**Załącznik nr 4 do ogłoszenia konkursu dla podmiotów leczniczych na wybór realizatorów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie terapii uzależnień w roku 2017**

**UMOWA nr** .........................

**zawarta w dniu** ............................... **roku w Urzędzie Gminy Kwidzyn**

**pomiędzy Gminą Kwidzyn z siedzibą: 82- 500 Kwidzyn,ul.Grudziądzka 30,NIP 581 18 27 894, REGON: ……..zwaną w dalszej części Zamawiającym, reprezentowaną przez:**

1. **Ewę Nowogrodzką – Wójta Gminy Kwidzyn**

**a**

**………………………………………………………………………………………………….. z siedzibą w ……………… NIP: ………………….REGON: ……………wpisanym do rejestru sądowego pod numerem KRS;…………………………………**

**reprezentowanym przez:**

1. ……………………………………………..
2. **…………………………………………..**

**zwanym dalej Wykonawcą**

Umowa niniejsza zostaje zawarta na podstawie art. 114 ust. 1 pkt 5 i art. 115 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 ze zmianami), w związku z art. 41 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487), art. 10. ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2017r., poz. 783), art. 9a i art. 9b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016r., poz. 1793 ze zmianami), art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz.U.z 2016r., poz. 446 ze zmianami) oraz Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2017stanowiącego załącznik do uchwały Nr XXXVIII/261/17 Rady Gminy Kwidzyn z dnia 2 czerwca 2017 r., a także zarządzenia Nr 85/17 Wójta Gminy Kwidzyn z dnia 21 sierpnia 2017r. w sprawie rozstrzygnięcia konkursu ofert dla podmiotów leczniczych na świadczenie opieki zdrowotnej w zakresie terapii uzależnień.

**§ 1**

1. Zamawiający **zleca**, a Wykonawca przyjmuje do realizacji wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej   
   w zakresie terapii osób uzależnionych i współuzależnionych oraz zagrożonych uzależnieniem i członków ich rodzin, zamieszkałych na terenie Gminy Kwidzyn.
2. Zamawiający zobowiązuje się przekazać Wykonawcy dotację celową z przeznaczeniem na realizację zadań określonych w ust. 1 w kwocie brutto …….. zł (słownie: ………….. złotych).
3. Środki finansowe na realizację zobowiązania finansowego w roku 2017 zostały ujęte w planie finansowym Urzędu Gminy Kwidzyn na rok 2017 w klasyfikacji budżetowej Dział 851 Rozdział 85154 § …… Zadanie ……………… pn. finansowanie terapii dla osób uzależnionych, wydatek strukturalny – …. oraz Dział 851 Rozdział 85154 §……, wydatek strukturalny – ….

**§ 2**

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do złożonej oferty – Uprawnienia zawodowe personelu.
2. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 3 do umowy – Harmonogram pracy personelu.
3. Wykonawca zobowiązany jest do zagwarantowania bezwzględnej dostępności do świadczeń (czasowej i personalnej) dla pacjentów leczonych w ramach programu w godzinach pracy zgodnych z załącznikiem nr 3 do umowy - harmonogram pracy personelu sporządzonym na podstawie informacji złożonych do oferty.
4. Wykonawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Wykonawcy służące wykonywaniu świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 1 niniejszej umowy, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i warunki lokalowe.
5. Każdą zmianę w potencjale wykonawczym oraz harmonogramie pracy Wykonawca ma obowiązek zgłaszać Zamawiającemu, działającego w imieniu Zamawiającego w terminie 7 dni przed datą planowanej zmiany lub w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.
6. Powyższa zmiana może zostać dokonana tylko za zgodą Zamawiającego.
7. Zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń wymaga pisemnej zgody Zamawiającego wyrażonej w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku.
8. Zamawiający może odmówić wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 7, w przypadku gdy zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń.
9. Jeżeli świadczeniodawca udziela świadczeń w różnych miejscach, jest obowiązany do spełniania wymagań, o których mowa w niniejszym paragrafie w każdym z tych miejsc udzielania świadczeń.

