i aktualizację treści zarządzenia powierzyć Naczelnikowi Wydziału Promocji i Spraw Społecznych.

§ 6. Nadzór nad realizacją zarządzenia powierzyć Sekretarzowi Miasta.

§ 7. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**OGŁOSZENIE KONKURSU NA WYBÓR  
REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ W ROKU 2025  
W ZAKRESIE REHABILITACJI DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
Z TERENU GMINY BIERUŃ W WARUNKACH DOMOWYCH**

**BURMISTRZ MIASTA BIERUNIA**

działając na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.),

**ogłasza**

konkurs na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej:  
**„Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu  
Gminy Bieruń w warunkach domowych”**

**I. Przedmiot konkursu**

1. Przedmiotem konkursu jest wyłonienie oferenta na realizację w 2025 r. programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych. Podstawą realizacji jest program polityki zdrowotnej przyjęty Uchwałą Nr XIV/11/2024 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 28 listopada 2024 r. wraz ze zmianą wprowadzoną Uchwałą Nr I/6/2025 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 7 stycznia 2025 r.
2. W ramach programu przewiduje się objęcie świadczeniem ok. 40 dzieci niepełnosprawnych w przedziale wiekowym 0 – 18 lat. Adresatami docelowymi programu są dzieci ze znacznymi zaburzeniami rozwoju w zakresie ośrodkowego układu nerwowego i układu ruchu, które mają trudności z dotarciem do placówek ambulatoryjnych.

**II. Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej**

1. Spełnienie wszystkich wymagań wynikających z oświadczeń i dokumentów, których listę przedstawiono w Szczegółowych Warunkach Konkursu (SWK) oraz innych wymagań tam określonych.
2. Wskazanie do realizacji programu Zespołu Rehabilitacji Domowej, w skład którego wchodzi:
  - kierownik zespołu – lekarz rehabilitacji medycznej, posiadający doświadczenie w pracy – leczeniu dzieci, szczególne z MPD,
  - 5-7 fizjoterapeutów (magistrów rehabilitacji ruchowej, fizjoterapii), posiadających min. dwuletni staż w prowadzeniu rehabilitacji dzieci, szczególnie z MPD.
3. Szczegółowe Warunki Konkursu, w tym projekt umowy, obowiązujące formularze oferty, dostępne są w Urzędzie Miejskim w Bieruniu, ul. Rynek 14 (segment B, pokój nr 312) w godzinach urzędowania oraz na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Miasta Bieruń w zakładce: „Ogłoszenia urzędowe”, dalej „Program zdrowotny”.

Oferty można składać w Urzędzie Miejskim w Bieruniu, ul. Rynek 14 (kancelaria - parter) w terminie do **24 stycznia 2025 r.**

## **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU**

### **NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ „UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE REHABILITACJI DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z TERENU GMINY BIERUŃ W WARUNKACH DOMOWYCH”**

#### **I. Zamawiający**

Zamawiającym jest Gmina Bieruń reprezentowana przez Burmistrza Miasta.

Adres: 43-150 Bieruń, ul. Rynek 14

telefon: 32/ 708-09-53

Strona internetowa: [www.bierun.pl](http://www.bierun.pl)

Godziny urzędowania: poniedziałek od 7<sup>30</sup> do 17<sup>00</sup>, wtorek, środa, czwartek od 7<sup>30</sup> do 15<sup>30</sup>,  
piątek od 7<sup>30</sup> do 14<sup>00</sup>.

#### **II. Warunki przystąpienia do konkursu ofert**

1. Prowadzenie działalności leczniczej na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 799).
2. Zgodność wykonywania usług medycznych w zakresie wymaganym w konkursie ofert ze statutem podmiotu wykonującego działalność leczniczą składającego ofertę.

#### **III. Informacje uzupełniające**

1. Wszystkie informacje przedstawione w niniejszych Szczegółowych Warunkach Konkursu (SWK) przeznaczone są wyłącznie do przygotowania oferty.
2. Ilekroć w SWK zastosowane jest pojęcie „ustawa” bez bliższego określenia, dotyczy ono ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.),
3. Wszystkie koszty związane z przygotowaniem i dostarczeniem oferty ponosi oferent.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo:
  - zmiany lub uzupełnienia treści Szczegółowych Warunków Konkursu. Zmiana może mieć miejsce w każdym czasie, przed upływem terminu do składania ofert. W przypadku wprowadzenia takiej zmiany, informacja o tym zostanie niezwłocznie zamieszczona na stronie internetowej Zamawiającego oraz przekazana wszystkim oferentom, którzy znajdują się na liście pobranych Szczegółowych Warunków Konkursu prowadzonej przez Zamawiającego i będzie dla nich wiążąca,
  - przedłużenia terminu składania ofert,
  - odwołania konkursu.

