

Umowa DPZ.1150.....2022.BJÓ z dnia

zawarta we Wrocławiu pomiędzy:

I. 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 reprezentowanym przez :

Wojciecha Skibę – Kierownika Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej uprawnionego do reprezentacji zgodnie z KRS zwanym w dalszej treści umowy **Wrocławskim Centrum Zdrowia SP ZOZ** a:

II. Nazwa placówki:

adres:

zarejestrowaną w

NIP: **Regon:**

Reprezentowaną przez:

zwanym w dalszej treści umowy **Realizatorem Zadania**.

§1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest opracowanie i realizacja zadania pn. „ **Prowadzenie edukacji ukierunkowanej na profilaktykę powikłań cukrzycy – zespół stopy cukrzycowej**” zgodnie z przedstawioną ofertą i Szczegółowymi Warunkami Konkursu stanowiącymi załącznik nr 1 do niniejszej umowy .

2. Wykonanie przedmiotowej umowy odbędzie się w następujących miejscach:

.....

§ 2

1. **Realizator Zadania** oświadcza, że posiada udokumentowane kwalifikacje do jego wykonania.

2. **Realizator Zadania** oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonania przedmiotu umowy.

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.

5. **Realizator Zadania** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości wymaganych przepisami prawa.

§ 3

Realizator Zadania zobowiązuje się do:

„Prowadzenie edukacji ukierunkowanej na profilaktykę powikłań cukrzycy – zespół stopy cukrzycowej” – 2022r

- a/ Realizacji zadania zgodnie ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu w okresie od do **30.11.2022r.** oraz harmonogramem stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
- b/ Składania okresowych sprawozdań z realizacji zadań na przygotowanym przez Wrocławskie Centrum Zdrowia druku (załączniki: nr 3, 4, 6, 7 do niniejszej umowy) wraz z fakturą/rachunkiem za wykonanie przedmiotu umowy w terminie do 14 dni po zakończeniu okresu sprawozdawczego :
- I. okres sprawozdawczy – 30. 04. 2022r,
 - II. okres sprawozdawczy od 01.05. 2022r – 31. 08. 2022r,
 - III. okres sprawozdawczy od 01.09. 2022r – 30. 11. 2022r,
- c/ Zamieszczenia w widocznym miejscu informacji o realizacji zadania i źródłach jego finansowania.

§ 4

1. Całkowity koszt przedmiotu umowy określonego w § 1 ust.1 wynosi: **zł** (brutto) (słownie:), zgodnie z kosztorysem stanowiącym załącznik nr 5 do niniejszej umowy. Jeżeli koszty faktycznie poniesione przez Realizatora Zadania będą niższe od kosztów określonych zgodnie z zdaniem pierwszym, co Realizator Zadania wykaże w sprawozdaniu o którym mowa w ust. 2, całkowity koszt przedmiotu zostaje obniżony do wysokości wskazanej w sprawozdaniu.
2. Koszty uważa się za zgodne z kosztorysem stanowiącym załącznik nr 5 do niniejszej umowy jeżeli przesunięcie kosztów pomiędzy pozycjami kosztorysu jest nie większe niż 10% wartości danej pozycji.
3. 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
4. Wypłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto:

§ 5

1. W przypadku nieterminowego wykonania umowy lub niezgodnego z zawartymi ustaleniami **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ** może odpowiednio do sytuacji:
 - a) wstrzymać wypłatę wynagrodzenia do czasu wykonania przedmiotu umowy,
 - b) rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym za zapłatą wynagrodzenia wyłącznie za należycie wykonaną część przedmiotu umowy.
2. W przypadku wykonania przedmiotu umowy niezgodnie z zawartymi w umowie ustaleniami **Realizator Zadania** zapłaci **Wrocławskiemu Centrum Zdrowia SP ZOZ** karę umowną w wysokości 10% łącznego wynagrodzenia o którym mowa w § 4 za każde naruszenie.
3. Jeżeli szkoda przewyższa wysokość kary umownej, stronie uprawnionej przysługuje roszczenie o zapłatę odszkodowania uzupełniającego do wysokości faktycznie poniesionej szkody.

4. **Realizator Zadania** wyraża zgodę na potrącenia kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia

§ 6

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

§ 7

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

§ 8

Wszelkie zmiany lub uzupełnienia umowy wymagają zachowania formy pisemnej w postaci aneksu do umowy podpisanego przez obie strony pod rygorem nieważności.

§ 9

1. Umowę zawiera się na okres od do 30 listopada 2022r
2. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ** może wypowiedzieć umowę z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia.

§ 10

W sprawach nie uregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego i 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 Programu**.

Realizator Zadania

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

**Sprawozdanie merytoryczno-finansowe z części realizacji
zadania pn. „Profilaktyka zespołu stopy cukrzycowej” w 2022 roku.**

1. Sprawozdanie z realizacji umowy za okres r. umowa nr

2. Liczba osób biorących udział w zadaniu:

| Lp. | | Ogółem | Do 20 lat | | 21- 30 lat | | 31-40 lat | | 41-50 lat | | 51-60 lat | | 61-70 lat | | 71-80 lat | | Powyżej 80-lat | |
|------------|---|--------|-----------|---|------------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|----------------|---|
| | | | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M |
| I | Indywidualna edukacja pielęgniarska w zakresie umiejętności samoobserwacji i samooceny | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej po raz pierwszy | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej po raz kolejny | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II | Edukacja zdrowotna w grupach pacjentów o podobnych problemach zdrowotnych | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III | Edukacja indywidualna pacjentów w zakresie | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Lp. | | Ogółem | Do 20 lat | | 21- 30 lat | | 31-40 lat | | 41-50 lat | | 51-60 lat | | 61-70 lat | | 71-80 lat | | Powyżej 80-lat | |
|-----------|--|--------|-----------|---|------------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|----------------|---|
| | | | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M |
| | pielęgnacji stóp ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania modzelom i odciskom | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej po raz pierwszy | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej kolejny raz | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV | Porady oraz konsultacje dotyczące doboru obuwia zdrowotnego oraz wkładek korygujących | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Liczba osób korzystających z porad | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. Proszę opisać wyniki uzyskane podczas realizacji zadań:

.....

