

**ZARZĄDZENIE NR ORG.0050.69.2019**  
**WÓJTA GMINY GORZYCE**

z dnia 21 marca 2019 r.

**w sprawie: ogłoszenia konkursu ofert na realizację programu zdrowotnego pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Gorzyce” w 2019 roku.**

Na podstawie art. 30 ust.1 i art. 31 ustawy o samorządzie gminnym z dnia 8 marca 1990 r. (Dz. U. z 2019 r., poz. 506), art. 48b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz.U. z 2018 r., poz.1510 ze zm.) oraz uchwały Rady Gminy Gorzyce Nr XXII/187/16 z dnia 27 października 2016 r. w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Gorzyce”.

**zarządzam,**  
**co następuje:**

§ 1. Ogłasza się konkurs ofert na realizację programu zdrowotnego pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Gorzyce” w 2019 roku.

§ 2. Treść ogłoszenia stanowi załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 3. Wykonanie Zarządzenia powierza się Kierownikowi Referatu Spraw Obywatelskich.

§ 4. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wójt Gminy

**Daniel Jakubczyk**

Sprawdzone pod względem  
formalno-prawnym

radca prawny  
Jacek Klimanek

**Wójt Gminy Gorzyce ogłasza konkurs i zaprasza do składania ofert na realizację programu zdrowotnego pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu gminy Gorzyce” w 2019 roku.**

**I. Organ ogłaszający konkurs: Wójt Gminy Gorzyce,**  
44-350 Gorzyce ul. Kościelna 15

**II. Przedmiot konkursu:**

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora programu zdrowotnego pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Gorzyce” w 2019 r. Program realizowany będzie w formie:

- Wczesnej Interwencji,
- Grupowych Zajęć Korekcyjnych.

Wczesna Interwencja – zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

- Odbiorcy świadczeń - dzieci w wieku 0-7 lat;
- Częstotliwość – 1 raz w tygodniu dla jednego dziecka;
- Zakres rehabilitacji obejmuje świadczenia specjalistyczne;
- Czas trwania cyklu terapeutycznego dla jednego dziecka wynosi 5 miesięcy;

Grupowe Zajęcia Korekcyjne:

- Odbiorcy świadczeń – dzieci i młodzież w wieku 7-18 lat;
- Częstotliwość - 1 raz w tygodniu dla każdego dziecka;
- Zakres rehabilitacji obejmuje świadczenia specjalistyczne;
- Czas trwania cyklu terapeutycznego dla jednego dziecka wynosi 3 miesiące.

**III. Termin i miejsce realizacji:** od dnia podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2019r. Miejscem realizacji zadania będzie teren Powiatu Wodzisławskiego.

**IV. Wysokość środków publicznych planowanych na realizację zadania:** 19 000,00 zł brutto (słownie: dziewiętnaście tysięcy złotych brutto 00/100)

**V. Adresaci konkursu:** podmioty określone w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej ( Dz. U. z 2018 r., poz.2190 ze zm.)

**VI. Umowa określająca szczegółowe warunki realizacji zadania** zostanie zawarta z podmiotem, który złożył najkorzystniejszą ofertę w terminie 14 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert i będzie obowiązywała od dnia jej podpisania **do dnia 31 grudnia 2019r.**, chyba że nastąpią okoliczności na podstawie, których zostanie wypowiedziana. Warunki takie zostaną szczegółowo określone w umowie.

**VII. Oferty należy składać na udostępnionym formularzu.**

Formularz oferty dostępny jest w Referacie Spraw Obywatelskich Urzędu Gminy Gorzyce, w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na stronie internetowej Gminy Gorzyce – <http://ug.bip.gorzyce.pl/>. Do oferty należy załączyć dokumenty i oświadczenia wymienione w szczegółowych warunkach konkursu ofert.

**VIII. Ostateczny termin składania ofert** upływa w dniu **12.04.2019 r.** Oferty w zamkniętej kopercie należy składać w Biurze Obsługi Interesanta Urzędu Gminy Gorzyce, ul. Kościelna 15 w godzinach pracy Urzędu lub drogą pocztową. Decyduje data wpływu do Urzędu Gminy Gorzyce (a nie data stempla pocztowego).

