WZÓR

UMOWA NR ……..

na świadczenie gwarantowanych usług z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Milanówka finansowanych z budżetu Gminy Milanówek

zawarta w dniu …….. pomiędzy:
pomiędzy **Gminą Milanówek** z siedzibą w Milanówku przy ul. Kościuszki 45 ,
05-822 Milanówek, NIP: 529 179 92 45 reprezentowaną przez:
Pana Piotra Remiszewskiego – Burmistrza Miasta Milanówka,
przy kontrasygnacie **Pani Bożeny Sehn-** Skarbnika Miasta**,**
zwaną dalej „***Gminą***",
a
Panią/Panem……
prowadzącą/cym …….……..
z siedzibą w ……. przy ul. ……..,
NIP …….., zwaną/ym dalej „***Świadczeniodawcą***"

Na podstawie art.9a i 9b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.) oraz w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert strony zawierają umowę następującej treści:

§ 1.
Rodzaj, zakres i liczba udzielanych świadczeń gwarantowanych

1. Świadczeniodawca przyjmuje obowiązek świadczenia gwarantowanych usług w zakresie **rehabilitacji leczniczej** zwanych dalej świadczeniami rehabilitacyjnymi, dla mieszkańców Milanówka, a Gmina zobowiązuje się do zapłacenia za wykonanie świadczeń w ramach przeznaczonych na ten cel środków finansowych.
2. Świadczeniodawca przyjmuje do realizacji następujący zakres świadczeń rehabilitacyjnych:

Kod świadczenia	**Rodzaj zabiegu**	**Wartość punktu w warunkach ambulatoryjnych**
KINEZYTERAPIA		
068	Ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem	6
075	Ćwiczenia wspomagane	8
015	Wyciągi	7
MASAŻ		
019	Masaż suchy – częściowy – minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	10
ELEKTROLECZNICTWO		

024	Galwanizacja	4
025	Jonoforeza	5
028	Elektrostymulacja	7
030	Prądy diadynamiczne	4
031	Prądy interferencyjne	4
032	Prądy TENS	4
035	Ultradźwięki miejscowe	6
036	Ultrafonoforeza	7
LECZENIE POLEM MAGNETYCZNYM		
037	Impulsowe pole magnetyczne wysokiej częstotliwości	6
039	Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	3
ŚWIATŁO LECZNICTWO I TERMOTERAPIA		
076	Naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym – miejscowe	3
043	Laseroterapia punktowa	6
KRIOTERAPIA		
074	Krioterapia miejscowa	8

3. Liczba udzielanych świadczeń rehabilitacyjnych odpowiada wartości **…. punktów** zabiegowych miesięcznie.
4. Liczbę punktów zabiegowych niewykorzystanych w danym miesiącu można rozliczyć w miesiącach kolejnych, z tym, że nie może przekroczyć czasu trwania umowy.

§ 2.
Warunki oraz organizacja udzielania świadczeń gwarantowanych

1. Do skorzystania z bezpłatnych usług w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych uprawniony będzie każdy mieszkaniec Milanówka posiadający skierowanie lekarskie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego - według kolejności zgłoszeń i w granicach wartości środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania.
2. Mieszkaniec Milanówka, korzystający ze świadczeń rehabilitacyjnych zobowiązany jest do:
   a) zapoznania się i podpisania Klauzuli informacyjnej zgodnej z art. 13 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) (Dz. Urz. UE L 119, s.1) dalej RODO, na potrzeby rozliczeń realizacji świadczeń gwarantowanych usług w zakresie rehabilitacji leczniczej finansowanych z budżetu Gminy przygotowanej przez Świadczeniodawcę,
   b) zapoznania się i podpisania Klauzuli informacyjnej zgodnej z art. 13 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) (Dz. Urz. UE L 119, s.1) dalej RODO na potrzeby złożenia oświadczenia w którym wykaże, że nie korzystał z rehabilitacji finansowanej przez Gminę Milanówek w ciągu ostatnich 6 miesięcy przygotowanej przez Świadczeniodawcę,

c) złożenia potwierdzenia miejsca zamieszkania na terenie gminy Milanówek w postaci kserokopii pierwszej strony zeznania podatkowego od osób fizycznych (PIT) z potwierdzeniem złożenia w Urzędzie Skarbowym w Grodzisku Mazowieckim i z podanym adresem zamieszkania na terenie gminy Milanówek, bez względu na to, czy osiąga dochód. W okresie rozliczeń PITów tj. styczeń- kwiecień 2019 r. - honoruje się PIT za 2017 r.,

d) złożenia oświadczenia, w którym wykaże, że nie korzystał z rehabilitacji finansowanej przez Gminę Milanówek w ciągu ostatnich 6 miesięcy zgodnie z załącznikiem Nr 1 do niniejszej umowy.