#### **IV. Udzielanie wyjaśnień**

1. Zamawiający nie przewiduje zorganizowania zebrania informacyjnego oferentów.
2. Osobą uprawnioną do kontaktów z oferentami jest Anna Mokry, tel. 32/708 09 53.

#### **V. Opis przedmiotu konkursu**

1. Przedmiotem konkursu jest rehabilitacja dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych.
2. Podstawą realizacji jest program polityki zdrowotnej przyjęty Uchwałą Nr XIV/11/2024 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 28 listopada 2024 r. wraz ze zmianą wprowadzoną Uchwałą Nr I/6/2025 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 7 stycznia 2025 r. Realizacja świadczenia zdrowotnego nie może być sprzeczna z tym programem.
3. Adresatem programu są dzieci niepełnosprawne w przedziale wiekowym 0 – 18 lat

ze znacznymi zaburzeniami rozwoju w zakresie ośrodkowego układu nerwowego i układu ruchu, które mają trudności z dotarciem do placówek ambulatoryjnych.

Szacunkowa ilość dzieci ubezpieczonych objętych przedmiotowym świadczeniem zdrowotnym w ramach programu polityki zdrowotnej wynosi ok. 40.

4. Zgłaszanie dzieci niepełnosprawnych odbywać się będzie poprzez skierowanie objęcia leczeniem wystawionym w szczególności przez lekarza rodzinnego, pediatrę, neurologa i weryfikację stanu chorego przez Kierownika Zespołu Rehabilitacji Domowej - lekarza rehabilitacji medycznej. Dla dzieci od 2. roku życia wymagane jest posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności.

## **VI. Zespół Rehabilitacji Domowej:**

### **1. Skład:**

- a) Kierownik Zespołu - lekarz rehabilitacji medycznej, posiadający doświadczenie w pracy - leczeniu dzieci szczególnie z MPD;
- b) 5-7 fizjoterapeutów (magistrów rehabilitacji ruchowej, fizjoterapii), posiadających doświadczenie - min. 2 letni staż w prowadzeniu rehabilitacji dzieci, szczególnie z MPD

### **2. Zadania:**

- a) Kierownik Zespołu – lekarz rehabilitacji medycznej kieruje i organizuje pracę zespołu, ustala diagnozę, stopień i rodzaj dysfunkcji w oparciu o plan leczenia, który zawiera m.in. stopień pilności wynikający z rozpoznania i stanu klinicznego pacjenta, długość poszczególnych etapów, częstotliwość i czas trwania zabiegów. Odpowiada za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej przez wszystkich członków zespołu. Zobowiązany jest również do ścisłej współpracy z lekarzem rodzinnym.
- b) Fizjoterapeuci - prowadzenie rehabilitacji na podstawie ustalonego z kierownikiem planu leczenia, instruktaż posługiwania się przedmiotami ortopedycznymi, prowadzenie dokumentacji wykonanych zabiegów (karta zabiegowa, rehabilitacji) i oceny funkcjonalnej pacjenta.
- c) Rehabilitację należy prowadzić wspólnie z udziałem członków rodziny/opiekunów, co ma zapewnić możliwość kontynuacji rehabilitacji pacjenta po zakończeniu cyklu zabiegów rehabilitacyjnych oraz ich systematyczność.
- d) Sugerowany czas trwania i częstotliwość rehabilitacji dla jednej osoby objętej przedmiotowym programem to min. 45 minut. Częstotliwość ustalana jest zgodnie z zaleceniami Kierownika Zespołu Rehabilitacji Domowej, jednak nie mogą być one rzadsze niż 1 wizyta na tydzień.
- e) Z tytułu realizacji rehabilitacji Zespół Rehabilitacji Domowej nie może pobierać żadnych opłat od osób objętych świadczeniem realizacji programu, w tym za sprzęt i aparaturę wykorzystywaną w czasie rehabilitacji.
- f) Realizator przedmiotowego programu obowiązany jest zapewnić osobom wchodzącym w skład Zespołu Rehabilitacji Domowej samochód służbowy na dojazdy do pacjentów lub ryczałt na dojazdy samochodem własnym oraz odzież, obuwie, środki czystości niezbędne przy wykonywaniu rehabilitacji w warunkach domowych.