Koperta powinna być opisana poprzez oznaczenie nazwy i adresu podmiotu oraz nazwy konkursu.

**IX. Rozstrzygnięcie konkursu:** następuje za pośrednictwem komisji konkursowej powołanej Zarządzeniem Wójta Gminy Gorzyce.

**X. Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu:** Konkurs zostanie rozstrzygnięty w terminie do 14 dni od daty ostatecznego terminu składania ofert. O wynikach konkursu oferenci zostaną powiadomieni pisemnie.

**XI. Wójt Gminy Gorzyce** zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert oraz do przesunięcia terminu składania ofert i przesunięcia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny.

Szczegółowe warunki konkursu ofert stanowi załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia. Dodatkowe informacje związane z przedmiotem konkursu udzielane są w Urzędzie Gminy Gorzyce w Referacie Spraw Obywatelskich, tel. 32 4513-056 wew. 25,36, 37.

Załącznik Nr 1  
do ogłoszenia konkursu na  
realizację programu zdrowotnego  
pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia  
dzieci niepełnosprawnych z terenu gminy  
Gorzyce” w 2019 roku

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**  
**na realizację programu zdrowotnego pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci**  
**niepełnosprawnych z terenu gminy Gorzyce” w 2019 roku**

**I. Ogólne zasady postępowania konkursowego.**

1. Udzielającym zamówienia jest Gmina Gorzyce
2. Postępowanie jest prowadzone na podstawie: art. 48 ust. 4,5 oraz 48b ust.1,2,3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz.1510 ze zm.), w związku z art. 114 ust. 1 pkt 1 i 115 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( Dz. U. z 2018 poz. 2190 ze zm.) oraz niniejszych szczegółowych warunków konkursu ofert.

**II. Przedmiot konkursu.**

1. Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora programu zdrowotnego pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Gorzyce” w 2019 roku. Program realizowany będzie w formie:

- Wczesnej Interwencji,
- Grupowych Zajęć Korekcyjnych.

Wczesna Interwencja – zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

- Odbiorcy świadczeń - dzieci w wieku 0-7 lat;
- Częstotliwość – 1 raz w tygodniu dla jednego dziecka;
- Zakres rehabilitacji obejmuje świadczenia specjalistyczne;
- Czas trwania cyklu terapeutycznego dla jednego dziecka wynosi 5 miesięcy;

Grupowe Zajęcia Korekcyjne:

- Odbiorcy świadczeń – dzieci i młodzież w wieku 7-18 lat;
- Częstotliwość - 1 raz w tygodniu dla każdego dziecka;
- Zakres rehabilitacji obejmuje świadczenia specjalistyczne;
- Czas trwania cyklu terapeutycznego dla jednego dziecka wynosi 3 miesiące.

2. Miejsce udzielania świadczeń: teren powiatu wodzisławskiego.

### **III. Okres realizacji zadania.**

Rozpoczęcie realizacji programu zdrowotnego winno nastąpić od dnia podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2019 r. Ramowy wzór umowy określa załącznik Nr 2 do szczegółowych warunków konkursu ofert.

### **IV. Wysokość środków publicznych planowanych na realizację zadania.**

19 000,00 zł brutto (słownie: dziewiętnaście tysięcy złotych 00/100)

### **V. Oferenci.**

W otwartym konkursie ofert mogą wziąć udział podmioty lecznicze w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej ( Dz.U. z 2018 poz. 1510 ze zm. ).

