

**ZARZĄDZENIE NR B.0050.256.2017**  
**BURMISTRZA MIASTA BIERUNIA**

z dnia 11 grudnia 2017 r.

**w sprawie ogłoszenia konkursu na wybór realizatora programu zdrowotnego "Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych"**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1875) oraz art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.).

**BURMISTRZ MIASTA BIERUNIA**  
**postanawia:**

§ 1.Ogłosić konkurs na wybór realizatora programu zdrowotnego "Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych".

§ 2.Treść ogłoszenia oraz Szczegółowe Warunki Konkursu stanowią załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 3.Wykonanie zarządzenia powierzyć Naczelnikowi Wydziału Komunikacji Społecznej.

§ 4.Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do zarządzenia Nr B.0050.256.2017

Burmistrza Miasta Bierunia

z dnia 11 grudnia 2017 r.

**OGŁOSZENIE KONKURSU NA WYBÓR  
REALIZATORA PROGRAMU ZDROWOTNEGO W ROKU 2018  
W ZAKRESIE REHABILITACJI DZIECI I MŁODZIEŻY NIEPEŁNOSPRAWNEJ  
Z TERENY 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 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.),

**ogłasza**

konkurs na wybór realizatora programu zdrowotnego w roku 2018 w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z tereny Gminy Bieruń w warunkach domowych

**I. Przedmiot konkursu**

1. Przedmiotem konkursu jest wyłonienie oferenta na realizację w 2018 r. programu zdrowotnego, w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z tereny Gminy Bieruń w warunkach domowych. Podstawą realizacji jest program zdrowotny przyjęty Uchwałą Nr XI/3/2017 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 26 października 2017 r.
2. W ramach programu przewiduje się objęcie świadczeniem ok. 50 dzieci i młodzieży niepełnosprawnej (od I miesiąca życia do 26 lat) z terenu Gminy Bieruń, którzy posiadają orzeczenie o niepełnosprawności.

**II. Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu zdrowotnego**

1. Spełniać wszystkie wymagania wynikające z oświadczeń i dokumentów, których listę przedstawiono w Szczegółowych Warunkach Konkursu (SWK) oraz inne wymagania tam określone.
2. Wskażać do realizacji programu Zespół 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 (Wydział Komunikacji Społecznej, pokój nr 28) w godzinach urzędowania oraz na stronie internetowej [www.bierun.pl](http://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 ZDROWOTNEGO „UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE REHABILITACJI DZIECI I MŁODZIEŻY NIEPEŁNOSPRAWNEJ 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/ 324-24-00, fax: 032/ 216 47 77

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

Godziny urzędowania: poniedziałki od 7<sup>30</sup> do 17<sup>00</sup>, wtorki, środy, czwartki od 7<sup>30</sup> do 15<sup>30</sup>,  
piątki 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 2016 r., poz. 1638 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 2017 r., poz. 1938 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.
5. Jeżeli w postępowaniu o udzielenie świadczenia zdrowotnego strony porozumieją się w formie innej niż pisemna, treść przekazanej informacji musi zostać potwierdzona na piśmie.

#### IV. Udzielanie wyjaśnień

1. Zamawiający nie przewiduje zorganizowania zebrania informacyjnego oferentów.
2. Osobą uprawnioną do kontaktów z oferentami jest: Anna Mokry, tel. 032/ 324 24 10.

#### V. Opis przedmiotu konkursu

1. Przedmiotem konkursu jest rehabilitacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych.
2. Podstawą realizacji jest program zdrowotny przyjęty Uchwałą Nr XI/3/2017 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 26 października 2017 r. Realizacja świadczenia zdrowotnego nie może być sprzeczna z tym programem.
3. Adresatem programu są dzieci i młodzież niepełnosprawna (od I-go miesiąca życia do 26 lat) z terenu Gminy Bieruń, którzy posiadają orzeczenie o niepełnosprawności.  
Szacunkowa ilość dzieci ubezpieczonych objętych przedmiotowym świadczeniem zdrowotnym w ramach programu zdrowotnego wynosi 50.
4. Zgłaszanie dzieci i młodzieży 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.

#### **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 i 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. Wizyty domowe lekarza rehabilitacji medycznej muszą odbywać się min. dwa razy na początku i końcu cykli leczenia, a w razie konieczności również w trakcie leczenia.
4. Rehabilitację należy prowadzić wspólnie z udziałem członków rodziny/opiekunów, co ma zapewnić możliwość kontynuacji rehabilitacji pacjenta po zakończeniu cyklu zabiegów rehabilitacyjnych oraz ich systematyczność.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
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.