## **VII. Termin i miejsce składania ofert**

1. Oferty należy składać **w terminie do 24 stycznia 2025 r.** (Urząd Miejski w Bieruniu: kancelaria – parter).
2. Rozstrzygnięcia konkursu dokona komisja konkursowa w terminie do 14 dni od dnia upływu terminu do składania ofert.

## **VIII. Informacja o warunkach jakie muszą spełnić oferenci**

W ubieganiu się o udzielenie zamówienia mogą uczestniczyć oferenci, którzy:

- a) spełnią wszystkie wymagania wynikające z oświadczeń, których listę przedstawiono w punkcie „Wymagane oświadczenia” oraz inne wymagania określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu,

- b) wskażą do realizacji programu Zespół Rehabilitacji Domowej, o którym mowa w pkt VI.

#### **IX. Wymagane oświadczenia**

1. Każdy oferent przystępujący do postępowania powinien złożyć oświadczenie, że :
  - a) Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu – akceptuje je bez zastrzeżeń.
  - b) W przypadku wyboru oferty, zobowiąże się do realizacji programu polityki zdrowotnej na zasadach określonych w SWK oraz umowie.
  - c) Najpóźniej w przeddzień przystąpienia do wykonywania umowy posiadać będzie ubezpieczenie OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
  - d) Uzyskał wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
  - e) Osoby wchodzące w skład Zespołu Rehabilitacji Domowej nie były karane za czyny określone w rozdziale XIX, XXV, XXXIV, XXXV Kodeksu Karnego.
  - f) Spełnia wymogi Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
2. Wszystkie ww. oświadczenia muszą być złożone w oryginale i podpisane przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowania oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu.

#### **X. Wymagane dokumenty**

1. Kserokopie dokumentu (dyplomu, dyplomu specjalizacji), potwierdzającego ukończenie wykształcenia w dziedzinie fizjoterapii, rehabilitacji osób wchodzących w skład Zespołu Rehabilitacji Domowej.
2. Opis doświadczenia zawodowego osób wchodzących w skład Zespołu Rehabilitacji Domowej do przeprowadzenia świadczeń rehabilitacyjnych dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w warunkach domowych w zakresie prowadzenia rehabilitacji dzieci z MPD oraz innymi schorzeniami. Opis należy sporządzić zgodnie ze wzorem wskazanym w zał. 3.
3. Zaleca się załączenie :
  - a) referencji (przełożonych, placówek, w których były zatrudnione osoby wskazane do udzielania przedmiotowych świadczeń), potwierdzających należyte wykonywanie rehabilitacji z dziećmi,
  - b) kserokopii ukończonych udoskonalających specjalistycznych kursów i szkoleń zawodowych w zakresie rehabilitacji dzieci z MPD oraz innymi schorzeniami.

*Jeżeli powyższe dokumenty zostały sporządzone w języku innym niż język polski, wymaga się przetłumaczenia ich na język polski przez tłumacza przysięgłego.*

4. Wykaz sprzętu i aparatury przeznaczonej do wykorzystania przy rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w warunkach domowych.

#### **XI. Opis sposobu obliczania ceny oferty**

1. Cena oferty musi zawierać wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotowego świadczenia.
2. Cenę oferty należy przedstawić (w zł) jako cenę brutto za 1 minutę rehabilitacji.
3. Planowane koszty całkowite przeznaczone na realizację programu wynoszą 335 000,00 zł.

#### **XII. Opis sposobu przygotowania oferty**

1. Wymagania i zalecenia ogólne:
  - a) każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę,
  - b) nie dopuszcza się składania ofert częściowych, wariantowych,
  - c) wymaga się, by oferta była przygotowana na piśmie, w formie zapewniającej pełną czytelność jej treści,
  - d) ofertę należy sporządzić w języku polskim pod rygorem nieważności,
  - e) zaleca się, by oferta była dostarczona w opakowaniu uniemożliwiającym odczytanie

jego zawartości bez uszkodzenia tego opakowania, opatrzonym informacją o adresacie, nazwą konkursu: Wybór realizatora programu polityki zdrowotnej dot. „*Udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych*” oraz nazwą oferenta.

- f) wymaga się, by formularz oferty oraz wszystkie oświadczenia były podpisane przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowania oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu,
  - g) wymaga się, by kserokopie dokumentów były potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowania oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu,
  - h) zaleca się, aby wszystkie karty oferty były ponumerowane.
2. Zawartość oferty:
- Oferta musi zawierać:
- a) wypełniony formularz ofertowy zawierający dane o oferencie:
    - nazwę i siedzibę zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej,
    - LUB
    - imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu - w odniesieniu do osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycznej,
  - b) wskazanie osób wchodzących w skład zespołu udzielającego świadczeń rehabilitacyjnych oraz ich kwalifikacji zawodowych,
  - c) proponowaną kwotę należności za realizację zamówienia,
  - d) wykaz wyposażenia w sprzęt i aparaturę przeznaczoną do rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w warunkach domowych,
  - e) wymagane oświadczenia i dokumenty.

