

Umowa nr .....

z dnia .....

zawarta we Wrocławiu pomiędzy:

Wrocławskim Centrum Zdrowia Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu VI Wydział Gospodarczy KRS, pod numerem KRS: 0000062603, adres: ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław, NIP: 8942460800, REGON: 000313331, BDO 000117707, zwanym w dalszej części umowy Zleceniodawcą

reprezentowanym przez:

**Wojciecha Skibę** – Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
uprawnionego do reprezentacji zgodnie z KRS

a:

Nazwa placówki: .....

Adres: .....

zarejestrowaną w rejestrze:..... pod nr.....

NIP..... Regon..... Pesel .....

Reprezentowaną przez: .....  
zwanym w dalszej treści umowy **Realizatorem Zadania lub Zleceniobiorcą**.

Zawarta na podst. Art. 27 w związku z art. 26 ustawy o działalności leczniczej.

## §1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest:

„Prowadzenie zajęć edukacji zdrowotnej dla dzieci w wieku 3-6 lat oraz ich rodziców i nauczycieli wychowania przedszkolnego we wrocławskich przedszkolach”, w tym:

Przeprowadzenie przez lekarza stomatologa 1 spotkania edukacyjnego (w wyjątkowych sytuacjach 2 spotkań np. gdy są 2 siedziby placówki przedszkolnej/2 budynki) w przedszkolach, podczas realizacji umowy. **Spotkania z lekarzem stomatologiem mogą się jedynie odbywać podczas festynów/dni promocji zdrowia realizowanych przez placówki.** W programie edukacyjnym należy uwzględnić różne formy edukacji zdrowotnej dla dzieci, rodziców/opiekunów oraz nauczycieli wychowania przedszkolnego dotyczące higieny jamy ustnej, profilaktyki choroby próchnicowej, kształtowanie nawyku dbania o zęby.

Spotkania mogą być prowadzone w terminie marzec/kwiecień – czerwiec lub wrzesień – listopad.

Celem programu edukacyjnego jest zwiększenie poziomu wiedzy dzieci i rodziców, dotyczącej choroby próchnicowej i jej zdrowotnych skutków oraz kształtowanie nawyków higienicznych i postawy odpowiedzialności za zdrowie własne i innych.

2. Wykonanie przedmiotowej umowy odbędzie się w następujących miejscach:

.....

## § 2

1. **Realizator Zadania** oświadcza, że zadanie zostanie zrealizowane przez osoby posiadające udokumentowane kwalifikacje do jego wykonania.
2. **Realizator Zadania** oświadcza, że posiada udokumentowane doświadczenie w prowadzeniu działań edukacyjnych dla dzieci w wieku przedszkolnym, 3-6 lat.
2. **Realizator Zadania** oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności.
3. **Realizator Zadania** zobowiązuje się do kontynuowania ubezpieczenia, przez cały okres obowiązywania umowy
4. **Realizator Zadania** oświadcza, że samodzielnie rozlicza się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.

## § 3

**Realizator Zadania** zobowiązuje się do:

- a) Realizacji zadania, zgodnie ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu stanowiącymi załącznik nr 1 do niniejszej Umowy i oferty złożonej w konkursie, w okresie **od dnia podpisania umowy do 30.11.2024 r.**
- b) Składania okresowych sprawozdań z realizacji programu na przygotowanym przez Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ druku (załączniki: nr 2, 3, 4, do niniejszej umowy) wraz z fakturą/rachunkiem za wykonanie przedmiotu umowy w terminie do 14 dni po zakończeniu miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem ostatniego sprawozdania, które musi być złożone do **10.12.2024**. Za miesiąc, w którym nie było realizowane zadanie, Realizator nie składa sprawozdania.
- c) Przedłożenie sprawozdania lub rachunku po dacie, o której mowa w pkt b oznacza zrzeczenie się przez **Realizatora Zadania** roszczenia o wynagrodzenie za objęty nimi okres.
- d) Prowadzenia sprawozdawczości statystycznej wymaganej obowiązującymi przepisami prawa.

## § 4

1. **Strony** ustalają wynagrodzenie zgodnie z kalkulacją kosztów Zleceniobiorcy.
2. Z tytułu wykonywanych świadczeń **Zleceniobiorca** otrzyma wynagrodzenie wynikające z iloczynu sumy przeprowadzonych zajęć edukacyjnych x ..... (koszt jednych zajęć brutto) -zgodnie z formularzem ofertowym. Łączna wartość umowy nie może przekroczyć kwoty.....
3. Zleceniodawca zastrzega sobie możliwość zwiększenia kwoty umowy do 50 % w każdym przedmiocie zamówienia z zachowaniem warunków określonych w ofercie złożonej w konkursie, w przypadku pozyskania większych środków na realizację zadania.
4. Zleceniodawca zastrzega sobie możliwość zmniejszenia kwoty umowy do 50 % w każdym przedmiocie zamówienia z zachowaniem warunków określonych w ofercie złożonej w

konkursie, w przypadku nie pozyskania środków na realizację zadania.

5. Rozliczenie finansowe przedmiotowej umowy nastąpi w ratach za poszczególne okresy sprawozdawcze wyszczególnione w §3 pkt b, w terminie 14 dni po przedłożeniu przez **Realizatora Zadania** faktury/rachunku i sprawozdania oraz zatwierdzeniu tych dokumentów przez koordynatora programu ze strony **Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ** oraz będzie płatne po otrzymaniu środków finansowych z Gminy Wrocław.
6. Wypłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto:

.....

