**Załącznik Nr 5**

**do Zarządzenia Nr OPG/3/20**

**Wójta Gminy Suszec**

**z dnia 4.08.2020r.**

**Wzór umowy**

**Umowa Nr OPG.**

Zawarta w Suszcu dnia …………………………..,

pomiędzy: Gminą Suszec , NIP: 638 17 92 968

reprezentowaną przez:

Wójta Gminy Suszec - Mariana Pawlasa zwanym dalej **„Organizatorem programu”**

a

………………………………………, z siedzibą w ……………………………, wpisanym do ………………… pod numerem ………………………… NIP ………………………., REGON ……………………………….., reprezentowanym przez:

Zwanym dalej **„Realizator programu”**

o następującej treści:

**§ 1**

 **Organizator programu** na podstawie art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27.08.2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert zleca, a **Realizator programu** przyjmuje do realizacji „**Programu profilaktyki chodu w wieku 55+ na lata 2015-2020”w 2020r.**w zakresie określonym w § 2.

**§2**

 1/ Przedmiotem umowy jest realizacja „**Programu profilaktyki chodu w wieku 55+ na lata 2015-2020”w 2020r**. w ramach, którego należy przeprowadzić:

 - porada fizjoterapeutyczna,

- **profilaktyka**

- szkoła profilaktyki stawów obejmująca wszystkie aspekty życia,

**działania prozdrowotne**:

- ćwiczenia specjalne- stabilizacyjne met. Neurac΄ a ,

- ćwiczenia specjalne – metoda PNF

- ćwiczenia streching medyczny met Evjenth΄ a,

- ćwiczenia specjalne- platforma balansowa ,

- komputerowy test równowagi i propriocepcji na platformie stabilometrycznej

- komputerowo dobrane do dysfunkcji ćwiczenia reedukacji na platformie balansowej,

- ćwiczenia na bieżni do oceny reakcji „stopy – podłoże” ( sposób obciążenia w czasie stania i chodzenia),

- reedukacja chodu,

**§ 3**

1. **Realizator programu jest zobowiązany do:**
2. realizacji programu zdrowotnego będącego przedmiotem umowy, na terenie Gminy Suszec pod adresem …………………………………………………. w dniach roboczych od ……… do…………, w godz. od 8:00 do godz.18:00,
3. wywieszenia w siedzibie Realizatora programu informacji o realizacji programu wraz

 z adnotacją o finansowaniu tego programu ze środków budżetu Gminy Suszec,

1. przeprowadzenia we własnym zakresie akcji informacyjno- promocyjnej wśród lekarzy i mieszkańców Gminy Suszec w formie ulotek, plakatów itp.,
2. przyjęcia uprawnionych pacjentów z terenu Gminy Suszec (do 55 - 80 lat), kierowanych przez lekarza POZ lub lekarza specjalisty, którzy zdecydują o konieczności wykonania u pacjenta zabiegów rehabilitacyjnych,
3. realizacji przedmiotu umowy z zachowaniem praw pacjenta, należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej oraz przepisami prawa,
4. przestrzegania przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781 ze zm.),
5. zapewnienia niezbędnego sprzętu oraz personelu medycznego do wykonania zadania:

a/ Personel medyczny posiadający kwalifikacje niezbędne do wykonania umowy:

* ……………
* ……………
* …………….

 b/ Sprzęt medyczny i urządzenia niezbędne do zrealizowania umowy:
 -

 -

 **-**

 8. przestrzegania wytycznych i zaleceń Głównego Inspektora Sanitarnego, rozporządzeń Ministra Zdrowia i innych ministrów oraz rozporządzeń Rady Ministrów, związanych ze stanem epidemii COVID-19 w Polsce, podczas udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych.

**§ 4**

1. Organizator programu zobowiązuje się zapłacić Realizatorowi programu za każdy wykonany zabieg w określonym czasie, zgodnie z jednostkowym kosztem usługi, który został określony w poniższej tabeli:

**Jednostkowy koszt usługi :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Jednostkowy koszt usługi:**  | **Czas w min.** | koszt |
| -porada fizjoterapeutyczna  |  …….. min | …… zł brutto,  |
| profilaktyka: - szkoła profilaktyki stawów obejmująca wszystkie aspekty życia,  | ………min |  …… zł brutto, |
| działania prozdrowotne: - ćwiczenia specjalne- stabilizacyjne met. Neurac΄ a  |  ……..min | …… zł brutto,  |
| - ćwiczenia specjalne – metoda PNF - ,  |  ……..min | …. zł. brutto,  |
|  ćwiczenia streching medyczny met Evjenth΄a  |  …….min | .… . zł brutto.  |
| - ćwiczenia specjalne- platforma balansowa , -  |   ……. min  | …… zł brutto, |
| - komputerowy test równowagi i propriocepcji na platformie stabilometrycznej, | …….. min | …..….zł. brutto, |
| - komputerowo dobrane do dysfunkcji ćwiczenia reedukacji na platformie balansowej  |  ……. min | …… .zł brutto |
| - ćwiczenia na bieżni do oceny reakcji „stopy – podłoże”  | ……. min | …. zł. brutto |
|  - reedukacja chodu,  |  ……. min | …… zł brutto, |

Całkowity koszt wykonanych usług określonych w par. 2 nie może przekroczyć kwoty 20 000 zł /brutto/( słownie: dwadzieścia tysięcy złotych 00/100 brutto).