### **XIII. Przeprowadzenie konkursu**

- 1. Wyboru oferty dokonuje komisja konkursowa, powołana przez Burmistrza Miasta Bierunia w drodze zarządzenia.
- 2. Komisja może:
  - a) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny i kwalifikacji osób wchodzących w skład Zespołu w odniesieniu do przedmiotu zamówienia,
  - b) nie dokonać wyboru ofert, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielenia świadczeń zdrowotnych,
  - c) w przypadku, gdy oferta zawiera braki formalne, wezwać oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie, pod rygorem odrzucenia oferty.
- 3. Przy wyborze ofert komisja bierze pod uwagę:
  - a) zawartość merytoryczną ofert,
  - b) koszt programu – ceny jednostkowe rehabilitacji,
  - c) dotychczasowe doświadczenie w realizacji rehabilitacji dzieci.
- 4. Odrzuca się ofertę:
  - a) złożoną po terminie,
  - b) jeżeli jej treść nie odpowiada treści Szczegółowych Warunków Konkursu,
  - c) jeżeli zaoferowana kwota świadczenia zdrowotnego przekracza środki finansowe, jakie Zamawiający może przeznaczyć na sfinansowanie programu.
- 5. Jeżeli w toku konkursu wpłynie tylko jedna oferta nie podlegająca odrzuceniu komisja może przyjąć tą ofertę.

6. O odrzuceniu/wyborze oferty komisja informuje wszystkich oferentów.
7. Konkurs unieważnia się, jeżeli:
  - a) nie wpłynęła żadna ważna oferta,
  - b) wszystkie oferty podlegają odrzuceniu,
  - c) zaoferowana kwota świadczenia zdrowotnego przekracza środki finansowe jakie Zamawiający może przeznaczyć na sfinansowanie przedmiotowego programu.

#### **XIV. Zawarcie umowy**

1. Jeżeli Zamawiający dokona wyboru oferty, umowa w sprawie realizacji programu polityki zdrowotnej zostanie zawarta z oferentem, który spełni wszystkie przedstawione wymagania oraz którego oferta okaże się najkorzystniejsza.
2. Umowa zostanie zawarta w formie pisemnej.
3. W przypadku jeśli okaże się, że oferent, którego oferta została wybrana, przedstawił nieprawdziwe dane, będzie się uchylał od zawarcia umowy, Zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ważnych ofert, chyba że upłynął termin związania ofertą.

#### **XV. Wzór umowy**

1. Wzór umowy stanowi integralną część Szczegółowych Warunków Konkursu. W jej treści podano wszelkie istotne dla Zamawiającego warunki realizacji zamówienia.
2. Umowa z wybranym realizatorem programu zostanie zawarta wg tego wzoru.

#### **XVI. Przetwarzanie danych osobowych**

1. Administratorem danych osobowych jest Gmina Bieruń z siedzibą w Bieruniu, przy ul. Rynek 14.
2. Osobą do kontaktu w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych jest Inspektor Ochrony Danych (adres e-mail: iod@um.bierun.pl).
3. Przetwarzanie danych odbywa się zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1).
4. Przetwarzanie danych odbywa się w celu rozstrzygnięcia konkursu i zawarcia umowy na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2024 w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych, na podstawie art. 188 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.). Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa. Odbiorcami danych mogą być banki w celu przekazania świadczeń pieniężnych.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uczestnictwa w konkursie i realizacji programu.
6. Osoba, której dane są przetwarzane, posiada prawo dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Osobie, której dane są przetwarzane, posiada ponadto prawo skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych) na przetwarzanie niezgodne z przepisami prawa.
7. Dane będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa. Potem, zgodnie z przepisami, dokumenty trafią do archiwum zakładowego.

## **XVII. Lista załączników**

Wymienione niżej załączniki stanowią integralną część Szczegółowych Warunków Konkursu:

1. Wzór formularza ofertowego.
2. Wzór oświadczeń.
3. Wzór opisu doświadczenia zawodowego osób - Zespołu Rehabilitacji Domowej.
4. Wzór umowy.



**Załącznik nr 1 do SWK**

Bieruń, dnia.....