#### **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 zdrowotnego dot. „*Udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej 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,
- proponowany czas trwania umowy,
- wymagane oświadczenia i dokumenty.

### **XIII. Przeprowadzenie konkursu**

1. Wyboru oferty dokonuje komisja konkursowa, powołana przez Burmistrza.
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,
  - d) przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:
    - liczby planowanych do realizacji świadczeń zdrowotnych,
    - ceny za udzielane świadczenia zdrowotne.

W tych przypadkach komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.

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 zdrowotnego zostanie zawarta z oferentem, który spełni wszystkie przedstawione wymagania oraz którego oferta okaże się najkorzystniejsza.
2. Umowa zostanie zawarta w formie pisemnej. O miejscu i dokładnym terminie zawarcia umowy zamawiający powiadomi niezwłocznie wybranego oferenta.
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. 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.

**XVII. Przetwarzanie danych osobowych**

Administratorem danych osobowych jest Burmistrz Miasta Bierunia z siedzibą w Bieruniu, ul. Rynek 14, 43-150 Bieruń. Dane osobowe podawane są dobrowolnie w celu realizacji procedury związanej z konkursem na wybór realizatora programu zdrowotnego w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu gminy Bieruń w warunkach domowych i nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa. Osoba, której dane są przetwarzane, posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Bieruń, dnia.....

**BURMISTRZ MIASTA BIERUNIA**

**ul. RYNEK 14**

**43 – 150 BIERUŃ**

### **OFERTA**

W związku z ogłoszeniem konkursu na wybór realizatora programu zdrowotnego:

„**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej 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 i młodzieży niepełnosprawnej 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 31.12.2018 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 zdrowotnego:

**„UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE REHABILITACJI DZIECI I MŁODZIEŻY NIEPEŁNOSPRAWNEJ 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.

**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<br/>ZAWODOWEJ Z ZAKRESU<br/>REHABILITACJI DZIECI<br/>Z MDP I INNYMI<br/>SCHORZENIAMI</i> | <i>MIEJSCE<br/>PRACY</i> | <i>ZAKRES<br/>WYKONYWANYCH<br/>ŚWIADCZEŃ<br/>REHABILITACYJNYCH</i> | <i>ZASTOSOWANIE<br/>METODY<br/>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 **Zamawiającym**

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, na podstawie art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Zleceniodawca zleca, a Realizator przyjmuje zlecenie polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych w ramach programu zdrowotnego, określonego Uchwałą Nr XI/3/2017 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 26 października 2017 r.
2. Strony zgodnie ustalają, że Zleceniodawca dostarczył Realizatorowi szczegółowe warunki konkursu zawierające m.in. istotne dla Zleceniodawcy postanowienia i zobowiązania Realizatora oraz, że są one wprowadzone wraz z ofertą Realizatora do niniejszej umowy.
3. Zakres przedmiotu umowy jest tożsamy z zobowiązaniem realizatora zawartym w ofercie.

## § 2

1. Świadczenia będą wykonywane na terenie Gminy Bieruń w domach dzieci i młodzieży

niepełnosprawnej.

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. Realizator na czas trwania umowy zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji zastosowanej do rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, zgodnie ze wzorami określonymi w załącznikach nr 2 i 3.
4. 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.
5. 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.
6. Realizator nieodpłatnie udostępni pacjentom objętym programem zdrowotnym sprzęt i aparaturę wykorzystywaną przy wykonywaniu rehabilitacji.
7. 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 ciągu trwania umowy.
2. Wartość przedmiotu umowy określa się do kwoty brutto.....zł.  
(słownie:..... ).
3. Realizator otrzymywał będzie od Zleceniodawcy wynagrodzenie po zrealizowaniu rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w warunkach domowych.
4. Wynagrodzenie za wykonaną usługę będzie wypłacane raz w miesiącu na podstawie faktycznych ilości zrealizowanych minut rehabilitacji w domach dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, po wystawieniu przez Realizatora rachunku oraz po potwierdzeniu jej wykonania przez Zleceniodawcę.
5. Zleceniodawca zobowiązuje się przekazywać miesięcznie wynagrodzenie za wykonaną rehabilitację na rachunek bankowy Realizatora nr:..... w terminie 14 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionego rachunku.
6. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo za zgodą rodziców i opiekunów dzieci i młodzieży niepełnosprawnej do przeprowadzania kontroli w środowisku – domach, w których odbywa się rehabilitacja.
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 i młodzieży niepełnosprawnej w warunkach domowych oraz przekazywania ich Zleceniodawcy co miesiąc w terminie do 10 dni od pierwszego dnia miesiąca,
  - b) dokonywania co miesiąc adnotacji przez Kierownika Zespołu Rehabilitacji Domowej (zał. nr 1 ) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz dostarczania ich Zleceniodawcy co miesiąc w terminie do 10 dni od pierwszego dnia miesiąca,
  - c) 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 okres : od dnia podpisania umowy do 31.12.2018 r.