**§ 3**

1. Wykonawca zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją niniejszej umowy i dostarczenia do Zamawiającego jej uwierzytelnionej kopii w terminie 30 dni od daty podpisania umowy.
2. Wykonawca odpowiada wobec osób, na rzecz których wykonywać będzie świadczenia, za jakość udzielonego świadczenia.
3. Wykonawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
4. Wykonawca powiadamia na piśmie Zamawiającego o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń,   
   w terminie co najmniej 14 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania.
5. Przerwa w udzielaniu świadczeń, o której mowa w ust. 4, wymaga pisemnej zgody Zamawiającego udzielonej w terminie 7 dni od dnia otrzymania powiadomienia.

**§ 4**

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia **……………………….**do dnia……………….
2. Całkowite rozliczenie i zamknięcie umowy nastąpi do dnia 30 stycznia 2018 r.
3. Cenę usług oraz kwotę wynagrodzenia specjalistów w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa załącznik nr 1 (finansowy) do niniejszej umowy. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Zamawiający wypłaca na rachunek bankowy Wykonawcy nr………………………………………………................................
4. Wypłata należności z tytułu realizacji umowy będzie następować w dwóch transzach t.j. I transza   
   do 29 września 2017r. i II transza do 30 października 2017r.
5. Środki niewykorzystane winny być wpłacone na rachunek bankowy Zamawiającego nr ………………………….. (zwrot nastąpi w bieżącym roku kalendarzowym lub w następnym roku kalendarzowym) do dnia 30 stycznia 2018 r.
6. Od niewykorzystanej kwoty dotacji zwróconej po terminie, o którym mowa w ust. 6, naliczane są odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, z zastrzeżeniem art. 54 § 1 ust. 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja Podatkowa i przekazywane na rachunek bankowy Zamawiającego  
   nr …………… (zwrot nastąpi w bieżącym roku kalendarzowym lub w następnym roku kalendarzowym). Wykonawca oświadcza, że nie podlega wykluczeniu z prawa otrzymania dotacji na mocy ustawy   
   o finansach publicznych.

**§ 5**

* 1. Prawa i obowiązki Zamawiającego i Wykonawcy wynikające z niniejszej umowy nie mogą być przenoszone na osoby trzecie, bez pisemnej zgody drugiej strony.
  2. Wykonawca zobowiązuje się do:

1. prowadzenia dokumentacji w sposób umożliwiający ocenę wykonania zadania pod względem rzeczowym i w oparciu o aktualne przepisy w sprawie sposobu prowadzenia i gromadzenia dokumentacji medycznej (w szczególności Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania);
2. wykonywania świadczeń objętych umową w oparciu o aktualną wiedzę medyczną i standardy realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie terapii uzależnień dla Gminy Kwidzyn;
3. przekazania Zamawiającemu w terminie do 30 stycznia 2018r. sprawozdania (sporządzonego wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do umowy), zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
4. przekazywania - na pisemne żądanie Zamawiającego - w terminie 7 dni innych dodatkowych informacji o zakresie i sposobie realizacji umowy;
5. stosowania przy realizacji niniejszej umowy przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r.   
   o działalności leczniczej;
6. poddania się kontroli w zakresie prawidłowości wykonywania zadań określonych w przyjętej ofercie.

**§ 6**

Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji sprawozdanych świadczeń złożonych przez Wykonawcę. W przypadku powstania wątpliwości lub stwierdzenia błędów w sprawozdanych świadczeniach wzywa Wykonawcę na piśmie do wyjaśnienia kwestionowanych danych w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania.

W przypadku braku pisemnej odpowiedzi ze strony Wykonawcy, Zamawiający pomniejszy drugą transzęo wartość kwestionowanych świadczeń do czasu pisemnego wyjaśnienia sytuacji lub skorygowania uznanych błędów.

**§ 7**

W razie niedotrzymania warunków umowy, a w szczególności naruszenia postanowień § 5 niniejszej umowy, Zamawiający może nałożyć karę umowną w wysokości do 10% wartości przekazanej dotacji. Niezależnie od tego zamawiającemu przysługuje prawo wypowiedzenia niniejszej umowy z 30-dniowym terminem wypowiedzenia.