**Burmistrz Miasta Bierunia**

**ul. Rynek 14**

**43 – 150 Bieruń**

## **OFERTA**

W związku z ogłoszeniem konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej:  
**„Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych”** przedkładamy naszą ofertę:

1. Nazwa i siedziba składającego ofertę lub imię i nazwisko oraz adres w stosunku do innego podmiotu świadczącego usługi zdrowotne:
2. Status prawny:
3. Numer i data wpisu do rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu:
4. Wskazanie osób wchodzących w skład zespołu do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych dzieci niepełnosprawnych w warunkach domowych oraz ich kwalifikacji, doświadczenia w prowadzeniu rehabilitacji (zgodnie z załącznikiem nr 3 do SWK):
5. Proponowana kwota należności za realizację świadczenia, obejmująca wszystkie koszty związane z realizacją świadczenia wynosi za 1 minutę rehabilitacji (pracy z dzieckiem): ..... zł brutto. Można załączyć kalkulację kosztów.
6. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę wykorzystywaną przy rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w warunkach domowych:
7. Czas trwania umowy: **od dnia podpisania umowy do 31.12.2025 r.**

Do formularza oferty załączam:  
Oświadczenia.  
Dokumenty (wymienić jakie).

data.....

.....

*Podpis i pieczęć imienna osoby /osób  
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania oferenta  
i składania oświadczeń woli w jego imieniu*

## OŚWIADCZENIE

**Przystępując do udziału w konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej:  
„*Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu  
Gminy Bieruń w warunkach domowych*”**

**oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się z ogłoszeniem oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu i akceptuję je bez zastrzeżeń.
2. W przypadku wyboru oferty, zobowiązuję się do realizacji programu polityki zdrowotnej na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu oraz w umowie.
3. Najpóźniej w przeddzień przystąpienia do wykonywania umowy posiadać będę ubezpieczenie OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń związanych z realizacją ww. programu zdrowotnego.
4. Uzyskałem wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
5. Osoby wchodzące w skład Zespołu Rehabilitacji Domowej nie były karane za czyny określone w rozdziale XIX, XXV, XXXIV, XXXV Kodeksu Karnego.
6. Spełniam wymogi Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

**Świadom odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

data.....

.....

*Podpis i pieczęć imienna osoby/osób  
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania oferenta  
i składania oświadczeń woli w jego imieniu*

**OPIS DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO OSÓB WSKAZANYCH DO UDZIELANIA  
ŚWIADCZEŃ REHABILITACYJNYCH DZIECI W WARUNKACH DOMOWYCH  
Z TERENU GMINY BIERUŃ**

Nazwisko i imię .....

Wykształcenie, kwalifikacje .....

Funkcja w Zespole Rehabilitacji Domowej.....

CZAS TRWANIA PRACY ZAWODOWEJ Z ZAKRESU REHABILITACJI DZIECI Z MDP I INNYMI SCHORZENIAMI	MIEJSCE PRACY	ZAKRES WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ REHABILITACYJNYCH	ZASTOSOWANIE METODY REHABILITACJI

**Świadom odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, prawdziwość  
powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

data.....

.....

*Podpis i pieczęć imienna osoby /osób  
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania oferenta  
i składania oświadczeń woli w jego imieniu*

## UMOWA

NR.....

zawarta w dniu ..... w Bieruniu pomiędzy:

**Gminą Bieruń**

43-150 Bieruń, ul. Rynek 14

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

reprezentowaną przez:

Burmistrza Miasta Bierunia .....

zwaną w treści umowy **Zleceniodawcą**

a

(OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ)

**Realizatorem Programu Polityki Zdrowotnej**.....  
(imię i nazwisko)

prowadzącym działalność gospodarczą pod nazwą (pełna nazwa), z siedzibą w.....  
(kod pocztowy, miasto, ulica nr domu/mieszkania), wpisanym do CEIDG:

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

zwanym w treści umowy **Realizatorem**

(SPÓŁKA CYWILNA)

**Realizatorem Programu Polityki Zdrowotnej**.....  
(imię i nazwisko)

i .....(imię nazwisko) wspólnie prowadzącymi działalność gospodarczą w formie spółki  
cywilnej pod nazwą ..... (pełna nazwa firmy), z siedzibą w .....(kod  
pocztowy, miasto, ulica nr domu/mieszkania), wpisanymi do CEIDG, zwanymi w treści umowy  
**Realizatorem**

(SPÓŁKA PRAWA HANDLOWEGO)