Warunkiem niezbędnym do realizacji programu jest:

- prowadzenie działalności na podstawie wpisu do właściwego rejestru podmiotów działalności leczniczej;
- posiadanie statutowych uprawnień do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej dla dzieci;
- lokalizacja podmiotu leczniczego na terenie Powiatu Wodzisławskiego;
- budynek podmiotu leczniczego pozbawiony barier architektonicznych tzn. wyposażony w podjazdy i dojścia dla dzieci niepełnosprawnych ruchowo, windę, poręcze i uchwyty w węzłach sanitarnych oraz posiadający pomieszczenia higieniczno-sanitarne dostosowane do potrzeb dzieci niepełnosprawnych ruchowo;
- podmiot leczniczy realizujący Program musi spełniać wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz.465 ze zm.).

### **VI. Sposób przygotowania oferty.**

1. Oferta powinna być sporządzona wg wzoru określonego w załączniku Nr 1, zgodnie z wytycznymi zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
2. Wraz z ofertą oferent składa wszystkie wymagane załączniki.
3. Formularz oferty oraz szczegółowe warunki konkursu ofert dostępne są w Referacie Spraw Obywatelskich Urzędu Gminy Gorzyce, ul. Kościelna 15, w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na stronie internetowej <http://ug.bip.gorzyce.pl/>
4. Oferta winna być napisana w języku polskim w sposób przejrzysty i czytelny na komputerze.
5. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
6. Wszystkie strony oferty muszą być ponumerowane.
7. Oferta musi być podpisana i opieczetowana przez przedstawiciela(-li) oferenta upoważnionego

(-ych) do reprezentowania i składania oświadczeń woli w jego imieniu.

8. Poprawki mogą być dokonane jedynie przez czytelne przekreślenie błędnego zapisu i wstawienie obok poprawnego. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.

9. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie opatrzonej nazwą i adresem podmiotu oraz informacją: „oferta na konkurs ofert na realizację programu zdrowotnego pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Gorzyce”.

## **VII. Dokumenty i oświadczenia wymagane od oferentów.**

1. Dokumenty:

a) kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub kopia odpisu innego właściwego rejestru np. ewidencji działalności gospodarczej,

b) kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną),

c) kopia aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( Dz. U. z 2018 r., poz.2190 zw zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. nr 293 , poz.1729 ze zm.)

d) kopia certyfikatu jakości.

2. Oświadczenia oferenta:

a) o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowych warunków konkursu ofert.

b) o zapoznaniu się z wzorem i zaakceptowaniu warunków umowy, która stanowi załącznik Nr 2 do szczegółowych warunków konkursu ofert,

c) o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego,

d) że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami,

e) że informacje podane w ofercie i załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

f) pisemna zgoda oferenta na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.

g) o spełnianiu wymogów kwalifikacyjnych przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych.

3. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczane „za zgodność z oryginałem” przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta.

## **VIII. Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących konkursu.**

1. Informacje dotyczące konkursu ofert udziela Referat Spraw Obywatelskich Urzędu Gminy

Gorzyce, tel. 32 4513056 wew.25,36,37.

2. Wyjaśnienia uzyskane na zapytania kierowane w formie ustnej nie stanowią podstawy do odwołania.

#### **IX. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Ofertę należy składać w Biurze Obsługi Interesanta Urzędu Gminy Gorzyce, ul. Kościelna 15,

- poniedziałek od godz. 7.30 do 17.00

-od wtorku do czwartku , w godz. 7.30 do 15.30,

-piątek – od godz. 7.30 do 14.00

2. Ostateczny termin składania ofert upływa **12.04.2019r.**

3. O dacie złożenia oferty decyduje data wpływu do Urzędu Gminy Gorzyce (a nie data stempla pocztowego).

4. Wszystkie oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone i zwrócone oferentom bez otwierania koperty.

#### **X. Miejsce i termin otwarcia ofert.**

Otwarcie ofert nastąpi w terminie do 14 dni od daty ostatecznego terminu składania ofert, w siedzibie Urzędu Gminy Gorzyce przy ul. Kościelnej 15.

