

(Wzór umowy)

UMOWA NR WSS-I..... 2019.WP
Nr Centralnego Rejestru Umów.....

zawarta w dniu 2019 roku

pomiędzy:

Gminą Miasto Szczecin
Pl. Armii Krajowej 1, 70-456 Szczecin

NIP: 851-030-94-10

REGON: 811684232

zwaną dalej w treści umowy „Zleceniodawcą”, reprezentowaną przez:

..... – Zastępcę Prezydenta Miasta Szczecin

a

.....
ul.

NIP:

Regon:

Nr księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą

zwaną dalej „Zleceniobiorcą”

reprezentowanymi przez:

.....

Niniejsza umowa została zawarta na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 114, ust.1, pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, **strony umowy ustalają co następuje:**

§1

1. Przedmiotem umowy jest realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019 - 2021 dla mieszkańców Szczecina”, nazwany w dalszej części umowy „Programem”.
2. Na realizację Programu Zleceniodawca zobowiązuje się przekazać środki publiczne w wysokości zł brutto (słownie zł brutto:
3. W ramach kwoty wymienionej w ust. 2 Zleceniobiorca zobowiązuje się do objęcia Programemosób.
4. Osobami uprawnionymi do bezpłatnego udziału w programie określonym w § 1 niniejszej umowy są:
5. Za dzień rozpoczęcia realizacji Programu uważa się datę podpisania umowy, a zakończenia dzień 30 listopada 2021 r.
6. Program zostanie wykonany zgodnie z ofertą i kosztorysem stanowiącymi odpowiednio załącznik Nr 1 i 2 do niniejszej umowy.
7. Wszelkie odstępstwa dotyczące organizacji i realizacji Programu od warunków określonych w ofercie, m.in. w zakresie zasobów kadrowych, miejsca i czasu realizacji świadczeń medycznych wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
8. Odstępstwa, o których mowa w ust. 7, Zleceniobiorca zobowiązany jest zgłosić Zleceniodawcy niezwłocznie, nie później jednak niż 14 dni od ich zaistnienia.
9. Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji medycznej, statystycznej i sprawozdawczej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa przy uwzględnieniu przepisów 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 osobowych) –zwanego dalej RODO.

§ 2

1. Zleceniobiorca oświadcza, iż posiada polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym Programem.
2. Za szkody powstałe w związku z realizacją Programu odpowiedzialność ponosi Zleceniobiorca.

§3

Koordynatorem Programu ze strony Zleceniobiorcy jest:.....

Koordinatorem Programu zobowiązany jest do brania udziału w zorganizowanych przez Zleceniodawcę w akcjach promocyjno – informacyjnych oraz konferencjach prasowych dotyczących realizacji Programu.

§4

1. Podstawę rozliczenia Programu stanowi faktura Zleceniobiorcy wystawiona za faktyczne wykonanie świadczenia medyczne i usługi zgodnie z kosztorysem stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej umowy wraz ze sprawozdaniem częściowym stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszej umowy i Wykazem beneficjentów stanowiącym załącznik nr 4 do niniejszej umowy (w edytowalnym zapisie elektronicznym – CD w programie Excel).
2. Zapłata nastąpi przelewem w terminie 30 dni od daty otrzymania i zaakceptowania przez Zleceniodawcę sprawozdania częściowego wraz Wykazem beneficjentów i faktury, za faktycznie poniesione koszty w ramach realizacji Programu, w okresach miesięcznych, złożonych do 10-go dnia każdego miesiąca do Zleceniodawcy oraz 14 dni od daty faktury końcowej. Ostateczny termin składania faktury końcowej w danym roku budżetowym ustala się na dzień 18 grudnia w danym roku kalendarzowym.