**Realizatorem Programu Polityki Zdrowotnej**.....  
(pełna nazwa firmy)

wpisanym w KRS pod nr ..... z siedzibą w..... zwanym  
w treści umowy **Realizatorem**

### § 1

1. Na podstawie przeprowadzonego konkursu oraz w oparciu o art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Zleceniodawca zleca, a Realizator przyjmuje do wykonania usługę polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych, w ramach programu polityki zdrowotnej, określonego Uchwałą Nr XIV/11/2024 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 28 listopada 2024 r. wraz ze zmianą wprowadzoną Uchwałą Nr I/6/2025 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 7 stycznia 2025 r.
2. Strony zgodnie ustalają, że Zleceniodawca dostarczył Realizatorowi szczegółowe warunki świadczenia usług rehabilitacji zawierające m.in. istotne dla Zleceniodawcy postanowienia i zobowiązania Realizatora.
3. Zakres przedmiotu umowy jest tożsamy ze zobowiązaniem realizatora zawartym w ofercie.

## § 2

1. Świadczenia będą wykonywane na terenie Gminy Bieruń w miejscu zamieszkania/pobytu dzieci niepełnosprawnych.
2. Podstawą przeprowadzenia rehabilitacji będzie skierowanie wystawiane przez lekarza (specjalistę, pediatrę, rodzinnego, neurologa) na obowiązującym druku stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy i zalecenie lekarza rehabilitacji – kierownika zespołu.
3. W terminie 14 dni po zakończeniu przedmiotowych świadczeń wyniki przeprowadzonej rehabilitacji sporządzone wg schematu: (rozpoznanie - stan zdrowia na dzień rozpoczęcia rehabilitacji – przebieg rehabilitacji – efekt rehabilitacji) Realizator przekaże za potwierdzeniem odbioru do „Kartoteki pacjenta” znajdującej się w zadeklarowanym przez pacjenta Zakładzie Opieki Zdrowotnej.
4. Realizator zapewni osobom wchodzącym w skład Zespołu Rehabilitacji Domowej samochód służbowy na dojazdy do pacjentów lub ryczałt na dojazdy samochodem własnym, odpowiednią odzież, obuwie oraz środki czystości przy wykonywaniu rehabilitacji.
5. Realizator nieodpłatnie udostępni pacjentom objętym programem polityki zdrowotnej sprzęt i aparaturę wykorzystywaną przy świadczeniu usług rehabilitacyjnych.
6. Realizator przedstawi Zleceniodawcy po zakończeniu trwania umowy sprawozdanie w formie pisemnej z przebiegu i efektów rehabilitacji.

## § 3

1. Koszt 1 minuty rehabilitacji wynosi brutto..... zł. Zleceniodawca nie przewiduje waloryzacji ww. ceny jednostkowej w całym okresie trwania umowy.
2. Wartość przedmiotu umowy określa się do kwoty brutto.....zł.  
(słownie:..... ).
3. Wynagrodzenie za wykonaną usługę będzie wypłacane raz w miesiącu na podstawie faktycznej ilości zrealizowanych minut rehabilitacji w domach dzieci niepełnosprawnych, po wystawieniu przez Realizatora rachunku oraz po potwierdzeniu wykonania usługi przez Zleceniodawcę.
4. Zleceniodawca zobowiązuje się przekazywać wynagrodzenie za wykonaną usługę na rachunek bankowy Realizatora nr:.....w terminie 14 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionego rachunku.
5. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo, za zgodą rodziców i opiekunów dzieci niepełnosprawnych, do przeprowadzania kontroli należytego wykonania umowy w miejscach, w których odbywa się rehabilitacja.
6. Realizator na czas trwania umowy zobowiązuje się do prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji medycznej i statystycznej dot. rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, zgodnie ze wzorami określonymi w załącznikach do niniejszej umowy i przy uwzględnieniu przepisów dot. ochrony danych osobowych.
7. Zleceniodawca zobowiązuje Realizatora do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
8. Zleceniodawca zobowiązuje Realizatora do:
  - a) opracowywania miesięcznych harmonogramów udzielania świadczeń rehabilitacyjnych dzieci niepełnosprawnych w warunkach domowych, zgodnie z załącznikiem nr 3 do umowy oraz przekazywania ich Zleceniodawcy co miesiąc w terminie do 10 dnia każdego miesiąca trwania umowy,
  - b) opracowywania wykazu dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń objętych rehabilitacją domową oraz dostarczania go Zleceniodawcy co miesiąc w terminie do 10 dnia każdego miesiąca trwania umowy, zgodnie z załącznikiem nr 4 do umowy.
  - c) realizacji obowiązku informacyjnego wobec osób, których dane dotyczą lub rodziców/opiekunów prawnych, zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego

przepływu takich danych oraz uchylecia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1) oraz odbioru oświadczenia, które stanowi załącznik nr 2 do umowy.