#### **XI. Otwarcie, ocena i wybór oferty.**

1. Konkurs przeprowadza komisja konkursowa powołana przez Wójta Gminy Gorzyce.

2. Konkurs ofert składa się z dwóch etapów.

3. W pierwszym etapie komisja konkursowa ocenia oferty pod względem formalnym, dokonując kolejno następujące czynności:

a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,

b) otwiera koperty z ofertami,

c) dokonuje oceny ofert pod względem formalnym,

d) odrzuca oferty sporządzone wadliwie bądź niekompletne oraz złożone po terminie,

e) ocenia, które z ofert spełniają warunki formalne, a które należy odrzucić.

4. W drugim etapie komisja konkursowa dokonuje oceny ofert pod względem merytorycznym, dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

5. Komisja konkursowa dokonuje porównania ofert stosując następujące kryteria oceny merytorycznej oraz ich punktację:

a) wartość merytoryczna programów (adekwatność programów w odniesieniu do potrzeb, dobór planowanych działań, możliwość oceny ilościowej i jakościowej programów): *do 35 pkt.*,

b) zasięg programów (liczba odbiorców, dostępność do świadczeń, czas trwania programów): *do 10 pkt.*,

- c) możliwość realizacji zadań zgodnie ze standardami (kwalifikacje personelu, warunki lokalowe i wyposażenie): *do 20 pkt*,
- d) koszt realizacji programów (ogólny i jednostkowy koszt świadczeń w odniesieniu do zakresu rzeczowego programów, wysokość stawek): *do 20 pkt*,
- e) doświadczenie (w zakresie wykonywania świadczeń będących przedmiotem konkursu): *do 10 pkt*,
- f) certyfikat jakości: *do 5 pkt*

6. Oferta może uzyskać maksymalnie 100 pkt. Punktacja obliczana jest jako średnia arytmetyczna punktów przyznanych przez członków komisji konkursowej w poszczególnych kryteriach.

7. Ofertę która otrzyma poniżej 70 pkt uznaje się za nie spełniającą kryteriów merytorycznych.

8. Uregulowania dotyczące oceny merytorycznej mają zastosowanie także wtedy, gdy w wyniku ogłoszenia otwartego konkursu została złożona 1 oferta.

9. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie do 14 dni od daty ostatecznego terminu składania ofert.

10. Ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu dokona niezwłocznie Wójt Gminy Gorzyce w formie zarządzenia, na podstawie protokołu z przebiegu konkursu sporządzonego przez komisję konkursową.

11. Informację o rozstrzygnięciu konkursu umieszcza się w Urzędzie Gminy Gorzyce oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Gminy Gorzyce.

## **XII. Postanowienia końcowe.**

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert udzielający zamówienia może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych o czym niezwłocznie informuje oferentów oraz umieszcza informację w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Gminy Gorzyce.

2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do:

- a) odwołania konkursu ofert, przesunięcia terminu składania ofert oraz przesunięcia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny,
- b) odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych (m.in. zmian w budżecie Gminy).

3. Udzielający zamówienia umarza konkurs jeśli postępowanie konkursowe nie zostanie zakończone wyłonieniem właściwej oferty.

4. W przypadku określonym w pkt. XII pkt. 3 udzielający zamówienia ponownie ogłasza konkurs ofert.

5. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.



.....  
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....  
(miejscowość, data)

## FORMULARZ OFERTOWY

**Dotyczący realizacji programu zdrowotnego pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu gminy Gorzyce” w 2019r.**

### *I. Dane dotyczące Oferenta*

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np. ewidencji działalności gospodarczej:

4. Nr identyfikacyjny NIP:

5. Nr identyfikacyjny Regon:

6. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

7. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

## II. Informacje o realizacji programu

1. Proponowany czas trwania umowy (rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu):

2. Miejsce realizacji programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki):

3. Warunki lokalowe (liczba pomieszczeń do psychoterapii indywidualnej i grupowej, gabinet lekarski, rejestracja i in.):

4. Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz w środki transportu i łączności:

5. Określenie składu i kwalifikacji zespołu realizującego program:

| Lp | Imię i Nazwisko | Zawód | Uzyskany stopień specjalizacji | Forma współpracy z Oferentem | Zadania w ramach programów/udzielane świadczenia zdrowotne |
|----|-----------------|-------|--------------------------------|------------------------------|--|
| 1. |                 |       |                                |                              |  |
| 2. |                 |       |                                |                              |  |
| 3. |                 |       |                                |                              |  |
| 4. |                 |       |                                |                              |  |
| 5. |                 |       |                                |                              |  |

6. Informacje o instytucjach współpracujących (nazwa i zasady współpracy):

7. Planowane działania informacyjne:

|  |
|--|
|  |
|--|

8. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych:

|  |
|--|
|  |
|--|

9. Charakterystyka poszczególnych form programu wraz z określeniem liczby odbiorców:

| Lp.                         | Nazwa formy działań rehabilitacyjnych | Opis planowanych działań | Liczba odbiorców |
|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------|------------------|
| 1.                          | Wczesna Interwencja                   |                          |                  |
| 2.                          | Grupowe zajęcia korekcyjne            |                          |                  |
| CAŁKOWITA LICZBA ODBIORCÓW: |                                       |                          |                  |

10. Zakładane rezultaty programu:

|  |
|--|
|  |
|--|

11. Założenia dotyczące pomiaru bezpośrednich rezultatów programów (w tym zadania podlegające ocenie, metody, sposoby i terminy dokonania oceny):

|  |
|--|
|  |
|--|

**III. Plan finansowy – preliminarz kosztów.**

| Lp.  | Rodzaj świadczenia | Cena jednostkowa świadczenia | Ilość osób korzystających ze świadczeń | Wartość brutto w PLN |
|--|--------------------|------------------------------|--|----------------------|
| 1  | 2                  | 3                            | 4                                      | 5                    |
| 1.   |                    |                              |  |                      |
| 2.   |                    |                              |  |                      |
| 3.   |                    |                              |  |                      |
| 4.   |                    |                              |  |                      |
| 5.   |                    |                              |  |                      |
| 6.   |                    |                              |  |                      |
| 7.   |                    |                              |  |                      |
| 8.   |                    |                              |  |                      |
| 9.   |                    |                              |  |                      |
| 10.  |                    |                              |  |                      |
| Koszt całkowity realizacji programu (kwota brutto w zł) słownie: |                    |                              |  |                      |

**IV. Informacje dodatkowe.**

|    |   |  |
|----|---|--|
| 1. | Doświadczenie Oferenta w zakresie wykonywania świadczeń będących przedmiotem konkursu |  |
|----|---|--|

*V. Informacja o prowadzonej działalności za 2018 rok:*

1. Rodzaje i liczba świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Oferenta:

2. Wynik finansowy Oferenta:

3. Wysokość przychodów jednostki z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uzyskanych w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

4. Wysokość przychodów jednostki z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych niż wskazane powyżej uzyskanych w poprzednim roku obrotowym:

5. Planowany koszt realizacji całości zadania:

.....  
Podpis(y) osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania podmiotu

**Oświadczam(y), że:**

1. zapoznałem(am) się z treścią: ogłoszenia Wójta Gminy Gorzyce, szczegółowych warunków konkursu ofert,
2. zapoznałem(am) się z wzorem i zaakceptowałem(am) warunki umowy,
3. wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty,
4. nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego,
5. świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami,
6. wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.

.....  
Podpis(y) osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania podmiotu

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

## UMOWA NR FN. 3225.5. FN 3226.5. .2019 (projekt)

zawarta w dniu .....2019 r. w Gorzycach pomiędzy Gminą Gorzyce z siedzibą w Gorzycach, ul. Kościelna 15, zwanym dalej **Zamawiającym**, reprezentowanym przez:

**Daniela Jakubczyk - Wójta Gminy**

a

.....  
(numer wpisu do rejestru, nazwa organu prowadzącego rejestr)

zwanym dalej **Świadczeniodawcą**, w imieniu którego działa:

na podstawie art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.), w związku z art. 114 ust. 1 pkt 1 i 115 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 3 i ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( Dz. U z 2018 r., poz. 2190 ze zm.)

