

UMOWA nr
Na świadczenia zdrowotne (wzór dla PAKIETU IV)

zawarta w dniu ... 2013 r. w Warszawie, pomiędzy:

Samodzielnym Zespołem Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota, ul. Szczęśliwicka 36, 02-353 Warszawa, zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym, rejestrze publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, pod numerem KRS 0000188485, posiadającym numer identyfikacji podatkowej NIP 526-17-71-472 oraz nr REGON 010202670, reprezentowanym przez:

Pana **Krzysztofa Marcina Zakrzewskiego – Dyrektora**,
zwanym w treści umowy „**Udzielającym zamówienia**”,

....., zam. NIP: ..., Pesel,
zwanym w treści umowy „**Przyjmującym zamówienie**”,

Umowa zostaje zawarta na podstawie art. 26 ust. 1-5 oraz art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217) oraz w związku z wynikami ogłoszonego i przeprowadzonego przez Udzielającego zamówienie konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

W związku z realizacją przez Udzielającego zamówienie „Programu zdrowotnego w zakresie poprawy stanu zdrowia jamy ustnej dla uczniów klas II szkół podstawowych na terenie m. st. Warszawy” na lata 2011 – 2013 (Umowa Nr PZ-B/VI/1/1-STO/203/11 zawarta z m. st. Warszawa), zwanego dalej „Programem”, strony zawarły umowę o następującej treści:

§ 1

1. Udzielający zamówienie - zleca, a Przyjmujący zamówienie - zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie realizacji Programu.

2. Udzielenie świadczenia zdrowotnego nastąpi w miejscu i czasie każdorazowo wedle potrzeby i wskazania Udzielającego zamówienie. Udzielający zamówienie każdorazowo poinformuje Przyjmującego zamówienie telefonicznie o potrzebie udzielenia świadczenia.

3. W szczególności Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

- 1) uzyskania zgody od rodzica/opiekuna prawnego na uczestnictwo ucznia w Programie - wzór zgody na uczestnictwa w Programie stanowi załącznik nr 1 do umowy;
- 2) zarejestrowania dziecka z określonej populacji uczniów klas II, które zgłosi się do Programu wzór rejestru listy osób uczestniczących w programie stanowi załącznik nr 4 ,
- 3) wypełnienia Indywidualnej Karty Profilaktycznego Badania Stomatologicznego – karta pozwala na zebranie informacji o uczniu. Karta zakładana jest dla każdego ucznia uczestniczącego w programie. W kartę wpisywane są również zalecenia, co do dalszego postępowania. Karta wypełniana jest w 2 egzemplarzach, w tym jeden przekazywany jest rodzicom lub opiekunom prawnym badanego ucznia. Wzór Indywidualnej Karty Profilaktycznego Badania Stomatologicznego stanowi załącznik nr 2 do umowy,
- 4) zakwalifikowania dziecka do grupy szczególnego ryzyka (postępowanie lecznicze tej grupy),
- 5) poinformowania rodzica/opiekuna o stanie zdrowia i potrzebach zdrowotnych z zakresu profilaktyki zdrowia jamy ustnej (badanie indywidualne),
- 6) przeprowadzenia przez realizatora programu 5 sesji nadzorowanego szczotkowania zębów z uwzględnieniem zębów trzonowych u uczniów w klasach II szkół podstawowych,
- 7) przedkładanie w wersji pisemnej oraz elektronicznej miesięcznych sprawozdań merytorycznych w okresie trwania roku szkolnego tj. w miesiącach wrzesień – czerwiec danego roku szkolnego (wzór sprawozdania stanowi załącznik nr 3 do umowy) z realizacji Programu do dnia 5 następnego miesiąca za poprzedni miesiąc jego realizacji.

§ 2

- 1) Wysokość wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie za wykonywanie przedmiotu umowy, określonego w § 1, wynosi ... zł. brutto (słownie: ... złotych) za jednego przebadanego ucznia.

