**UMOWA DOTACJI nr ……………………**

Zawarta w dniu ………………………….. 2023 r. w Kątach Wrocławskich

Pomiędzy Gminą Kąty Wrocławskie, ul. Rynek - Ratusz 1, 55-080 Kąty Wrocławskie,

zwaną dalej ***„Zleceniodawcą”***

reprezentowaną przez:

Burmistrza Miasta i Gminy Kąty Wrocławskie – Juliana Żygadło

przy kontrasygnacie

Skarbnika Miasta i Gminy - Małgorzaty Golian

a:

………………………………………………………………………..., ul. …………………………….., ………………………………………………….

reprezentowanym przez:

………………………………………………………………………….

oraz

………………………………………………………………………….

zwanym dalej ***„Zleceniobiorcą”***

**§ 1.**

1. Zleceniodawca na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.), w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert zleca, a Zleceniobiorca przyjmuje do realizacji zadanie pn. „Rehabilitacja lecznicza (Fizjoterapia i Kinezyterapia) Mieszkańców Miasta i Gminy Kąty Wrocławskie”.
2. Przedmiotem umowy jest wykonanie w 2023 r. programu rehabilitacji leczniczej w ramach Programu Polityki Zdrowotnej „Rehabilitacja lecznicza (fizjoterapia i kinezyterapia) mieszkańców Miasta i Gminy Kąty Wrocławskie” obejmującego następujące zabiegi:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Laser |
|  | Jonoforeza |
|  | Stymulacja |
|  | Diadynamik |
|  | Ultradźwięki |
|  | Tens - prądy |
|  | Gimnastyka bloczkowo, ciężarkowa, wyciągi podwieszane z UGUL |
|  | Krioterapia miejscowa |
|  | Terapia polem magnetycznym |
|  | Interdyn |
|  | Masaż suchy |
|  | Kąpiel wirowa kończyn |
|  | Sollux |
|  | Galwanizacja |
|  | Fonoforeza |

1. Cena brutto realizacji pojedynczych zabiegów w ramach realizowanych świadczeń zdrowotnych wynosi dla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj zabiegu** | **CENA** | **Słownie** |
|  | Laser |  |  |
|  | Jonoforeza |  |  |
|  | Stymulacja |  |  |
|  | Diadynamik |  |  |
|  | Ultradźwięki |  |  |
|  | Tens- prądy |  |  |
|  | Gimnastyka bloczkowo, ciężarkowo wyciągi podwieszane z UGUL |  |  |
|  | Krioterapia miejscowa |  |  |
|  | Terapia polem magnetycznym |  |  |
|  | Interdyn |  |  |
|  | Masaż suchy |  |  |
|  | Kąpiel wirowa kończyn |  |  |
|  | Sollux |  |  |
|  | Galwanizacja |  |  |
| 15) | Fonoforeza |  |  |

4.Na realizację niniejszej umowy Zleceniodawca przekaże dotację celową w wysokości **………………………. zł** (słownie: **………………………………… tysięcy złotych**), która zostanie skalkulowana stosownie do art. 114-116 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.).

5. Świadczenia realizowane będą w ilości zgodnej z zapotrzebowaniem mieszkańców do wysokości przyznanej Zleceniobiorcy dotacji.

6. Zleceniobiorca zobowiązuje się do realizacji zadania zgodnie z Uchwałą LIX/769/22 Rady Miejskiej w Kątach Wrocławskich z dnia 29 grudnia 2022 r. w sprawie przedłużenia w latach 2023-2026 realizacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą "Rehabilitacja lecznicza (fizjoterapia i kinezyterapia) mieszkańców Miasta i Gminy Kąty Wrocławskie".

**§ 2.**

1. Zleceniobiorca przyjmuje do wiadomości, że podmiotami uprawnionymi do korzystania z usług rehabilitacji leczniczej świadczonych na podstawie niniejszej umowy i finansowanych przez Zleceniodawcę uprawnieni są wyłącznie mieszkańcy Miasta i Gminy Kąty Wrocławskie posiadający skierowanie od lekarza ubezpieczeń społecznych.

2. Mając na względzie postanowienia ust. 1 Zleceniobiorca zobowiązuje się uzyskać od każdej osoby fizycznej zgłaszającej się do rehabilitacji leczniczej w ramach niniejszej umowy oświadczenie sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1.

