

**ZARZĄDZENIE NR B.0050.012.2020
BURMISTRZA MIASTA BIERUNIA**

z dnia 28 stycznia 2020 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej "Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych" w 2020 roku

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 506 z późn. zm.) oraz art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 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" w 2020 roku.
- § 2. Treść ogłoszenia oraz Szczegółowe Warunki Konkursu stanowią załącznik do niniejszego zarządzenia.
- § 3. Wykonanie i aktualizację treści zarządzenia powierzyć Inspektorowi ds. Społecznych.
- § 4. Nadzór nad realizacją zarządzenia powierzyć Sekretarz Miasta.
- § 5. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**OGŁOSZENIE KONKURSU NA WYBÓR
REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ W ROKU 2020
W ZAKRESIE REHABILITACJI DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH
Z TERENU GMINY BIERUŃ W WARUNKACH DOMOWYCH**

BURMISTRZ MIASTA BIERUNIA

działając na podstawie art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.),

ogłasza

konkurs na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2020 w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych

I. Przedmiot konkursu

1. Przedmiotem konkursu jest wyłonienie oferenta na realizację w 2020 r. programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z tereny Gminy Bieruń w warunkach domowych. Podstawą realizacji jest program polityki zdrowotnej przyjęty Uchwałą Nr XIII/14/2019 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 28 listopada 2019 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 zdrowotnego

1. Spełnią wszystkie wymagania wynikające z oświadczeń i dokumentów, których listę przedstawiono w Szczegółowych Warunkach Konkursu (SWK) oraz inne wymagania tam określone.
2. Wskażą do realizacji programu Zespół Rehabilitacji Domowej, w skład którego wchodzi:
 - kierownik zespołu – lekarz rehabilitacji medycznej, posiadający doświadczenie w pracy – leczeniu dzieci, szczególnie 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 A, pokój nr 4) w godzinach urzędowania oraz na stronie internetowej www.bierun.pl.

Oferty można składać w Urzędzie Miejskim w Bieruniu, ul. Rynek 14 (kancelaria - parter) w terminie **15 dni od dnia ukazania się ogłoszenia o konkursie**.

Ocena ofert nastąpi na podstawie złożonych oświadczeń i dokumentów.

Rozstrzygnięcia konkursu dokona komisja konkursowa w terminie do 14 dni od upływu terminu składania ofert.

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: 032/ 708-09-42

Strona internetowa: www.bierun.pl

Godziny urzędowania: poniedziałki od 7³⁰ do 17⁰⁰, wtorki, środy, czwartki od 7³⁰ do 15³⁰,
piątki od 7³⁰ do 14⁰⁰

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 2018 r., poz. 2190 z późn. zm).
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 2019 r., poz. 1373 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. 032/ 708 09 42.

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 XIII/14/2019 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 28 listopada 2019 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 zdrowotnego 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 z MPD;
- b) 5-7 fizjoterapeutów (magistrów rehabilitacji ruchowej, fizjoterapii), posiadających doświadczenie - min. 2 letni staż w prowadzeniu rehabilitacji z dziećmi, 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.
3. Rehabilitację należy prowadzić wspólnie z udziałem członków rodziny/opiekunów, co ma zapewnić możliwość kontynuacji rehabilitacji pacjenta po zakończeniu cyklu zabiegów rehabilitacyjnych oraz ich systematyczność.
 4. Sugerowany czas trwania i częstotliwość rehabilitacji dla jednej osoby objętej przedmiotowym programem min. 45 minut. Częstotliwość ustalana jest zgodnie z zaleceniami Kierownika Zespołu Rehabilitacji Domowej, jednak nie mogą być one rzadsze niż 1 wizyta na tydzień.
 5. 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.
 6. 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 **15 dni od dnia ukazania się ogłoszenia o konkursie** w siedzibie Zamawiającego (kancelaria – parter).
2. Rozstrzygnięcia konkursu dokona komisja konkursowa w terminie do 14 dni od 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 zdrowotnego 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) uprawnione od zaciągania zobowiązań w imieniu oferenta.