#### § 4

Umowa zostaje zawarta na czas określony: **od dnia podpisania umowy do 31.12.2025 r.**

#### § 5

Nadzór nad realizacją postanowień niniejszej umowy pełnić będzie:

- z ramienia Zleceniodawcy: Anna Mokry

- z ramienia Realizatora: .....

#### § 6

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie obowiązków wynikających z niniejszej umowy w formie kar umownych.
  - a) Realizator zapłaci Zleceniodawcy kary umowne za:
    - odstąpienie od umowy przez Realizatora w wysokości 10% wartości brutto przedmiotu umowy określonej w § 3 ust. 2. Zleceniodawca ma prawo do obniżenia/umorzenia kar umownych w przypadku, gdy odstąpienie wynikało z przyczyn niezależnych od Realizatora, a Realizator udokumentuje te okoliczności.
    - za każdorazowe stwierdzenie braku dokumentacji określonej w § 2 ust. 2 lub § 3 ust. 8 lit. a, b w wysokości 200 zł brutto,
    - za pobieranie nienależnych opłat za rehabilitację od rodziców lub opiekunów dzieci niepełnosprawnych w wysokości 10% wartości brutto przedmiotu umowy określonej w § 3 ust. 2,
    - za nieuzasadnioną odmowę udzielenia rehabilitacji dzieciom niepełnosprawnym skierowanych na rehabilitację na podstawie skierowania, o którym mowa w § 2 ust. 2 w wysokości 10% wartości brutto przedmiotu umowy określonej w § 3 ust. 2.
  - b) Zleceniodawca zapłaci Realizatorowi karę umowną za:
    - odstąpienie od umowy z przyczyn leżących po stronie Zleceniodawcy, za wyjątkiem okoliczności wskazanych w § 7 ust. 1 pkt a tiret 2, w wysokości 10% wartości brutto przedmiotu umowy określonej w § 3 ust. 2.
2. Strony zastrzegają sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.
3. Realizator wyraża zgodę za potrącenie należności z tytułu kar umownych z wynagrodzenia, o którym mowa w § 3 ust.3.

#### § 7

1. Stronom przysługuje prawo odstąpienia od umowy w następujących przypadkach:
  - a) Realizatorowi:
    - jeżeli Zleceniodawca nie reguluje na bieżąco zapłaty rachunku i mimo wezwania Realizatora zwleka z zapłatą dłużej niż 1 miesiąc,
    - jeżeli Zleceniodawca zawiadomi Realizatora, że nie będzie w stanie realizować swoich obowiązków wynikających z umowy,
  - b) Zleceniodawcy:
    - jeżeli Realizator nie rozpoczął rehabilitacji w miejscu zamieszkania/pobytu dziecka lub przerwał wykonywanie rehabilitacji i jej nie wznowił mimo wezwań Zleceniodawcy przez okres dłuższy niż 1 tydzień,
    - w razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności, powodującej że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy,
    - w razie ogłoszenia upadłości Realizatora lub zakończenia działalności przez

- Realizatora, bądź wydania nakazu zajęcia majątku Realizatora,
- jeżeli Realizator nie wykonuje rehabilitacji zgodnie z niniejszą umową.
2. Zleceniodawca w przypadkach, o których mowa w pkt b) może odstąpić od umowy w terminie 1 miesiąca od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. W takim przypadku Realizator może żądać jedynie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.

## § 8

W razie powstania sporu w związku z zawarciem lub wykonywaniem niniejszej umowy, Sądem właściwym do jego rozstrzygnięcia będzie Sąd właściwy ze względu na siedzibę Zleceniodawcy.

## § 9

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają zgody obu stron, wyrażonej na piśmie w formie aneksu, pod rygorem nieważności.
2. Niedopuszczalna jest, pod rygorem nieważności, taka zmiana niniejszej umowy oraz wprowadzenie do niej takich postanowień, które byłyby niekorzystne dla Zleceniodawcy, jeżeli przy ich uwzględnieniu należałoby zmienić treść ofert, na podstawie której dokonano wyboru Realizatora, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy lub zmiany te są korzystne dla Zleceniodawcy.
3. Strony mogą rozwiązać niniejszą umowę z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia.