3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do podpisania umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z tym, że jest Administratorem danych osobowych Mieszkańców Gminy Milanówek korzystających z bezpłatnych zabiegów rehabilitacyjnych.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest do sporządzania rozliczeń pacjentów wykonanych świadczeń rehabilitacyjnych wg wzoru stanowiącego załącznik Nr 3 oraz wypełnia wobec Mieszkańców Gminy Milanówek obowiązku informacyjnego.
5. Świadczeniodawca oświadcza, że posiada warunki lokalowe, dysponuje specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną oraz kadrą posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych, zgodnie z oświadczeniami i dokumentami dołączonymi do oferty.
6. Świadczeniodawca zobowiązuje się do wykonywania świadczeń rehabilitacyjnych z zachowaniem należytej staranności zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną i standardami postępowania oraz na zasadach wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz.2190 ze zm.), ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.) i innych przepisów regulujących zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, a także innych regulacji prawnych mających zastosowanie do przedmiotu umowy.
7. Świadczeniodawca zobowiązuje się do prowadzenia zapisów na zabiegi rehabilitacyjne w godzinach pracy przychodni, do wyczerpania puli środków publicznych o których mowa w § 4 ust. 2.
8. Świadczeniodawca zobowiązany jest do sporządzania rozliczeń pacjentów wykonanych świadczeń rehabilitacyjnych wg wzoru stanowiącego załącznik Nr 3 oraz zbierania od Mieszkańców oświadczeń według wzoru stanowiącego załącznik Nr 1 do niniejszej umowy.
9. Świadczenia rehabilitacyjne wykonywane będą od …… do…… w godzinach ……..z wyjątkiem dni świątecznych.
10. Świadczeniodawca zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych.
11. Świadczeniodawca zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją świadczeń rehabilitacyjnych przez 5 lat, licząc od początku roku

następującego po roku, w którym Świadczeniodawca rozliczył przedmiot umowy.

§ 3.
Okres obowiązywania umowy

Umowa zawarta jest na czas **od dnia podpisania umowy do 20 grudnia 2019 r.**

§ 4.
Kwota zobowiązania i zasady rozliczeń

1. Za wykonywanie świadczeń rehabilitacyjnych przysługuje Świadczeniodawcy zryczałtowana kwota brutto **…….. zł za 1 punkt** udzielonych świadczeń określonych w § 2 niniejszej umowy do kwoty **15 000,00 zł** (słownie złotych: piętnaście tysięcy) brutto miesięcznie, z wyjątkiem sytuacji o której mowa w ust. 2.
2. Niewykorzystana kwota w danym miesiącu przechodzi na kolejne miesiące, z tym, że budżet zadania w czasie trwania umowy nie może przekroczyć kwoty **150 000,00 zł** brutto (słownie złotych: sto pięćdziesiąt tysięcy).
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przedkładania miesięcznego rozliczenia wykonanych świadczeń rehabilitacyjnych według wzoru stanowiącego załącznik Nr 3 do niniejszej umowy, w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, z tymże za miesiąc grudzień w ciągu 5 dni od zakończenia umowy.
4. Wynagrodzenie płatne będzie w terminie 21 dni od dnia przedłożenia przez Świadczeniodawcę wymaganego miesięcznego rozliczenia na wskazany rachunek bankowy**……**

§ 5.

Sposób i tryb kontroli wykonania umowy

1. Gmina sprawuje kontrolę prawidłowości wykonywania usług rehabilitacji leczniczej przez Świadczeniodawcę. Kontrola może być przeprowadzona w toku realizacji usług oraz po ich zakończeniu do czasu ustania obowiązku, o którym mowa w § 2 ust. 7.
2. Świadczeniodawca na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.
3. O wynikach kontroli Gmina poinformuje Świadczeniodawcę, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.
4. Świadczeniobiorca jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń, o których mowa w ust. 3, do ich wykonania i powiadomienia o tym Gminę.

§ 6.

Burmistrz Miasta Milanówka spełniając obowiązek informacyjny określony w rozporządzeniu 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) (Dz. Urz. UE L 119, s.1) dalej RODO informuje, że:

1) Administratorem danych osobowych *Świadczeniodawcy* jest Burmistrz Miasta Milanówka, ul. T. Kościuszki 45, 05-822 Milanówek, e-mail: miasto@milanowek.pl, tel. 22 758 30 61.
2) W sprawach dotyczących przetwarzania przez nas danych osobowych Świadczeniodawcy oraz korzystania z praw związanych z ochroną danych osobowych Świadczeniodawca może kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail: iod@milanowek.pl, tel. 0 660 504 492.
3) Dane osobowe *Świadczeniodawcy*, w tym również jeżeli będzie to niezbędne dane reprezentantów, pełnomocników lub pracowników *Świadczeniodawcy*, a także innych osób wskazanych w umowie będziemy przetwarzać w celu realizacji umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO).
4) W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 3 odbiorcami Państwa danych osobowych będą organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa oraz osoby posiadające dostęp do informacji publicznej w trybie ustawy o dostępnie do informacji publicznej, w przypadku w którym nie zachodzi podstawa do ograniczenia dostępu zgodnie z art. 5 Ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764 z 2017 r. z póź. zm.)
5) W związku z przetwarzaniem danych osobowych *Świadczeniodawcy* przysługują następujące uprawnienia:
   a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych,
   b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne,
   c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (nie dotyczy przypadków określonych w Art. 17 ust. 3 RODO),
   d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych
   e) prawo do przenoszenia danych,
   f) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych
6) Świadczeniodawcy dane nie będą przekazane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej**.**
7) Świadczeniodawcy dane będą przechowywane przez okres wynikający z celów przetwarzania opisanych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa tj. przez czas trwania umowy oraz przez okres 5 lat licząc od początku roku następującego po roku, w którym Świadczeniodawca realizował przedmiot umowy.
8) Świadczeniodawcy przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w sposobie i trybie określonym w przepisach RODO oraz Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). Adres organu nadzorczego: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, kancelaria@uodo.gov.pl
9) Dane osobowe Świadczeniodawcy nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
10) Podanie danych osobowych jest konieczne dla zawarcia i realizowania umowy. Niepodanie danych osobowych powoduje niemożliwość zawarcia i realizacji umowy**.**

§ 7.
Postanowienia końcowe

1. Świadczeniodawca został poinformowany co do przetwarzania danych osobowych przez publikację przedmiotowej umowy, wraz z jej numerem, szczegółowym zakresem prac, datą zawarcia, łączną wartością oraz imieniem i nazwiskiem/nazwą Świadczeniodawcy, w publicznym rejestrze umów prowadzonym przez Burmistrza Miasta Milanówka i publikowanym w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Milanówka,
2. Świadczeniodawca oświadcza, że zobowiązuje się wypełnić obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu zawarcia i wykonania niniejszej umowy.
3. Świadczeniodawca oświadcza, że zobowiązuje się wypełnić wszelkie nałożone na niego jako na Administratora danych osobowych Mieszkańców Gminy Milanówek (w zakresie przewidzianym w umowie) obowiązki na mocy 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) i być w stanie wykazać ich wypełnienie Gminie Milanówek
4. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:
   1) z upływem czasu na jaki została zawarta;
   2) na mocy porozumienia stron;
   3) przez każdą ze stron z 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia skutkującym na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
5. Zmiany postanowień niniejszej umowy wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej.
6. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.
7. Spory mogące wyniknąć ze stosunku objętego niniejszą umową, strony poddają pod rozstrzygnięcie właściwego Sądu Rejonowego.
8. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.

…… ……

Świadczeniodawca Gmina

……

kontrasygnata Skarbnika Miasta

Załącznik Nr 1 do UMOWY Nr …….

- wzór-

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany…….,

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a w ……

(miejscowość, ulica)

legitymujący się dowodem osobistym (nr i seria) ……. wydanym

przez ……

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

oświadczam, że

ostatni raz korzystałam/em z zabiegów rehabilitacyjnych finansowanych z budżetu Gminy Milanówek

w przychodni…….

(podać nazwę i adres przychodni, w której korzystano ze świadczeń rehabilitacyjnych)

w terminie …….

(podać miesiąc i rok, w którym korzystano ze świadczeń rehabilitacyjnych)

…… ……

(miejscowość, data) (własnoręczny podpis)

Załącznik Nr 2 do UMOWY Nr ……..

- wzór-

Rozliczenie pacjenta
z wykonanych świadczeń gwarantowanych usług z zakresu
rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Milanówka

Imię i nazwisko ……..……

PESEL, adres …….

Termin wykonania zabiegu od dnia do dnia w danym miesiącu	Ilość zabiegów	Rodzaj zabiegu	Podpis osoby korzystającej z zabiegów	Wartość punktowa zabiegu x cena za 1 punkt zabiegu	Kwota kol.2 x kol.6
1	2	3	4	6	7
				RAZEM	

Data: …….

.....
Pieczęć i podpis Świadczeniodawcy

Załącznik Nr 3 do UMOWY Nr ……

- wzór-

Rozliczenie zbiorcze
wykonanych świadczeń gwarantowanych usług z zakresu
rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Milanówka
za miesiąc ……. 2019 r.

1. **Lista mieszkańców Milanówka korzystających ze świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej:**

Lp.	Imię i nazwisko	Łączna liczba zabiegów w miesiącu	Cena za pkt	Łączna liczba pkt	Wartość punktowa zabiegów kol.4 x kol.5
1	2	3	4	5	6
RAZEM					

2. W załączeniu sztuk…….. podpisanych Klauzul Informacyjnych zgodnych z art. 13 RODO.

Data: …….

.....
Pieczęć i podpis Świadczeniodawcy