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. 4.
3. Zaleca się załączenie :
 - a) referencje (przełożonych, placówek, w których były zatrudnione osoby wskazane do udzielania przedmiotowych świadczeń), potwierdzające należyte wykonywanie rehabilitacji z dziećmi,
 - b) kserokopie ukończonych udoskonalających specjalistycznych kursów i szkoleń zawodowych w zakresie rehabilitacji dzieci z MPD oraz innych schorzeń.

Jeżeli powyższe dokumenty zostały sporządzone w języku innym niż język polski, zaleca się przetłumaczenie 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 130 000 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) uprawnione do zaciągania zobowiązań w imieniu oferenta,

- g) zaleca się, by kserokopie dokumentów były potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę (osoby) uprawnione do zaciągania zobowiązań w imieniu oferenta,
 - h) zaleca się, aby wszystkie karty oferty były ponumerowane.
2. Zawartość oferty:

Oferta musi zawierać:

- wypełniony formularz oferty 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,
- wskazanie osób wchodzących w skład zespołu udzielającego świadczeń rehabilitacyjnych, ich kwalifikacji zawodowych,
- proponowaną kwotę należności za realizację zamówienia,
- wyposażenie w sprzęt i aparaturę przeznaczoną do rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w warunkach domowych,
- wymagane oświadczenia i dokumenty.

XIII. Przeprowadzenie konkursu

1. Wyboru oferty dokonuje komisja konkursowa, powołana przez Burmistrza Miasta Bierunia.
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 jednostkowej 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) 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 :
 - nie wpłynęła żadna ważna oferta,
 - wszystkie oferty podlegają odrzuceniu,
 - 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.

XVII. Przetwarzanie danych osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Burmistrz Miasta Bierunia 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 2020 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 2019 r., poz. 1373 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. Dane będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa.
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.

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 4 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 31.12.2020 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 przejęcia realizacji programu zdrowotnego na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu oraz 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.....

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

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

reprezentowaną przez:

Burmistrza Miasta Bierunia

zwaną w treści umowy **Zleceniodawcą**

a

(OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ)

Realizatorem Programu Zdrowotnego.....(*imię i nazwisko*)

prowadzącym działalność gospodarczą pod nazwą (*pełna nazwa*), z siedzibą w.....

(*kod pocztowy, miasto, ulica nr domu/mieszkania*), wpisanym do CEDIG:

Regon..... NIP

zwanym w treści umowy **Realizatorem**

(SPÓŁKA CYWILNA)

Realizatorem Programu Zdrowotnego(*imię 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 CEDIG, zwanymi w treści umowy **Realizatorem**

(SPÓŁKA PRAWA HANDLOWEGO)

Realizatorem Programu Zdrowotnego (*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 XIII/14/2019 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 28 listopada 2019 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 z 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 zdrowotnym 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 faktycznych 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 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.
- d) zorganizowania w terminie 14 dni od podpisania umowy zebrania informacyjnego: osób wchodzących w skład Zespołu Rehabilitacji Domowej, przedstawiciela Zleceniodawcy z rodzicami/opiekunami dzieci i młodzieży niepełnosprawnej objętej świadczeniem określonym w § 1.

§ 4

Umowa zostaje zawarta na czas oznaczony: od dnia podpisania umowy do 31.12.2020 r.

§ 5

Nadzór nad realizacją postanowień niniejszej umowy pełnić będzie:

- z ramienia Zleceniodawcy:
- 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 z przyczyn leżących po stronie Realizatora, w wysokości 10 % wartości brutto przedmiotu umowy określonej w § 3 ust. 2,
 - za każdorazowe stwierdzenie braku dokumentacji określonej w § 2 ust. 2 i 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 pkt b 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:

b) 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,

c) 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 oferty, 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 za 1 miesięcznym okresem 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 XIII/14/2019 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 28 listopada 2019 r.

data
.....
podpis i pieczęć lekarza

Adnotacja kierownika Zespołu Rehabilitacji Domowej*

Diagnoza

Czas rehabilitacji w ramach programu zdrowotnego:
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 Burmistrz Miasta Bierunia 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 2020 rok „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych” przyjętego Uchwałą Nr XIII/14/2019 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 28 listopada 2019 r. 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 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.). Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa. Odbiorcami danych będzie realizator programu polityki zdrowotnej.

Dane będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa.

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 ZAPOZNANIA 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.*