

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:

a) Przeprowadzenie przez lekarza stomatologa zajęć edukacyjnych z zakresu profilaktyki choroby próchnicowej zębów dla rodziców dzieci w wieku 3-6 lat na terenie przedszkola. W przedszkolu biorącym udział w realizacji zadania zajęcia należy przeprowadzić dwukrotnie jeden raz w okresie marzec-czerwiec oraz drugi raz po wakacyjnej przerwie w okresie wrzesień- listopad, dla tych rodziców, których dzieci zostały przyjęte do przedszkola po rekrutacji. Zaleca się, by zajęcia zostały przeprowadzone podczas zebrań organizacyjnych z rodzicami ze względu na jak największą frekwencję lub miały formę konsultacji z lekarzem stomatologiem. W sytuacji wprowadzenia obostrzeń związanych z COVID-19 dopuszcza się prowadzenie spotkań z rodzicami w formie online.

W przypadku kiedy lekarz stomatolog pojedzie do przedszkola przeprowadzić umówione spotkanie z rodzicami, na którym będzie zerowa frekwencja, musi przedstawić u koordynatora programu potwierdzenie ze strony przedszkola, że zgłosił się w tym dniu na umówione spotkanie oraz listę osób, które były zapisane w danym dniu na umówione spotkanie, w przeciwnym razie zajęcia z zerową frekwencją nie będą zakwalifikowane do zapłaty dla Zleceniobiorcy.

b) Przeprowadzenie w przedszkolu przez lekarza stomatologa lub lekarza stomatologa wraz z asystentką stomatologiczną dwóch 30 minutowych spotkań dla każdej grupy przedszkolnej jedno w okresie marzec-czerwiec oraz drugie w okresie od września do listopada br. W przypadku grup przedszkolnych obecnych 5-latków oraz przystępujących od września 3-latków będzie to tylko jedno spotkanie 30-minutowe. W trakcie spotkania z dziećmi, stomatolog powinien przeprowadzić instruktaż szczotkowania zębów, a jeżeli warunki sanitarne na to nie pozwalają, przeprowadzić szczotkowanie „na sucho”.

Celem spotkań jest motywowanie dzieci do przestrzegania zaleceń higienicznych i dietetycznych. Zajęcia powinny być prowadzone metodami aktywnymi z wykorzystaniem środków dydaktycznych.

c) Wykonanie przeglądu stomatologicznego jamy ustnej u dzieci, w ramach świadczeń zdrowotnych, finansowych z NFZ lub własnego wkładu finansowego Oferenta.

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 programu, zgodnie ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu stanowiącymi załącznik nr 1 do niniejszej Umowy i oferty złożonej w konkursie, w okresie **od dnia podpisania umowy do 30.11.2022 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 **10.12.2022:**
- 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) Zamieszczenia w widocznym miejscu informacji o realizacji programu i źródłach jego

finansowania.

- e) Prowadzenia sprawozdawczości statystycznej wymaganej obowiązującymi przepisami prawa.

§ 4

1. **Strony** ustalają wynagrodzenie zgodnie z kalkulacją kosztów Zleceniobiorcy.
2. Z tytułu wykonywanej pracy **Zleceniobiorca** otrzyma wynagrodzenie wynikające z iloczynu sumy przeprowadzonych zajęć edukacyjnych dla rodziców x (koszt jednych zajęć brutto) oraz iloczynu ilości przeprowadzonych zajęć edukacyjnych dla dzieci z udziałem wychowawców przedszkoli 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

Realizator zadania zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją przedmiotu umowy przez **5 lat, licząc** od początku roku następującego po roku, w którym Oferent realizował zadanie.

§ 9

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.

§ 10

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.

§ 11

W sprawach nie uregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu

Cywilnego oraz ustawy o działalności leczniczej.

§ 12

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**.

§ 13

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

Zleceńbiorca

Zleceńodawca

Załącznik nr 2 do Umowy

Arkusz sprawozdawczy
z realizacji programu
pn. „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci w wieku przedszkolnym, 3-6 lat”

Sprawozdanie częściowe za okres: oddo

1. Nazwa placówki medycznej realizującej program

.....

2. Dokładny adres placówki

.....

3. Liczba przedszkoli objętych programem

3.1 Liczba dzieci, u których wykonane zostały przeglądy stomatologiczne

3.2 Ilość przeprowadzonych zajęć edukacyjnych z rodzicamix stawka za spotkanie (brutto)..... =zł (brutto)

3.3 Ilość przeprowadzonych zajęć edukacyjnych z nauczycielami i dziećmi x stawka za przeprowadzone zajęcia (brutto)zł =zł (brutto)

Kwota łącznazł

Wykaz godzin świadczonych usług

Lp.	Data	Godzina od	Godzina do	Miejsce prowadzenia	Rodzaj zajęć

.....

Data i podpis Realizatora

Załącznik nr 3 do Umowy

Lista obecności potwierdzająca odbycie zajęć edukacyjnych dla rodziców/opiekunów.

Dane Przedszkola

Data.....

Temat zajęć edukacyjnych.....

Osoba prowadząca.....

Lp.	Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna	Podpis
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Podpis osoby prowadzącej zajęcia edukacyjne

.....

Podpis dyrektora przedszkola

.....

Załącznik nr 4 do Umowy

Dokument potwierdzający przeprowadzenie zajęć edukacyjnych personelu pedagogicznego przedszkoli z udziałem dzieci

Łączna liczba grup przedszkolnych (dzieci 3-letnie, 4-letnie, 5-6letnie)

.....

Dane identyfikacyjne przedszkola.....

Data przeprowadzonych zajęć edukacyjnych

Osoba prowadząca zajęcia (pieczęć placówki stomatologicznej)

.....

Krótki opis zajęć edukacyjnych:

Opinia placówki stomatologicznej na temat prowadzonych zajęć:

Podpis osoby prowadzącej zajęcia

Podpis (pieczęć) dyrektora przedszkola lub osoby upoważnionej.....