#### § 5

Nadzór nad realizacją postanowień niniejszej umowy pełnić będzie:

- z ramienia Zleceniodawcy :.....
- z ramienia Realizatora :.....

#### § 6

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 Zleceniodawcę z przyczyn leżących po stronie Realizatora, w wysokości 10 % wartości brutto przedmiotu umowy określonej w § 3 ust. 2,
  - za wykonanie usługi w domu dziecka/młodzieży niepełnosprawnej, u których odbywa się rehabilitacja, niezgodnej ze stanem faktycznym w wysokości 5% kwoty brutto miesięcznego rachunku,
  - za każdorazowe stwierdzenie braku dokumentacji określonej w § 2 ust. 3 i 4 oraz § 3 ust. 8 lit. a, b w wysokości 200 zł brutto,
  - za pobieranie nienależnych opłat za rehabilitację od rodziców lub opiekunów dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w wysokości 10 % wartości brutto przedmiotu umowy określonej w § 3 ust. 2,
  - za nieuzasadnioną odmowę udzielenia rehabilitacji dzieciom i młodzieży niepełnosprawnej 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 za:
  - odstąpienie od umowy przez Realizatora 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.

#### § 7

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 domu 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,
  - ogłoszenia upadłości Realizatora lub zakończenia działalności przez Realizatora, bądź wydania nakazu zajęcia majątku Realizatora,

- Realizator nie wykonuje rehabilitacji zgodnie z niniejszą umową.  
Zlecniodawca 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 Zlecniodawcy.

## **§ 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 Zlecniodawcy, 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 Zlecniodawcy.
3. Strony mogą rozwiązać niniejszą umowę za 1 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

## **§ 10**

Realizator bez zgody Zlecniodawcy 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 trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z czego dwa egzemplarze otrzymuje Zlecniodawca, a jeden Realizator.

**Zlecniodawca:**

**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. Rozpoznanie .....

ww. osoba spełnia warunki określone w Programie Zdrowotnym pn.: „*Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych*” przyjętego Uchwałą Nr XI/3/2017 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 26 października 2017 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.*

***KARTA REHABILITACJI \****

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

Administratorem danych osobowych jest Burmistrz Miasta Bierunia z siedzibą w Bieruniu, ul. Rynek 14, 43-150 Bieruń. Dane osobowe przetwarzane są 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 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.) w celu realizacji zadań związanych z finansowaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu gminy Bieruń w warunkach domowych. Dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa. Osoba, której dane są przetwarzane, posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.



**WYKAZ DZIECI I MŁODZIEŻY NIEPEŁNOSPRAWNEJ Z TERENU GMINY BIERUŃ  
OBJĘTYCH REHABILITACJĄ DOMOWĄ \***

| <b>Lp.</b> | <b>Imię i nazwisko<br/>Adres zamieszkania</b> | <b>Ilość przeprowadzonych minut<br/>rehabilitacji</b> |
|------------|---|---|
|            |   |   |

.....  
*Podpis i pieczęć Kierownika Zespołu Rehabilitacji*

.....  
*Podpis i pieczęć Realizatora*

*Domowej – lekarza rehabilitacji medycznej*

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

Administratorem danych osobowych jest Burmistrz Miasta Bierunia z siedzibą w Bieruniu, ul. Rynek 14, 43-150 Bieruń. Dane osobowe przetwarzane są 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 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.) w celu realizacji zadań związanych z finansowaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu gminy Bieruń w warunkach domowych. Dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa. Osoba, której dane są przetwarzane, posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.