1. Rozliczenie umowy będzie następowało w okresach miesięcznych na podstawie rachunku (faktury) wystawionego przez Realizatora programu za dany miesiąc oraz wykazu wykonanych usług określającego:

a/ liczbę pacjentów z określeniem miejscowości zamieszkania,

b/ rodzaj przepracowanych zabiegów.

c/ ilość przeprowadzonych zabiegów,

d/ czas zabiegu.

e/ łączną kwotę usługi.

1. Zapłata nastąpi w ciągu 14 dni od daty otrzymania faktury (rachunku), przelewem na konto Przyjmującego zamówienie płatność nastąpi z budżetu Gminy Suszec na rok 2020.

Fakturę (rachunek) należy wystawić na adres:

Gmina Suszec

ul. Lipowa 1

43-267 Suszec

 NIP:638-17-92-968

1. W terminie do dnia 15 stycznia 2021 r. Realizator programu przedłoży Organizatorowi programu sprawozdanie merytoryczne i finansowe z wykonania zadania, zawierające następujące informacje:

 a/ liczbę skierowanych osób do uczestnictwa w programie,

 b/ liczbę osób uczestniczących w programie,

 c/ liczbę zabiegów rehabilitacyjnych, z podziałem na rodzaje zabiegów,

 d/ ocenę efektywności programu na podstawie ankiet oceniających stan pacjenta przed

 rozpoczęciem i po zakończeniu zabiegów,

 e/ sposób rozpowszechniania informacji o programie,

 f/ łączną kwotę zadania,

 g/ uwagi i wnioski dotyczące realizacji programu.

1. Realizator programu zobowiązuje się prowadzić wyodrębnioną dokumentację finansowo - księgową środków finansowych otrzymanych na realizację niniejszej umowy, w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.

**§ 5**

Realizator programu jest obowiązany spełnić następujące warunki:

* 1. Posiadać pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadające wymaganiom określonym w

przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art.22 ustawy z dnia 15 .04.2011r.

o działalności leczniczej.

* 1. Zapewniać udzielenie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych

 przepisach.

* 1. Zawrzeć umowę ubezpieczenia w zakresie określonym w art.25 ust.1 ustawy o

 działalności leczniczej .

 **§ 6**

1. Organizator programu sprawuje kontrolę prawidłowości wykonywania niniejszej umowy przez Realizatora programu, w szczególności w zakresie oceny jakości realizacji przedmiotu umowy, sposobu i rodzaju prowadzonej dokumentacji związanej z merytorycznym rozliczeniem umowy oraz stanu wykonania umowy. Kontrola może być przeprowadzona zarówno w toku realizacji umowy oraz po jej zakończeniu.
2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, osoby upoważnione przez Organizatora programu mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonywania umowy, oraz żądać udzielenia ustnie lub na piśmie informacji dotyczących wykonania umowy.
3. Realizator programu na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.
4. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez Organizatora programu zarówno w siedzibie Organizatora, jak i w miejscu realizacji umowy.
5. O wynikach kontroli, o której mowa w § 6ust. 1, Organizator programu poinformuje Realizatora programu, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.
6. Realizator programu jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń, o których mowa w § 6ust. 5, do ich wykonania i powiadomienia o tym Organizatora programu.
7. W razie stwierdzenia rażących uchybień lub niezastosowania się do wniosków lub zaleceń, o których mowa w § 6 ust. 5, Organizator programu może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia.

 **§7**

Zmiana postanowień umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu Stron, w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

 **§ 8**

Umowę zawiera się na okres od dnia ……………..…….. do dnia 31.12.2020 r.

**§ 9**

 Realizator programu zapłaci Organizatorowi programu karę umowną za nienależyte wykonanie postanowień niniejszej umowy w wysokości 10% kwoty, o której mowa w § 4 ust. 1 niniejszej umowy.

 **§ 10**

 Realizator programu może wypowiedzieć umowę z zachowaniem 7 dniowego terminu wypowiedzenia w przypadku:

a) wykorzystania środków publicznych na cele inne niż wskazane w umowie,

b) stwierdzenie nieprawidłowości lub uchybień w wykonywaniu umowy,

c) wystąpienia okoliczności uniemożliwiających wykonanie umowy , za które strony nie ponoszą odpowiedzialności.

**§ 11**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają:

a) ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019, poz.869 ze zm.),

b) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. z 2020,poz.295),

**§ 12**

Wszelkie spory związane z niniejszą umową podlegają rozpoznaniu przez sąd właściwy dla Organizatora programu.

**§ 13**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po 1 dla stron , każda na prawach oryginału.

……………………………….. …………………………..

Organizatora programu. Realizator programu

Zał. do umowy

**Ankieta**

Czy uczestnictwo w programie poprawiło Pana/Pani jakość życia?

tak

nie

nie mam zdania

Czy po zakończeniu programu zwiększyła się Pana/Pani aktywność fizyczna mająca tak duże znaczenie w profilaktyce tego schorzenia?

tak

nie

nie mam zdania

Czy Pani/Pana świadomość w zakresie zapobiegania zespołom bólowym stawów kończyn dolnych i profilaktyki prawidłowego chodu, dzięki uczestnictwu w programie jest wyższa?

tak

nie

nie mam zdania

Czy dzięki uczestnictwu w programie udało się Panu/Pani wyeliminować czynniki ryzyka nawrotu choroby

tak

nie

nie mam zdania

Czy byłby Pan/Pani zainteresowany/a uczestnictwem w programie w kolejnych latach?

tak

nie

nie mam zdania