### § 1

1. Zamawiający zleca a Świadczeniodawca zobowiązuje się do realizacji programu zdrowotnego pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu gminy Gorzyce” w 2019 roku.

2. Program realizowany będzie w formie:

a) Wczesnej Interwencji – poprzez udzielanie świadczeń specjalistycznych:

diagnozowanie medyczne, pedagogiczne, psychologiczne i logopedyczne , rehabilitacja lecznicza, prowadzenie terapii psychologicznej dzieci i rodziców, prowadzenie terapii logopedycznej w wymiarze .....

b) Grupowych zajęć korekcyjnych – poprzez udzielanie świadczeń specjalistycznych: kompleksowe, zespołowe zajęcia rehabilitacyjne, realizowane przy zastosowaniu różnych metod leczniczych i rehabilitacyjnych, które mają przywrócić dzieciom i młodzieży w wieku 7-18 lat pełną lub możliwie maksymalną sprawność fizyczną , zajęcia grupowe w czasie, których dzieci będą korzystały z ćwiczeń korekcyjnych i korygujących wady postawy w wymiarze.....

2. Zakres programów oraz zasady organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych określone zostały w szczegółowych warunkach konkursu ofert i ofercie Świadczeniodawcy stanowiących odpowiednio załączniki nr 1 i 2 do niniejszej umowy.

3. W przypadku braku zapotrzebowania na poszczególne świadczenia zdrowotne dopuszcza się możliwość przesunięć liczby świadczeń pomiędzy poszczególnymi ich rodzajami w ramach kwoty, o której mowa w § 5.

4. Oferta stanowi integralną część umowy.

### § 2

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia ..... r. do dnia 31.12.2019 r.

### § 3

1. Programami Świadczeniodawca obejmuje się ..... osób.
2. Świadczenia zdrowotne będą udzielane w .....

### § 4

1. Świadczeniodawca oświadcza, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone w odrębnych przepisach.
2. O każdej zmianie w imiennym wykazie osób udzielających świadczeń zdrowotnych zamieszczonym w ofercie, Świadczeniodawca informuje pisemnie Zamawiającego w terminie do 14 dni od daty dokonania tych zmian. Świadczeniodawca zobowiązuje się, że ewentualne zmiany osób udzielających świadczeń zdrowotnych nie spowodują zmniejszenia liczby i obniżenia kwalifikacji zawodowych personelu, zagwarantowanych przez Świadczeniodawcę w ofercie.
3. Świadczeniodawca ma obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej i z respektowaniem praw pacjenta.

### § 5

1. Z tytułu wykonania przedmiotu umowy określonego w § 1 Zamawiający wypłaci Świadczeniodawcy środki w łącznej wysokości kwoty ..... zł ( słownie: ..... 00/100 złotych) według stawek przedstawionych w ofercie złożonej przez Świadczeniodawcę.
2. Środki finansowe zabezpieczone są w rozdziale 85117 § 2800.
3. Środki finansowe zostaną przekazane w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy na konto: .....
4. Świadczeniodawca zachowuje prawo do wynagrodzenia w przypadku okresowego niekorzystania przez osobę zakwalifikowaną do programu ze świadczeń objętych programem. W przypadku rezygnacji osoby objętej programem z uczestnictwa w programie Świadczeniodawca jest obowiązany zakwalifikować na to miejsce inną osobę.
5. Środki finansowe przekazywane na realizację programu zdrowotnego, o którym mowa w § 1 ust. 1 nie mogą być przeznaczone na inne cele.
6. W przypadku wykorzystania przez Świadczeniodawcę środków finansowych uzyskanych od Zamawiającego na podstawie § 5 ust. 1 niezgodnie z niniejszą umową, Świadczeniodawca jest obowiązany do ich zwrotu do dnia 15 stycznia 2020 r. przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego.
7. Przekazane środki finansowe, określone w § 5 ust. 1, 3, Świadczeniodawca jest zobowiązany wykorzystać do dnia 31 grudnia 2019 roku. Kwotę niewykorzystaną w terminie Świadczeniodawca jest zobowiązany zwrócić odpowiednio w terminie 15 dni od dnia zakończenia realizacji programu zdrowotnego, o którym mowa w § 1 ust. 1.