§5

1. Zleceniobiorca, realizując Program zobowiązuje się do:
 - 1) wykonania procedur zapłodnienia pozaustrojowego dla par uczestniczących w Programie, z dofinansowaniem nie więcej niż zł do jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego (z uwzględnieniem kosztów kriokonserwacji zarodków) na parę, a różnicę pomiędzy całkowitym kosztem procedury a dofinansowaniem ponoszą Pacjenci.
 - 2) kreowania pozytywnego wizerunku Zleceniodawcy w sposób uzgodniony z Zleceniodawcą w tym:
 - a) informowania w wydawanych przez siebie w ramach realizacji Programu, publikacjach, materiałach informacyjnych, poprzez media, jak również widoczną w miejscu jego realizacji pisemną informację (tablicę) i ustną informację kierowaną do odbiorców o fakcie dofinansowania Programu przez Zleceniodawcę.
 - b) umieszczania logo Zleceniodawcy, na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych, i informacyjnych realizowanego Programu, o ile ich wielkość i przeznaczenie tego nie uniemożliwia, proporcjonalnie do wielkości innych oznaczeń, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność;
 - c) Logo oraz treść wymaganych informacji Zleceniodawca przekazuje Zleceniobiorcy pocztą elektroniczną, w uzgodnionym terminie, umożliwiającym oznakowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych;
 - d) znakowanie przekazami promocyjnymi logo, treść) Zleceniodawcy oraz akceptacja powinny odbywać się zgodnie z procedurą udzielenia licencji /sublicencji na używanie znaków towarowych Gminy Miasto Szczecin dla celów niekomercyjnych z zawartą w Zarządzeniu Prezydenta Miasta Szczecin Nr 364/12 z dnia 30 lipca 2012 roku dotyczącym zasad używania w obrocie znaków towarowych identyfikujących Gminę Miasto Szczecin (zm. Zarządzenie Prezydenta Miasta Szczecin Nr 56/15 z dnia 18.02.2017r., Nr 122/17 z dnia 28 marca 2017 r. nr 208/17 z dnia 19 maja 2017 r. oraz nr 252/18 z dnia 21.06.2018 r.).
 - 3) nawiązania współpracy z Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie w zakresie kwalifikacji osób do Programu będącego przedmiotem umowy, które uczestniczyły w programie polityki zdrowotnej pn., „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016 - 2020” realizowanym przez Szpital.

§6

1. Realizacja Programu, o którym mowa w § 1 ust. 1 umowy, przeprowadzona będzie przez personel wskazany w ofercie wymienionych w Formularzu ofertowym co stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy, za których Zleceniobiorca ponosi pełną odpowiedzialność.

2. Miejsce i czas realizacji Programu w zakresie procedury zapłodnienia pozaustrojowego adresowane do par uczestniczących w Programie. podmiotach:

LP	Nazwa	Adres	Tel. kontaktowy	Dni i godziny realizacji zadania

§7

1. Zleceniodawca z tytułu realizacji całego przedmiotu umowy, zapłaci Zleceniobiorcy kwotę zł brutto (słownie zł brutto:).
2. Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy w danym roku budżetowym:
 - a) 2019 rok kwotę zł brutto (słownie zł brutto:);
 - b) 2020 rok kwotę zł brutto (słownie zł brutto:);
 - c) 2021 rok kwotę zł brutto (słownie zł brutto:).
3. Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy wynagrodzenie na rachunek bankowy Zleceniodawcy
4. Zleceniobiorca zobowiązany jest do umieszczenia numeru umowy i nazwy Programu oraz nazwy i ilości faktycznie wykonanych świadczeń medycznych i usług w treści faktury.
5. Podstawą do przyjęcia rozliczenia przez Zleceniodawcę jest faktyczne wykonanie świadczeń medycznych i usług. Zleceniobiorcy nie przysługuje wynagrodzenie, jeżeli nie wykonał świadczeń medycznych i usług będących przedmiotem umowy.

§8

1. Zleceniodawca ma prawo żądać, aby Zleceniobiorca w wyznaczonym terminie przedstawił dodatkowe informacje i wyjaśnienia do przedkładanego sprawozdania.
2. W przypadku nie przedłożenia sprawozdania i wyjaśnień, Zleceniodawca wzywa pisemnie Zleceniobiorcę do ich złożenia.
3. W przypadku nie przedłożenia sprawozdania i wyjaśnień Zleceniodawca zwróci Zleceniobiorcy złożoną fakturę.

§9

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do poddania się kontroli w zakresie realizowanego zadania o którym mowa w § 1 umowy, przeprowadzonej przez Zamawiającego, w uzgodnionym przez obie strony terminie lub w przypadku braku uzgodnień w terminie wyznaczonym przez Zleceniodawcę.
2. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządzają pisemny protokół w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.
3. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są na piśmie.
4. Zleceniodawca udzieli odpowiedzi Zleceniobiorcy w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Zleceniobiorcę wyjaśnień.

§10

1. Strony zastrzegają wzajemne prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. W przypadku rozwiązania umowy przysługuje kwota za prawidłowo i faktycznie zrealizowane świadczenia medyczne i usług w ramach realizowanego Programu do czasu rozwiązania umowy.
3. W przypadku realizacji zadania w sposób niezgodny z warunkami niniejszej umowy, Zleceniodawca może wypowiedzieć umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia.