## § 10

Realizator bez zgody Zleceniodawcy nie może przenieść wierzytelności z niniejszej umowy na osoby trzecie. Dotyczy to również potwierdzenia cesji wierzytelności pod kredyt bankowy, którego zabezpieczeniem byłyby zobowiązania z zawartej umowy.

## § 11

W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

## § 12

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**Realizator:**

**Zleceniodawca:**

*Pieczęć NZOZ*

*Praktyki lekarskiej*

**Skierowanie na rehabilitację w warunkach domowych, finansowaną  
z budżetu Gminy Bieruń\***

Dane osobowe:

1. Nazwisko i imię, wiek .....
2. Adres zamieszkania .....
3. Telefon kontaktowy.....
4. Rozpoznanie .....

ww. osoba spełnia warunki określone w programie polityki zdrowotnej pn.: „*Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych*” przyjętego Uchwałą Nr XIV/11/2024 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 28 listopada 2024 r. wraz ze zmianą wprowadzoną Uchwałą Nr I/6/2025 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 7 stycznia 2025 r.

data .....

*podpis i pieczęć lekarza*

---

**Adnotacja kierownika Zespołu Rehabilitacji Domowej\***

Diagnoza .....

Czas rehabilitacji w ramach programu polityki zdrowotnej: .....  
wpisać: od do

Częstotliwość i ilość minut rehabilitacji w tygodniu: .....

.....  
*podpis kierownika Zespołu Rehabilitacji Domowej*

*\* kserokopię skierowania wraz z adnotacją należy przekazać osobie nadzorującej wykonanie umowy ze strony Zamawiającego.*



Administratorem danych osobowych w zakresie rozliczenia programu polityki zdrowotnej „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych” jest Gmina Bieruń z siedzibą w Bieruniu, przy ul. Rynek 14.

Osobą do kontaktu w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych jest Inspektor Ochrony Danych (adres e-mail: [iod@um.bierun.pl](mailto:iod@um.bierun.pl)).

Przetwarzanie danych odbywa się zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1).

Przetwarzanie danych odbywa się w celu rozliczenia programu polityki zdrowotnej na 2025 rok „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych” przyjętego Uchwałą Nr XIV/11/2024 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 28 grudnia 2024 r. na podstawie art. 188 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.) wraz ze zmianą wprowadzoną Uchwałą Nr I/6/2025 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 7 stycznia 2025 r. Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa. Odbiorcami danych będzie realizator programu polityki zdrowotnej. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uczestnictwa w programie.

Dane będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa. Potem, zgodnie z przepisami, dokumenty trafią do archiwum zakładowego.

Osoba, której dane dotyczą posiada prawo dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, w przypadkach i na zasadach przewidzianych prawem. Osoba, której dane są przetwarzane, posiada ponadto prawo skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych) na przetwarzanie niezgodne z przepisami prawa.

.....  
**miejsowość, data**

.....  
**imię i nazwisko**

.....  
**adres zamieszkania**

### **OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ**

Oświadczam, że zgodnie z art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zostałem/am zapoznany/a z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z przysługującym prawem dostępu do treści danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, w przypadkach i na zasadach przewidzianych prawem, a także o możliwości wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych) na przetwarzanie niezgodne z przepisami prawa.

.....  
*Podpis rodzica/opiekuna prawnego*

*\* Oświadczenie należy przekazać osobie nadzorującej wykonanie umowy ze strony Zamawiającego.*

**KARTA REHABILITACJI \***

<b>L.p.</b>	<b>Nazwisko i imię Adres zamieszkania</b>	<b>Data</b>	<b>Godzina od – do</b>	<b>Podpis rodzica/opiekuna prawnego</b>

.....

.....

*Podpis i pieczęć Kierownika Zespołu Rehabilitacji  
Domowej – lekarza rehabilitacji medycznej*

*Podpis fizjoterapeuty wykonującego rehabilitację*

*\* Kartę rehabilitacji należy dostarczać każdorazowo, po zakończeniu miesięcznej usługi wraz z rachunkiem*

**WYKAZ DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z TERENU GMINY BIERUŃ OBJĘTYCH  
REHABILITACJĄ DOMOWĄ \***

Lp.	Imię i nazwisko Adres zamieszkania	Ilość przeprowadzonych minut rehabilitacji

.....  
*Podpis i pieczęć Kierownika Zespołu Rehabilitacji  
Domowej – lekarza rehabilitacji medycznej*

.....  
*Podpis i pieczęć Realizatora*

*\* Wykaz należy dostarczać każdorazowo po zakończeniu miesięcznej usługi wraz z rachunkiem.*