**§ 3.**

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonania świadczeń zdrowotnych zgodnie z zapisami poniższymi:
   1. świadczenia zdrowotne będą realizowane w ………………………………………………………………………………………
   2. pacjenci będą korzystać ze świadczeń w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych przez 10 godzin dziennie, zawartych pomiędzy godzinami 8.00- 18.00, z wyjątkiem sobót i niedziel według rozkładu zaproponowanego przez realizatora programu, zatwierdzonego przez Burmistrza Miasta i Gminy Kąty Wrocławskie;
   3. w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych uczestnikowi programu przysługuje nie więcej niż pięć zabiegów dziennie;
   4. o liczbie cykli terapeutycznych dla jednego pacjenta decyduje lekarz ubezpieczeń zdrowotnych wystawiający skierowanie. Nie więcej niż 5 cykli w roku rozliczeniowym;
   5. zabiegi fizjoterapeutyczne muszą odbywać się pod nadzorem co najmniej magistra fizjoterapii;
   6. listy obecności prowadzone będą z uwzględnieniem daty i godziny zabiegu;
   7. zostanie dokonana ocena efektów terapeutycznych.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do: realizacji przedmiotu umowy z zachowaniem praw pacjenta, należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej, zapewnienia personelu posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania umowy oraz sprzętu i urządzeń medycznych niezbędnych do zrealizowania umowy, spełniających normy określone przepisami prawa.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zamieszczenia w widocznym miejscu na terenie placówki realizującej zadanie informacji, że realizowany program jest współfinansowany ze środków budżetowych Gminy Kąty Wrocławskie.
4. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej i prowadzenia sprawozdawczości statystki na zasadach określonych przepisami prawa oraz dokumentacji odzwierciedlającej realizację zadania w sposób umożliwiający kontrolę.

**§ 4.**

1. Po wykonaniu całego zadania Zleceniobiorca przekaże Zleceniodawcy sprawozdanie finansowe i merytoryczne z realizacji przekazanej dotacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik Nr 1 do niniejszej Umowy.
2. Zleceniodawca ma prawo żądać, aby Zleceniobiorca przedstawił w wyznaczonym terminie, dodatkowe informacje i wyjaśnienia do ww. sprawozdania.
3. Rozliczenie dotacji nastąpi w terminie 14 dni od dnia zakończenia realizacji zadania.

**§ 5.**

1. Niniejsza Umowa dotacji zostaje zawarta na okres realizacji zadania, **tj. od dnia podpisania do** **31 grudnia 2023 r.**
2. Umowa dotacji może zostać rozwiązana przez Zleceniodawcę z zachowaniem 14 dniowego okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy Zleceniobiorca nie usunie nieprawidłowości stwierdzonych w wyniku kontroli w wyznaczonym terminie.
3. Umowa dotacji może być rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
4. Nienależytego wykonywania umowy – niezgodnie z warunkami konkursu,
5. Wykorzystywania dotacji niezgodnie z przeznaczeniem,
6. Odmowy poddania się kontroli.

4. Niewykorzystaną kwotę dotacji przyznaną na dany rok budżetowy Zleceniobiorcajest zobowiązany zwrócić: **w terminie 15 dni od dnia zakończenia realizacji zadania publicznego**, o którym mowa w § 1.

5. Niewykorzystana kwota dotacji podlega zwrotowi:

1) w przypadku bieżącego roku na rachunek bankowy Zleceniodawcy o numerze:   
**46 9574 0005 2001 0000 0101 0002.**

2) w przypadku następnego roku budżetowego na rachunek bankowy Zleceniodawcy o numerze:   
**73 9574 0005 2001 0000 0101 0001.**

**§ 6.**

1. Zleceniodawca zastrzega sobie możliwość kontroli wykonywania zadania w każdym czasie przez osoby przez niego upoważnione. W razie stwierdzenia w wyniku przeprowadzonej kontroli nieprawidłowości Zleceniodawca określi sposób i termin ich usunięcia.
2. Zleceniobiorca nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, osobie trzeciej.
3. Kontrolę można prowadzić w toku realizacji oraz po jej zakończeniu do czasu ustania obowiązku rozliczeniowego.

**§ 7.**

Zleceniobiorca oświadcza, iż posiada zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie oraz zobowiązuje się do jej utrzymania przez cały czas obowiązywania umowy.