- 2) Wypłata wynagrodzenia odbywać się będzie co miesiąc, na podstawie wystawionego przez Przyjmującego zamówienie rachunku.
- 3) Łączna kwota wynagrodzenia w danym miesiącu stanowić będzie iloczyn ilości przebadanych uczniów oraz wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1.
- 4) Przyjmujący zamówienie ma obowiązek składać poprawne rachunki w Sekcji Marketingu i Promocji Zdrowia udzielającego zamówienia w terminie do 5 dni, po upływie każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego.
- 5) Realizacja płatności rachunku nastąpi w terminie do 15 dni, po upływie miesiąca kalendarzowego, pod warunkiem złożenia przez Przyjmującego zamówienie poprawnego rachunku we wskazanym terminie i po potwierdzeniu przez Udzielającego zamówienia wykonania prac wskazanych w rachunku.
- 6) Rachunek za wykonanie zlecenia należy wystawić na:
Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota,
ul. Szczęśliwicka 36, 02-353 Warszawa, NIP- 526-17-71-472.
- 7) Wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie przelewane będzie na jego rachunek bankowy:

.....

Do niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie składa „Oświadczenie do zgłoszenia Przyjmującego zamówienie do Ubezpieczeń Społecznych i Ubezpieczenia Zdrowotnego”.

§ 3

Przyjmujący zamówienie nie może powierzyć wykonania zlecenia osobom trzecim bez pisemnej zgody udzielającego zamówienia.

§ 4

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się również do:

- 1) prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej,
- 2) prowadzenia dokumentacji udzielanych świadczeń, w tym do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach określonych umową Zleceńodawcy Nr PZ-B/VI/1/1-STO/203/11 zawartej z m. st. Warszawa - i do każdorazowego udostępniania Udzielającemu zamówienia prowadzonej dokumentacji.

§ 5

- 1) Udzielający zamówienia może w każdym czasie przeprowadzić kontrolę realizacji świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie, w szczególności w zakresie ilości oraz jakości świadczeń zdrowotnych, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się tej kontroli.
- 2) Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli udzielania świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy przez m. st. Warszawa w zakresie wynikającym z umowy Nr PZ-B/VI/1/1-STO/203/11 zawartej pomiędzy Udzielającym zamówienia a m. st. Warszawa.

§ 6

Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia w przypadku:

- 1) stwierdzenia rażących nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy,
- 2) naruszenia praw pacjenta,
- 3) nieprzestrzegania przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych obowiązujących u Udzielającego zamówienia,
- 4) narażenia Udzielającego zamówienia na szkodę będącą wynikiem zachowania Przyjmującego zamówienie,
- 5) utraty przez Przyjmującego zamówienie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki,
- 6) nie realizowania świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy w terminach określonych przez Udzielającego zamówienia,
- 7) nie poddania się kontroli.

§ 7

1. Niniejsza umowa może być wypowiedziana przez Udzielającego zamówienia, za 7 dniowym wypowiedzeniem, w przypadku:

- 1) wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie będzie służyło interesowi Udzielającego zamówienia lub interesowi publicznemu, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy,
- 2) rozwiązania umowy z m. st. Warszawa w zakresie dotyczącym świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,
- 3) wystąpienia po stronie Przyjmującego zamówienie nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy, o ile w ocenie Udzielającego zamówienia nie stanowi to przesłanki do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia.

2. W przypadku rozwiązania umowy z przyczyn, o których mowa w ust. 1, Przyjmącemu zamówienie przysługiwać będzie wynagrodzenie jedynie za faktycznie wykonane świadczenia zdrowotne do czasu rozwiązania umowy.

§ 8

Przyjmujący zamówienie może rozwiązać umowę za 7 dniowym wypowiedzeniem, licząc od początku miesiąca kalendarzowego, po którym zostało złożone wypowiedzenie.

§ 9

- 1) Umowę zawiera się na czas określony od dnia podpisania umowy do dnia 10 grudnia 2013 r.
- 2) Przyjmujący zamówienie realizować będzie zlecenie w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

§ 10

Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy zarówno wobec Udzielającego zamówienia jak i osób trzecich.

§ 11

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że znany jest mu fakt, iż treść niniejszej umowy, a w szczególności przedmiot umowy i wysokość wynagrodzenia, stanowią informację publiczną w rozumieniu art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2001 r. nr 112 poz. 1198 z późn. zm.), która podlega udostępnieniu w trybie przedmiotowej ustawy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Przyjmujący zamówienia wyraża zgodę na udostępnienie w trybie ustawy, o której mowa w ust. 1, zawartych w niniejszej umowie dotyczących danych osobowych w zakresie obejmującym imię i nazwisko, a w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej – również w zakresie firmy.

