

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 XII/9/2025 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 27 listopada 2025 r.
2. Realizator oświadcza, że zna szczegółowe warunki świadczenia usług rehabilitacji przekazane mu przez Zleceniodawcę, w tym swoje obowiązki i postanowienia istotne dla Zleceniodawcy.
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 przekaze 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. Kwota jednostkowa za 1 minutę rehabilitacji wynosi brutto.....i uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją Programu, w tym w szczególności wyposażenie domu w niezbędny sprzęt rehabilitacyjny, pokrycie kosztów dojazdu terapeuty, realizację świadczeń oraz monitoring i ewaluację. Zleceniodawca nie przewiduje waloryzacji ww. ceny jednostkowej w całym okresie trwania umowy.
2. Wartość przedmiotu umowy określa się do kwoty brutto (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 faktury/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 uchylenia 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 **31.12.2026 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 niezasadzoną 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 na 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 ust. 1 lit. 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.

ZLECENIODAWCA

REALIZATOR

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 XII/9/2025 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 27 listopada 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).

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 2026 rok „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych” przyjętego Uchwałą Nr XII/9/2025 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 27 listopada 2025 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 2025 r., poz. 1461). 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 *

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

.....

.....

*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.*