§11

1. Umowa może być rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
 - a) nieterminowego lub nienależytego wykonania umowy, w szczególności zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania, stwierdzonego na podstawie wyników kontroli oraz oceny realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych;
 - b) jeżeli Zleceniobiorca odmówi poddania się kontroli, bądź w terminie podanym przez Zleceniodawcę nie doprowadzi do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do rozliczenia umowy w terminie 7 dni od dnia wypowiedzenia umowy przez Zleceniodawcę.
3. W przypadku rozwiązania umowy przez Zleceniodawcę z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy, Zleceniobiorca zapłaci na rzecz Zleceniodawcy karę umowną w wysokości 10 % wartości umowy, o której mowa w § 7 ust. 1 umowy.
5. Zleceniodawca ma prawo dochodzić odszkodowania uzupełniającego w sytuacji, gdy wysokość kary umownej będzie niższa niż wysokość poniesionej szkody.

§12

Niniejsza umowa oraz dane osobowe w zakresie imienia i nazwiska strony umowy stanowią informację publiczną w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016r. poz.1764) i podlegają udostępnieniu na zasadach i w trybie określonych w ww. ustawie.

§13

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego i inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§14

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§15

Wszystkie spory wynikłe z niniejszej umowy strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu właściwego dla Zamawiającego.

§16

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

W imieniu Zleceniodawcy:

W imieniu Zleceniobiorcy:

ZAŁĄCZNIKI:

1. Załącznik nr 1 Formularz oferty konkursowej;
2. Załącznik nr 2 Kosztorys realizacji „Programu”;
3. Załącznik nr 3 Sprawozdanie częściowe/końcowe z realizacji „Programu”;
4. Załącznik nr 4 Wykaz beneficjentów u których przeprowadzono procedurę zapłodnienia pozaustrojowego w ramach realizacji Programu.

GLÓWNY SPECJALISTA
Wioletta Przyńska

RADCA PRAWNY
Krzysztof Kiećka

ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU
Marcin Kowalski

ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

Daniel Wacinkiewicz
Dyrektor Wydziału
Beata Bugajska

Załącznik nr 2 do umowy
nr WSS-I....., nr CRU
z dnia

Kosztorys realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „ Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019 - 2021 dla mieszkańców Szczecina”

Lp.	Rodzaj kosztów	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Planowany koszt wydatków ze środków Gminy Miasto Szczecin w roku 2019 (w zł brutto)	Planowany koszt wydatków ze środków Gminy Miasto Szczecin w roku 2020 (w zł brutto)	Planowany koszt wydatków ze środków Gminy Miasto Szczecin w roku 2021 (w zł brutto)
Ogółem						

GLÓWNY SPECJALISTA
W. Pezco
Wioletta Przyńska

ZASTĘP
Marcin Kowalski
Marcin Kowalski

Dyrektor Wydziału
Beata Bugajska
Beata Bugajska

Sprawozdanie częściowe/końcowe z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019 - 2021 dla mieszkańców Szczecina.

1. Czas realizacji „Programu” -rok;
2. Plan wg. umowy/aneksu w roku- zł brutto;
3. Środki finansowe wydatkowane za miesiąc- zł brutto,
4. Nr faktury

Lp.	Rodzaj kosztów	Liczba pacjentek	Koszt jednostkowy	Koszt całkowity	Wysokość dofinansowania po stronie Gminy Miasto Szczecin	Uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
		Razem				

5. Liczbowe określenie skali działań

Lp.	Liczba par małżeńskich objętych programem	Liczba wykonanych kwalifikacji do programu	Liczba wykonanych procedur zapłodnienia pozaustrojowego	Liczba ciąż	Liczba przeprowadzonych ankiet satysfakcji uczestników programu
1.	2.	3.	4.	5.	6.

6. Opis wykonania zadania, ze wskazaniem osiągniętych celów zgodnie z określonymi miernikami i wskaźnikami oraz uwagami dotyczącymi realizacji Programu.

.....
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Zleceniobiorcy

BEATYŃKA SPECJALISTA ZASTĘPCA DOKTORA WYDZIAŁU
W Pełni
Beata Bugajska

[Signature]
Krzysztof Nowalecki

Dyrektor
[Signature]
Beata Bugajska

Załącznik nr 4 do umowy
nr WSS-I....., nr CRU
z dnia r.

Wykaz beneficjentów u których przeprowadzono procedurę zapłodnienia pozaustrojowego w ramach realizacji programu polityki zdrowotnej pn. Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019 - 2021 dla mieszkańców Szczecina

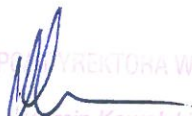
Lp.	Imiona i nazwiska pary	Pesel	Nr telefonu	Adres zamieszkania	Data przeprowadzenia procedury	Informacja o ciąży	uwagi

.....
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Zleceniobiorcy


GŁÓWNY SPECJALISTA


Beata Bugajska

ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU


Marcin Kowalski

Dyrektor wydziału


Beata Bugajska