### § 6

1. Świadczeniodawca przedłoży Zamawiającemu sprawozdanie merytoryczne i finansowe, z realizacji programów, za cały okres obowiązywania umowy, w terminie do 15.01.2020 r.
2. Sprawozdanie merytoryczne winno zawierać opis działań podjętych przez Świadczeniodawcę w ramach programów oraz informację o liczbie i rodzajach wykonanych świadczeń zdrowotnych.
3. Na żądanie Zamawiającego Świadczeniodawca zobowiązany jest do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wykorzystywania informacji i sprawozdania merytorycznego.
5. W razie wcześniejszego rozwiązania umowy Świadczeniodawca zobowiązany jest złożyć końcowe rozliczenie umowy za cały okres jej trwania w terminie do 15 dnia następnego miesiąca



po jej rozwiązaniu.

## § 7

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do:

- a) prowadzenia odrębnej dokumentacji zadania,
- b) prowadzenia dokumentacji medycznej,
- c) prowadzenia sprawozdawczości statystycznej,
- d) równomiernego, w miarę możliwości, rozłożenia w czasie obowiązywania umowy realizacji programu zdrowotnego, o którym mowa w § 1 ust. 1,
- e) podania do publicznej wiadomości informacji dotyczących:
  - 1) zakresu i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 2) dni i godzin w jakich świadczenia są udzielane,
  - 3) zasad wpisu na listę osób objętych świadczeniami,
  - 4) sposobu rejestracji.
- f) zaznaczania w prowadzonej działalności informacyjnej oraz we wszelkich opracowaniach i publikacjach, że program zdrowotny stanowiący przedmiot umowy jest finansowany przez Urząd Gminy Gorzyce.

## § 8

1. Zamawiający lub osoba przez niego upoważniona może, w trakcie trwania umowy, przeprowadzić u Świadczeniodawcy kontrolę w zakresie:

- a) prawidłowości realizacji procedur stanowiących przedmiot umowy, określonych w § 1 ust.1,
  - b) celowości i gospodarności w wydatkowaniu przekazanych środków publicznych,
  - c) oceny prawidłowości dokonywania rozliczeń merytorycznych i finansowych umowy.
2. W przypadku zaistnienia nieprawidłowości w wykonaniu niniejszej umowy Zamawiający zaleci Świadczeniodawcy ich usunięcie w wyznaczonym terminie, a w razie rażących uchybień lub nie zastosowania się Świadczeniodawcy do zaleceń, Zamawiający może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia (natychmiastowy tryb rozwiązania umowy).
3. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 Świadczeniodawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 10 % środków o których mowa w § 5 ust. 1.
4. Zamawiający zachowuje prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, jeżeli kara umowna nie pokryła wyrządzonej szkody.

## § 9

1. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron z jednomiesięcznym wypowiedzeniem, dokonany na koniec miesiąca kalendarzowego, z powodu wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację niniejszej umowy, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności.

## § 10

1. Świadczeniodawca nie może przenieść na osoby trzecie swoich praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy bez uzyskania pisemnej zgody Zamawiającego.
2. Świadczeniodawcy nie przysługuje prawo przeniesienia na osoby trzecie wierzytelności z umowy

## § 11

Strony będą dążyć do rozstrzygnięcia wszelkich sporów związanych z niniejszą umową na drodze polubownej. W razie gdyby polubowne rozwiązanie sporu okazało się niemożliwe zostanie on poddany rozstrzygnięciu przez sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.

## § 12

Zmiana postanowień zawartej umowy może nastąpić za zgodą obu stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności takiej zmiany.

### § 13

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

### § 14

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Świadczeniodawcy, dwa egzemplarze dla Zamawiającego.

**ZAMAWIAJĄCY**

**ŚWIADCZENIODAWCA**