**§ 8.**

Zgodnie 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, Dziennik Urzędowy UE, L 119/1 z 4 maja 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, że:

Administratorem Państwa danych osobowych jest:

Burmistrz Miasta i Gminy Kąty Wrocławskie, ul. Rynek 1, 55-080 Kąty Wrocławskie

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:

ul. Rynek 1, 55-080 Kąty Wrocławskie

telefon: +48 71 390 72 23

Wszelkie zapytania w sprawie przetwarzania danych osobowych należy kierować pocztą na podany powyżej adres lub pocztą elektroniczną na adres: [rodo@katywroclawskie.pl](mailto:rodo@katywroclawskie.pl)

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celach:

* realizacji umowy na podstawie art. 6 ust.1 lit. b ogólnego rozporządzenie o ochronie danych - w tym zakresie dane będą przechowywane przez okres trwania umowy oraz po jego zakończeniu w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (wyrażonego w przepisach ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz aktach wykonawczych do tej ustawy);
* prowadzenia dokumentacji finansowej i księgowej związanej z realizacją umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz stosownych przepisów prawa (Ustawa o Finansach Publicznych, Ustawa o rachunkowości oraz akty wykonawcze – w tym zakresie dane przechowywane będą przez okres 6 lat;
* ustalania, obrony i dochodzenia roszczeń na podstawie art.6 ust. 1 lit. f ogólnego rozporządzenie o ochronie danych jako prawnie uzasadniony interes realizowany przez Administratora - w tym zakresie dane przetwarzane będą przez okres po którym przedawnią się roszczenia;

Państwa dane przekazujemy:

* **Podmiotom uprawnionym** na podstawie przepisów prawa;
* **Podmiotom przetwarzającym** dane w naszym imieniu, uczestniczącym w wykonywaniu naszych czynności:
* Podmiotom świadczącym nam usługi informatyczne, pomoc prawną,
* **Innym administratorom danych** przetwarzającym dane we własnym imieniu:
* Podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską,
* Podmiotom prowadzącym działalność płatniczą (banki, instytucje płatnicze)

Posiadają Państwo prawa w odniesieniu do danych osobowych:

* prawo do żądania dostępu do danych osobowych,
* prawo do sprostowania danych osobowych,
* prawo usunięcia danych,
* prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych,
* prawo do przenoszenia danych

Posiadają Państwo prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych w zakresie zawarcia i realizacji umowy oraz realizacji wymagań określonych przepisami prawa jest obligatoryjne. Podanie danych przetwarzanych w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora jest dobrowolne jednakże odmowa podania danych będzie skutkować brakiem możliwości zawarcia umowy.

Przekazanie danych do państwa trzeciego – nie dotyczy.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji – nie jest stosowane**.**

Dodatkowe informacje na temat wykorzystania i zabezpieczania Państwa danych osobowych, przysługujących uprawnień i warunków skorzystania z nich znajdują się na stronie:

[www.katywroclawskie.pl/pl/page/rodo](http://www.katywroclawskie.pl/rodo) lub [www.bip.katywroclawskie.pl](http://www.bip.katywroclawskie.pl) (zakładka Ochrona Danych Osobowych RODO).

**§ 9.**

1. W sprawach nieuregulowanych w Umowie będą miały zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny oraz ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Strony zobowiązują się dążyć do ugodowego rozwiązywania wszelkich ewentualnych sporów mogących powstać na tle realizacji Umowy. W przypadku nie osiągnięcia kompromisu spory będą rozstrzygane przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Zleceniodawcy.
3. Integralną część niniejszej umowy stanowi oferta złożona przez Zleceniobiorcę w konkursie oraz ogłoszenie o konkursie wraz ze szczegółowymi warunkami konkurs.
4. Wszelkie zmiany niniejszej umowy będą dokonywane na piśmie w formie aneksu pod rygorem ich nieważności.
5. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, w tym 1 egzemplarz dla Zleceniobiorcy, 2 egzemplarze dla Zleceniodawcy.

**ZLECENIODAWCA ZLECENIOBIORCA**

**Załącznik nr 1 do umowy nr ………………………………**

**OŚWIADCZENIE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ „Rehabilitacja lecznicza (Fizjoterapia i Kinezyterapia) Mieszkańców Miasta i Gminy Kąty Wrocławskie”**

Imię nazwisko ……………………………………………………

adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Ja niżej podpisany oświadczam, że jako mieszkaniec Gminy Kąty Wrocławskie jestem uprawniony do świadczeń z Programu Polityki Zdrowotnej.

……………………………………………… ………………………………………………

(data) (podpis osoby składającej oświadczenie)