§ 12

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności leczniczej oraz przepisy innych aktów prawnych dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy.

§ 13

Wszystkie zmiany niniejszej umowy wymagają dla swojej ważności formy pisemnej w postaci aneksu.

§ 14

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Udzielającego zamówienia, jeden dla Przyjmującego zamówienie.

Przyjmujący zamówienie

Udzielający zamówienia

Szanowni Państwo, jeśli jesteście zainteresowani udziałem Państwa dziecka w oferowanym przez Biuro Polityki Zdrowotnej Urzędu m.st. Warszawy programie z zakresu profilaktyki zdrowotnej, prosimy wypełnić deklarację:

DEKLARACJA

„Program zdrowotny w zakresie poprawy stanu zdrowia jamy ustnej dla uczniów klas II szkół podstawowych na terenie m.st. Warszawy”

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

na udział.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko

nr PESEL ucznia

we wskazanym programie z zakresu profilaktyki zdrowotnej finansowanym ze środków m.st. Warszawy.

.....
Data, podpis rodzica/opiekuna dziecka

Szanowni Państwo, uprzejmie informuję, że istnieje możliwość leczenia zębów, którą stwierdzono podczas badania przesiewowego, koszt leczenia jest ponoszony przez realizatora programu w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jeśli jesteście zainteresowani leczeniem Państwa dziecka, prosimy wypełnić deklarację.

DEKLARACJA

„Program zdrowotny w zakresie poprawy stanu zdrowia jamy ustnej dla uczniów klas II szkół podstawowych na terenie m.st. Warszawy”

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

na leczenie zębów

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko

nr PESEL ucznia

przez realizatora programu w ramach kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia.

.....
Data, podpis rodzica/opiekuna dziecka

Uwaga:

Powyższe deklaracje proszę potraktować oddzielnie. Istnieje możliwość wyrażenia zgody na uczestnictwo dziecka tylko w programie zdrowotnym (badanie przesiewowe i edukacja zdrowotna w zakresie prawidłowego szczotkowania zębów) bez leczenia

(pieczęć Zakładu)

Sprawozdanie merytoryczne z realizacji „Programu profilaktyki zdrowotnej w zakresie poprawy stanu zdrowia jamy ustnej dla uczniów klas II szkół podstawowych na terenie m.st. Warszawy” w miesiącu roku zgodnie z umową nr PZ-B/VI/1/1-STO/203/11

Lp.	DZIELNICA	NAZWA I ADRES SZKOŁY	LICZBA UCZNIÓW KLAS II W SZKOLE	LICZBA PRZEBADANYCH UCZNIÓW	LICZBA UCZNIÓW Z WYKRYTĄ PRÓCHNICĄ	LICZBA UCZNIÓW ZE WSKAZANIEM DO LECZENIA ZACHOWAWCZEGO	LICZBA UCZNIÓW ZE WSKAZANIEM DO LECZENIA ORTODONTYCZNEGO	LICZBA UCZNIÓW W SKIEROWANYCH DO DALESZEGO POSTĘPOWANIA MEDYCZNEGO	ŚREDNIA WARTOŚĆ OCENY HIGIENY JAMY USTNEJ (0- ZŁA, 1- Dобра)	ŚREDNIE WARTOŚCI WSKAŹNIKÓW W puw I PUW W BADANEJ POPULACJI	
										puw	PUW

Oświadczam, iż podana liczba osób jest zgodna z imienną listą z numerami PESEL uczniów objętych programem potwierdzającą fakt uczestnictwa w programie.

.....
Pieczęć i podpis kierownika ZOZ

.....
Data i podpis koordynatora programu

Imię i Nazwisko koordynatora programu

Tel.....

e-mail.....

Lista osób uczestniczących w programie zdrowotnym
„Program profilaktyki zdrowotnej w zakresie poprawy stanu zdrowia jamy ustnej dla uczniów klas II
szkół podstawowych na terenie m.st. Warszawy” w miesiącu roku.

Lp.	Nazwisko	Imię	Nr PESEL	Nazwa i numer szkoły podstawowej	Data badania
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

.....
Data i podpis pielęgniarki