.....

3 Uwagi dotyczące realizowanych zadań i ewentualne problemy:

.....

.....

4. Sprawozdanie finansowe z realizacji zadania.

| Lp. | Zadanie do realizacji | Koszt jednostkowy usługi (brutto) | Liczba usług | Koszt ogólny (brutto) |
|-------|--------------------------|---|--------------|--------------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3 | | | | |
| 4. | | | | |
| RAZEM | | | | |

do zapłaty:zł. Słownie

5. Do sprawozdania należy dołączyć załączniki: według wzoru lista osób korzystających z zadania lista osób biorących udział w poszczególnych szkoleniach grupowych wraz z tematyką szkoleń, materiały edukacyjno-informacyjne itp.

.....
data i podpis Koordynatora Zadania

.....
podpis Dyrektora / Kierownika

Nazwa Realizatora Zadania

Załącznik nr 4 do umowy

**Sprawozdanie ewaluacyjne z realizacji
Zadania pn. „Profilaktyka zespołu stopy cukrzycowej” w 2022 roku.**

1. Sprawozdanie z realizacji umowy za okres r. umowa nr

2. Liczba osób biorących udział w zadaniu:

| Lp. | | Ogółem | Do 20 lat | | 21- 30 lat | | 31-40 lat | | 41-50 lat | | 51-60 lat | | 61-70 lat | | 71-80 lat | | Powyżej 80-lat | |
|------------|--|--------|-----------|---|------------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|----------------|---|
| | | | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M |
| I | Indywidualna edukacja pielęgnarska w zakresie umiejętności samoobserwacji i samooceny | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej po raz pierwszy | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej po raz kolejny | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II | Edukacja zdrowotna w grupach pacjentów o podobnych problemach zdrowotnych | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III | Edukacja indywidualna pacjentów w zakresie pielęgnacji stóp ze | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Lp. | | Ogółem | Do 20 lat | | 21- 30 lat | | 31-40 lat | | 41-50 lat | | 51-60 lat | | 61-70 lat | | 71-80 lat | | Powyżej 80-lat | |
|-----------|--|--------|-----------|---|------------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|----------------|---|
| | | | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M |
| | szczególnym uwzględnieniem zapobiegania modzełom i odciskom | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej po raz pierwszy | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej kolejny raz | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV | Porady oraz konsultacje dotyczące doboru obuwia zdrowotnego oraz wkładek korygujących | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Liczba osób korzystających z porad | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. Proszę opisać wyniki uzyskane podczas realizacji zadań:

.....

3. Opinia na temat realizowanych zadań i ewentualne problemy:

.....

4. Sprawozdanie finansowe z realizacji zadania:

| Lp. | Zadanie do realizacji | Koszt jednostkowy usługi (brutto) | Liczba usług | Koszt ogólny (brutto) |
|-------|-----------------------|-----------------------------------|--------------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| RAZEM | | | | |

Kwota zaplanowana na wykonanie zadaniazł.

Kwota wydatkowania na wykonanie zadaniazł.

5. Uzasadnienie dotyczące niewykorzystania przyznanej kwoty na realizację zadania:

.....
data i podpis Koordynatora Zadania

.....
podpis Dyrektora / Kierownika

Koszty :

| Lp. | Zadanie do realizacji | Koszt jednostkowy usługi (brutto) | Liczba usług | Koszt ogólny (brutto) |
|------------|---|--|---------------------|------------------------------|
| 1. | Pierwszorazowa indywidualna edukacja pielęgnarska w zakresie umiejętności i samoobserwacji i samooceny stóp | | | |
| 2. | Kolejna indywidualna edukacja pielęgnarska w zakresie umiejętności i samoobserwacji i samooceny stóp | | | |
| 3 | Edukacja zdrowotna w grupach pacjentów o podobnych problemach zdrowotnych | | | |
| 4. | Pierwszorazowa edukacja indywidualna pacjentów w zakresie pielęgnacji stóp ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania modzelem i odciskom | | | |

| | | | | |
|--------------|--|--|--|--|
| 5. | Kolejna edukacja indywidualna pacjentów w zakresie pielęgnacji stóp ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania modzelom i odciskom | | | |
| 6. | Porady oraz konsultacje dotyczące doboru obuwia zdrowotnego oraz wkładek korygujących | | | |
| RAZEM | | | | |

.....
data i podpis Koordynatora Zadania

.....
podpis Dyrektora / Kierownika

załącznik nr 6 do umowy

[illegible]

*K - kolejna

„Prowadzenie edukacji ukierunkowanej na profilaktykę powikłań cukrzycy – zespół stopy cukrzycowej” – 2022r

Załącznik nr 7 do Umowy

Edukacja zdrowotna w grupach pacjentów o podobnych problemach zdrowotnych

Data szkolenia

Temat szkolenia:

| Lp. | Kod identyfikujący pacjenta | Rok urodzenia, miejscowość zamieszkania | Podpis |
|-----|-----------------------------|---|--------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

Podpis osoby prowadzącej edukację

.....