## § 5

1. Strony mają prawo do naliczenia kar umownych, w następujących wysokościach:
  - a) Zleceniobiorca może naliczyć WCZ SPZOZ karę umowną w wysokości do 10% łącznego wynagrodzenia o którym mowa w **§ 4 ust 2 zdanie drugie** w przypadku odstąpienia od umowy z winy Zleceniodawcy.
  - b) WCZ SPZOZ może naliczyć Zleceniobiorcy kary umowne:
    - w wysokości 10% łącznego wynagrodzenia o którym mowa w **§ 4** w przypadku odstąpienia od umowy z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy,
    - w przypadku nienależytego wykonywania umowy do 10 % łącznego wynagrodzenia o którym mowa w **§ 4 ust 2 zdanie drugie** za każde stwierdzone uchybienie.
2. Kara winna zostać zapłacona w terminie 14 dni od dnia doręczenia Zleceniobiorcy powiadomienia WCZ SPZOZ o naliczeniu kary .
3. Każda ze stron wyraża zgodę na potrącenie naliczonej jej kary umownej z wierzytelności przysługującej jej wobec drugiej strony.
4. Naliczenie kary umownej nie wyłącza możliwości dochodzenia przez Zleceniodawcę odszkodowania , jeżeli szkoda przewyższa wysokość kary umownej.

## § 6

**Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ** zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wrywkowej kontroli sposobu i terminów wykonania umowy bez konieczności wcześniejszego zawiadomienia **Realizatora Zadania**

## § 7

1. Wszystkie opracowania oraz inne materiały jakie **Realizator Zadania** sporządzi wykonując przedmiot umowy, stanowią własność Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ.
2. Strony oświadczają, że podczas współpracy, **Realizator Zadania** może mieć dostęp i mogą być mu powierzane informacje o charakterze poufnym, tajemnice przedsiębiorstwa, związane z działalnością WCZ SPZOZ i pacjentów. Obejmuje to w szczególności informacje i tajemnice związane z treścią współpracy, wszelkimi informacjami związanymi ze współpracą oraz wszelkie informacje związane z wykonaniem współpracy, niezależnie od formy uzyskania, nośnika i źródła tych informacji; modelem świadczenia usług; strategią marketingową, rozwojem i planami przedsiębiorstwa i innymi podobnymi dokumentami; procedurami operacyjnymi, sprawozdaniami, zwyczajami firmowymi, informacjami technicznymi i know-how związanymi z działalnością gospodarczą WCZ SPZOZ, które nie są podane do wiadomości publicznej, sprzedażą, polityką cenową i rabatową, informacjami, które nie są podane do wiadomości publicznej, powierzonymi jej informacjami poufnymi dotyczącymi podmiotów trzecich, zwane dalej "Informacjami"
3. **Realizatora Zadania** zobowiązuje się nie ujawniać informacji, nie przekazywać osobom

trzecim oraz nie wykorzystywać w celu innym niż wykonanie współpracy w trakcie jej trwania, a także bezterminowo po jej rozwiązaniu (za wyjątkiem uprzedniej pisemnej zgody WCZ SPZOZ oraz sytuacji związanych z wymogami prawa) jak również bez ograniczeń przestrzennych – na terenie wszystkich państw.

4. **Realizatora Zadania** zobowiązuje się do przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych oraz obowiązujących w WCZ SPZOZ instrukcji i procedur z tym związanych oraz poleceń osób wyznaczonych przez administratora danych osobowych do realizacji w/w zadań.

## § 8

1. **Strony** zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji niniejszej umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu obowiązujących przepisów prawnych w tym o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
2. Wszystkie opracowania oraz inne materiały jakie **Realizator Zadania** sporządzi wykonując przedmiot umowy, stanowią własność Zleceniodawcy.
3. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przestrzegania przy realizacji umowy przepisów ustawy o ochronie danych osobowych.

## § 9

1. Wszelkie zmiany lub uzupełnienia umowy wymagają zachowania formy pisemnej w postaci aneksu do umowy podpisanego przez obie **Strony** pod rygorem nieważności.
2. Każda ze Stron może rozwiązać umowę z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.

## § 10

W sprawach nie uregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy o działalności leczniczej.

## § 11

Spory mogące wyniknąć w związku z realizacją umowy **Strony** zobowiązują się rozwiązać polubownie na drodze mediacji. W razie braku porozumienia spory będzie rozstrzygał sąd właściwy dla miejsca siedziby **Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ**.

## § 12

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach: jeden dla **Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ**, jeden dla **Realizatora Zadania**.

Zleceniobiorca

Zleceniodawca

## Załącznik nr 2 do Umowy

*Arkusz sprawozdawczy*

### **z realizacji programu**

**pn. „Prowadzenie zajęć edukacji zdrowotnej dla dzieci w wieku 3-6 lat oraz ich rodziców i nauczycieli wychowania przedszkolnego we wrocławskich przedszkolach”**

Sprawozdanie częściowe za okres: od .....do .....

#### **1. Nazwa placówki medycznej realizującej program**

.....

#### **2. Dokładny adres placówki**

.....

3. Liczba przedszkoli objętych programem .....

3.1 Ilość przeprowadzonych zajęć edukacyjnych .....x stawka za zajęcia

(brutto)..... = .....zł (brutto)

**Kwota łączna .....zł**

#### **Wykaz godzin świadczonych usług**

Lp.	Data	Godzina od	Godzina do	Miejsce prowadzenia

.....

Data i podpis Realizatora

**Załącznik nr 3 do Umowy**

Dokument potwierdzający przeprowadzenie zajęć edukacyjnych

Dane identyfikacyjne przedszkola.....

Data przeprowadzonych zajęć edukacyjnych .....

Osoba prowadząca zajęcia (pieczęć placówki stomatologicznej)

.....

Krótki opis zajęć edukacyjnych:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Podpis osoby prowadzącej zajęcia**

.....

**Podpis i pieczęć Dyrektora**

.....