**§ 8**

1. W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. W takim przypadku Wykonawca może żądać wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.
2. Odstąpienie od umowy może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej wraz z podaniem uzasadnienia.
3. W przypadku odstąpienia od umowy, Strony sporządzają w terminie 5 dni od daty odstąpienia, protokół stopnia wykonania zadania, który stanowić będzie podstawę do ostatecznego rozliczenia umowy.
4. Za odstąpienie od umowy z winy leżącej po stronie Wykonawcy, Zamawiającemu przysługuje kara umowna w wysokości 5% wartości przekazanej dotacji określonej w § 1 ust. 2 niniejszej umowy.
5. Zamawiający zobowiązany jest zapłacić Wykonawcy karę umowną w wysokości 0,1 % wartości przekazanej dotacji określonej w § 1 ust. 2 niniejszej umowy, w przypadku odstąpienia od umowy   
   z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność, innych niż wymienione w niniejszym paragrafie.

**§ 9**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do nadzorowania, weryfikacji i kontroli sposobu wykonania umowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
2. W przypadku zaistnienia okoliczności wskazujących na wykorzystanie dotacji niezgodnie z przeznaczeniem, pobrania jej nienależnie lub w nadmiernej wysokości Zamawiający wszczyna postępowanie w/s prawidłowości wykorzystania dotacji.
3. W przypadku stwierdzenia, że dotacja wykorzystana została niezgodnie z przeznaczeniem, pobrana nienależnie lub w nadmiernej wysokości, Wykonawca zobowiązany jest do jej zwrotu wraz z odsetkami naliczonymi zgodnie z zapisami ustawy o finansach publicznych w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, z zastrzeżeniem art. 54 § 1 ust. 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. Ordynacja podatkowa.

**§ 10**

Zamawiający zastrzega sobie prawo do rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających wykonanie umowy. W tym przypadku Wykonawcy nie przysługują jakiekolwiek roszczenia wobec Zamawiającego.

**§ 11**

Osobą odpowiedzialną za odbiór sprawozdania pod względem merytorycznym i finansowym oraz za rozliczenie finansowe umowy ze strony Zamawiającego jest Dorota Madej – Pełnomocnik Wójta ds. rozwiązywania problemów społecznych (tel. 261 41 56).

**§ 12**

Wszelkie zmiany umowy wymagać będą dla swej ważności formy pisemnej.

**§ 13**

1. Ewentualne spory mogące wyniknąć między Stronami w związku z realizacją umowy będą rozpatrywane przez sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.
2. Przeniesienie na osobę trzecią wierzytelności wynikających z niniejszej umowy wymaga zgody Wójta Gminy Kwidzyn wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

**§ 14**

W sprawach nieuregulowanych w umowie zastosowanie mieć będą przepisy kodeksu cywilnego, ustawy   
o działalności leczniczej i ustawy o finansach publicznych.

**§ 15**

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Zamawiającego, a jeden dla Wykonawcy.

Wykaz załączników do umowy:

1. Załącznik nr 1 – finansowy,
2. Załącznik nr 2 – sprawozdawczy,
3. Załącznik nr 3 - harmonogram pracy personelu.

**Zamawiający: Wykonawca:**

***Załącznik nr 1 do umowy – finansowy***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **Rodzaj czynności** | **Jednostka** | **Proponowana cena za świadczenie**  **(w zł)** | **Proponowana cena za wynagrodzenie specjalistów** | **Suma** |
| 1. | porada lub wizyta terapeutyczna (kolejna) | | 5 |  |  |  |
| 2. | sesja psychoterapii indywidualnej | | 5 |  |  |  |
| 3. | sesja psychoterapii grupowej | | 5 |  |  |  |
| 4. | sesja psychoterapii rodzinnej/pary | | 5 |  |  |  |
| 5. | sesja psychoterapii grupowej (za każdego uczestnika) | | 5 |  |  |  |
| 6. | sesja psychoedukacyjna (za każdego uczestnika) | | 5 |  |  |  |
| **OGÓŁEM:** | | |  |  |  |  |

***Załącznik nr 2 do umowy – sprawozdawczy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kategoria przyjęcia | Nazwa podmiotu | Adres wykonawcy | Data wyk. świad. | Pesel osoby wykonującej świadczenie | Imię pacjenta | Nazwisko pacjenta | Pesel pacjenta | Adres pacjenta | Kod res. | Nazwa poradni | Kod świadczenia | Nazwa świadczenia | Liczba pkt |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cena | Wartość | Miejsce wyk. świadcz |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Załącznik nr 3 do umowy – harmonogram pracy personelu.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lp.** | **nazwisko** | **imię** | **pesel** | **dostępność godzinowa tygodniowo** | **pn (godz)** | **wt (godz)** | **śr (godz)** | **czw (godz)** | **pt (godz)** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |