

## ZAPYTANIE OFERTOWE

Zapraszamy do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na:

udzielanie wsparcia psychologicznego dla rodzin z wieloraczkami w środowisku domowym w ramach zadania pn. „Prowadzenie edukacji zdrowotnej w środowisku rodzin z wieloraczkami (trojaczki i więcej) wraz z udzielaniem instruktażu i wsparcia w organizowaniu opieki w warunkach domowych”.

Program finansowany ze środków finansowych pochodzących z budżetu Miasta Wrocławia w ramach umowy dotacyjnej P/WCZ/1/2021

*Postępowanie prowadzone zgodnie z regulaminem udzielania zamówień publicznych o wartości mniejszej niż 130 000 złotych*

### 1. Zamawiający:

Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, wpisany 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. Podróźnicza 26/28, 53-208 Wrocław, NIP:8942460800, REGON:000313331,BDO000117707.

### 2. Opis przedmiotu zamówienia oraz zakres zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest:

udzielanie wsparcia psychologicznego dla rodzin z wieloraczkami w środowisku domowym w ramach zadania pn. „Prowadzenie edukacji zdrowotnej w środowisku rodzin z wieloraczkami (trojaczki i więcej) wraz z udzielaniem instruktażu i wsparcia w organizowaniu opieki w warunkach domowych”.

### Zakres zadań:

- a) udzielanie wsparcia psychologicznego dla rodzin z wieloraczkami w środowisku domowym,
- b) w okresie obostrzeń epidemicznych lub w przypadku braku możliwości udzielania wsparcia w formie stacjonarnej dopuszcza się możliwość prowadzenia jego w formie on line w miejscu umożliwiającym ich realizację,
- c) prowadzenie dokumentacji według ustalonego wzoru,
- d) sporządzanie comiesięcznych sprawozdań na druku przygotowanym przez Zleceniodawcę.

### Warunki jakie musi spełniać Zleceniobiorca:

- a) wykształcenie kierunkowe : mgr psychologii,
- b) doświadczenie zawodowe co najmniej 3 letnie,
- c) mile widziane doświadczenie pracy w programach zdrowotnych,
- d) dołączyć aktualne obowiązujące dla danego stanowiska zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do zatrudnienia oraz aktualne wymagane szkolenia BHP lub podpisane oświadczenie o posiadaniu aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o możliwości wykonywania świadczeń deklarowanych do realizacji zadań objętych zapytaniem ofertowym,
- e) dołączyć kserokopię polisy OC oraz kopie dokumentów potwierdzających zakres prowadzonej działalności .

**Opis kryteriów , którymi Zamawiający będzie kierował się przy wyborze oferty wraz z podaniem znaczenia kryteriów i sposobu oceny ofert oraz opis sposobu obliczania ceny.**

**Przy wyborze ofert zamawiający będzie stosował następujące kryteria:**

Cena brutto za 1 godzinę realizowanego zadania.

Zamawiający dokona wyboru najkorzystniejszej oferty spośród ofert spełniających wymagane warunki, przy zastosowaniu powyższych kryteriów.

**Miejsce i termin realizacji zamówienia.**

udzielanie wsparcia psychologicznego dla rodzin z wieloraczkami w środowisku domowym .

Termin realizacji zadania w formie stacjonarnej, telefonicznej i on line : **od daty podpisania umowy do 15.12. 2021r.** wg harmonogramu ustalonego z Koordynatorem zadania.

Zamawiający dopuszcza zmianę dni oraz godzin prowadzenia edukacji według potrzeb W CZ SP ZOZ, po uzyskaniu zgody Oferenta.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość zwiększenia liczby godzin pracy realizatora do 50% wartości umowy z zachowaniem warunków określonych w złożonej ofercie .

Przewidywana liczba godzin 10-12.

Zamawiający informuje, że zastrzega możliwość wyboru więcej niż jednego Zleceniobiorcy.

Termin realizacji zlecenia może ulec zmianie według zapotrzebowania zgłaszanego przez Zleceniodawcę lub na prośbę Zleceniobiorcy.

**3. Rozstrzygnięcie postępowania i zlecenie realizacji zamówienia:**

Wybór najkorzystniejszej oferty zostanie dokonany niezwłocznie.

Po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Oferentów, którzy złożyli oferty o wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę i adres Oferenta, którego ofertę wybrano.

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej ofert zostanie zawarta umowa z Oferentem.

W przypadku odmowy wykonania umowy przez wyłonionego Oferenta, dopuszcza się możliwość zawarcia przez Zamawiającego umowy z Oferentem, którego oferta została porównana i oceniona jako kolejna najbardziej korzystna.

Zamawiający ma prawo do wezwań o wyjaśnienia zaoferowanej ceny oraz zamknięcia postępowania bez podawania przyczyny i wybrania którejkolwiek z ofert.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia negocjacji z Oferentem.

**4. Sposób przygotowania ofert, miejsce i termin ich składania:**

Oferty należy składać w formie pisemnej **do dnia 27 września 2021r. do godziny 14.00** na druku formularza ofertowego w sekretariacie w godzinach 9.00-14.00 Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróźnicza 26/28, 53-208 Wrocław.

Zamawiający dopuszcza również składanie oferty drogą elektroniczną na adres: .

[ljedrzejewska@spzoz.wroc.pl](mailto:ljedrzejewska@spzoz.wroc.pl) .

**5. Opis warunków udziału w postępowaniu:**

Zamawiający wymaga w stosunku do Wykonawców przedstawienia w ofercie:

- wypełnionego formularza ofertowego zgodnie z załącznikiem nr 1.

Oferta musi być podpisana przez Wykonawcę /uprawnionych do reprezentacji przedstawicieli Wykonawców wymienionych w rejestrze firmy lub działających na podstawie pełnomocnictwa.

Termin związania z ofertą: 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Wykonawca składający ofertę, niezależnie od wyniku postępowania.

**6. Sposób prowadzenia korespondencji w sprawie niniejszego zamówienia:**

pisemnie na adres: **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ**

ul. Podróźnicza 26/28, 53-208 Wrocław

a) e-mailem: [ljedrzejewska@spzoz.wroc.pl](mailto:ljedrzejewska@spzoz.wroc.pl)

b) osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami: Leokadia Jędrzejewska, tel. 691 852 069

**7. Warunki płatności za przedmiot zamówienia:** określone w umowie.

**Załączniki do zapytania ofertowego:**

- załącznik nr 1 -formularz ofertowy
- załącznik nr 2 - wzór umowy
- Klauzula RODO

Pracownik merytoryczny :

Leokadia Jędrzejewska

Zatwierdził:

Wrocław, dnia 20.09.2021

## FORMULARZ OFERTOWY

**1. Realizacja zlecenia:** *udzielanie wsparcia psychologicznego dla rodzin z wieloraczkami w środowisku domowym w ramach zadania pn. „Prowadzenie edukacji zdrowotnej w środowisku rodzin z wieloraczkami (trojaczki i więcej) wraz z udzielaniem instruktażu i wsparcia w organizowaniu opieki w warunkach domowych”.*

**2. Imię i nazwisko / Nazwa składającego ofertę:** .....

**3. Adres:**

**Miejscowość i kod pocztowy:** .....

**Ulica i numer lokalu:** .....

**Telefon :** .....

**e- mail:**

.....

**4. PESEL:** .....

**5. NIP:** .....( dla osób prowadzących działalność gospodarczą)

**6. Regon:** ..... ( dla osób prowadzących działalność gospodarczą)

**7. Opis kwalifikacji zawodowych:**

.....

**8. Dotychczasowa praca w charakterze odpowiadającym przedmiotowi oferty:**

.....

**9. Oferowana kwota brutto w złotych polskich za jedną godzinę świadczenia usług**

: ..... zł brutto , słownie: .....zł brutto.

**10.** Strony dopuszczają możliwość zgodnie z potrzebami Zleceniodawcy na zwiększenie ilości godzin prowadzenia wsparcia rodzin z wieloraczkami o nie więcej niż 50% z proporcjonalnym zwiększeniem wartości umowy według zaoferowanej stawki.

**11.** Strony dopuszczają możliwość świadczenia usług w ramach niniejszej umowy przez mniejszą ilość godzin niż planowana ,jeżeli będzie to wynikało z potrzeb Zleceniodawcy.

**12. Harmonogram pracy :**

I.p.	Sposób prowadzenia zajęć	Proszę podać zakres godzin (w granicach 13:00-20:00), w których oferent zgłasza gotowość do prowadzenia zajęć w danym dniu tygodnia	Proszę podać proponowaną łączną liczbą godzin zajęć do końca roku 2021, z uwzględnieniem przerwy urlopowej (wskazać termin urlopu)
------	--------------------------	---	--

1.	Udzielanie wsparcia w środowisku domowym rodzin	poniedziałek ..... wtorek ..... środa..... czwartek..... piątek.....	
----	---	--	--

**13.** Oświadczam, że posiadam minimum 3 letnie doświadczenie w pracy na wyżej wymienionym stanowisku.....

**14.** Inne informacje mogące mieć znaczenie przy wyborze oferty:

.....

### 15. Informacja o RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOX z siedzibą przy ul. Podróźnicznej 26/28, 53-208 Wrocław, którego przedstawicielem jest Dyrektor
- Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować pod adresem  
e-mail: [iod@spzox.wroc.pl](mailto:iod@spzox.wroc.pl), tel. 71 391 17 53
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia.
- informacja o wyniku postępowania zostanie udostępniona na stronie internetowej [www.spzox.wroc.pl](http://www.spzox.wroc.pl)
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia,
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem udziału w zapytaniu ofertowym
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych \*\*;
  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje Pani/Panu:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

**\*\* Wyjaśnienie:** skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia ani zmianą postanowień umowy oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.

**\*\*\* Wyjaśnienie:** prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania zgodnie z Rozporządzeniem 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 danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( ogólne rozporządzenie o ochronie danych

Zapoznałem się z projektem umowy i nie wnoszę do niego żadnych zmian.

.....  
data

.....  
podpis/pieczętka Oferenta

Wrocławskie Centrum Zdrowia  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
ul. Podróźnicza 26-28  
53-208 Wrocław

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a)

.....

urodzony(a) ..... w .....

wykonujący(a) usługi na innej podstawie niż stosunek pracy we Wrocławskim Centrum Zdrowia  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Podróźnicza 26-28, 53-208 Wrocław oświadczam, że  
posiadam aktualne obowiązujące dla mojego stanowiska zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań  
do zatrudnienia oraz aktualne wymagane szkolenia BHP.

Jednocześnie zobowiązuję się przedstawić wspomniane zaświadczenia na każde żądanie.

.....  
data i podpis

Umowa zlecenie Nr .....LJĘ

zawarta w dniu ..... r. we Wrocławiu, w siedzibie Wrocławskiego Centrum Zdrowia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej pomiędzy niżej wymienionymi stronami:

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:

*Piotra Wanatowicza Kierownika Działu Programów Zdrowotnych i Promocji Zdrowia działającego na podstawie pełnomocnictwa Dyrektora Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ z dnia 22.10.2020,*

zwanym w dalszej treści umowy **Zleceniodawcą** a:

II. Imię i nazwisko/Nazwa: .....

Adres: .....

PESEL: ..... NIP: ....., REGON: .....

zwanym w dalszej treści umowy **Zleceniobiorcą**.

*Na podst. art.27 ustawy o działalności leczniczej.*

## § 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest:

*udzielanie wsparcia psychologicznego dla rodzin z wieloraczkami w środowisku domowym w ramach zadania pn. „Prowadzenie edukacji zdrowotnej w środowisku rodzin z wieloraczkami (trojaczki i więcej) wraz z udzielaniem instruktażu i wsparcia w organizowaniu opieki w warunkach domowych”.*

Szczegółowy zakres zadań objętych umową określa załącznik nr 1 niniejszej umowy.

2. Wykonanie przedmiotowej umowy odbędzie się w środowisku zamieszkania rodziny.

## § 2

1. **Zleceniobiorca** oświadcza, że posiada udokumentowane kwalifikacje do wykonania przedmiotu umowy.

2. **Zleceniobiorca** zobowiązany jest do systematycznego i ciągłego wykonywania zadań zleconych przez Zleceniodawcę oraz realizowania ich przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy.

3. Zobowiązuje się wykonać przedmiot umowy osobiście.

4. **Zleceniobiorca** oświadcza, że samodzielnie rozlicza się z ZUS-em i Urzędem Skarbowym (dotyczy tylko działalności gospodarczej).

## § 3

**Zleceniobiorca** zobowiązuje się do:

1) wykonania zadań wymienionych w § 1 niniejszej umowy w terminie od .....do..... zgodnie z harmonogramem zajęć ustalonym przez koordynatora programu zgodnie z zakresem obowiązków.

Termin realizacji może ulec zmianie według zapotrzebowania zgłaszanego przez Zleceniodawcę lub na prośbę Zleceniobiorcy;



2) wykonania przedmiotu umowy w sposób rzetelny, w oparciu o obowiązującą metodologię programu, zgodnie z zakresem obowiązków;

3) prowadzenia dokumentacji zgodnie z zasadami opisanymi w § 8

4) zapewnienia dostępności do zajęć wg ustalonego harmonogramu;

5) przestrzegania:

a) przepisów o ochronie danych osobowych,

b) obowiązujących przepisów oraz zarządzeń i regulaminów Dyrektora Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ.

6) zabezpieczenia we własnym zakresie i na własny koszt :

a) posiadania aktualnych szkoleń z zakresu bhp,

b) posiadania aktualnych badań profilaktycznych,

c) ubezpieczenia OC.

#### § 4

1. Za wykonanie przedmiotu umowy Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie wynikające z iloczynu ilości godzin faktycznego świadczenia usług i stawki za jedną godzinę w wysokości ..... zł, ale nie więcej niż łącznie ..... zł (brutto) za ..... godzin (słownie: ..... zł.), wyłącznie za godziny faktycznego udzielania usług.

2. Strony dopuszczają możliwość świadczenia usług w ramach niniejszej umowy przez mniejszą ilość godzin niż planowana, jeżeli będzie to wynikało z potrzeb Zleceniodawcy.

#### § 5

1. Zleceniobiorca przedłoży fakturę /rachunek, zestawienie godzin oraz sprawozdanie merytoryczne do dnia 10-go następnego miesiąca. Okresami sprawozdawczymi są okresy miesiąca kalendarzowego. Wzór sprawozdania stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

2. Wynagrodzenie będzie płatne w terminie do 20-go następnego miesiąca pod warunkiem przedłożenia w terminie o którym mowa w ust 1 prawidłowego rachunku i sprawozdania oraz otrzymania środków z Gminy Wrocław. Prawidłowość sprawozdania i rachunku potwierdza osoba sprawująca nadzór nad realizacją zadania.

3. W przypadku przedłożenia prawidłowego sprawozdania lub rachunku po terminie o którym mowa w ust 1, ale nie później niż do 25-go następnego miesiąca wynagrodzenie będzie płatne w terminie do ostatniego dnia miesiąca.

4. Złożenie sprawozdania lub rachunku po 25 dniu następnego miesiąca termin płatności wynosić będzie 14 dni od daty doręczenia prawidłowego rachunku i sprawozdania

5. Zleceniobiorca przedłoży sprawozdanie i rachunek za ostatni okres rozliczeniowy najpóźniej do dnia **17.12.2021**.

6. Wypłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto **Zleceniobiorcy**:

.....(określone na rachunku)

7. Jeśli przedłożenie sprawozdania lub rachunku nastąpi po dacie, o której mowa w ust.5 Zleceniodawca, ze względu na konieczność rozliczenia dotacji, może faktury nie uznać, co jest równoznaczne ze zrzeczeniem się przez **Zleceniobiorcę** roszczenia o wynagrodzenie za objęty nimi okres.

#### § 6

1. Zleceniodawca ma prawo do naliczenia kar umownych, w przypadku nienależytego wykonywania umowy, w wysokości wartości jednej godziny zajęć wskazanej w umowie (słownie: .....zł) za każde stwierdzone uchybienie.

2. Kara winna zostać zapłacona w terminie 14 dni od dnia doręczenia Zleceniobiorcy powiadomienia Zleceniodawcy o stwierdzeniu naruszenia.

3. Zleceniobiorca wyraża zgodę na potrącenie naliczonej kary umownej z wierzytelności mu przysługującej.

4. Naliczenie kary umownej nie wyłącza możliwości dochodzenia przez Zleceniodawcę odszkodowania, jeżeli szkoda przewyższa wysokość kary umownej.

#### § 7

1. Wszystkie opracowania oraz inne materiały jakie **Zleceniobiorca** sporządzi wykonując przedmiot umowy, stanowią własność Zleceniodawcy.

2. Strony oświadczają, że podczas współpracy, Zleceniobiorca może mieć dostęp i mogą być mu powierzane informacje o charakterze poufnym, tajemnice przedsiębiorstwa, związane z działalnością Zleceniodawcy 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 Zleceniodawcy, 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. **Zleceniobiorca** 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 Zleceniodawcy oraz sytuacji związanych z wymogami prawa) jak również bez ograniczeń przestrzennych – na terenie wszystkich państw.

4. Zleceniodawca jako administrator danych osobowych udostępnia **Zleceniobiorcy** dane osobowe w zakresie niezbędnym dla realizacji niniejszej umowy.

5. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych oraz obowiązujących u Zleceniodawcy instrukcji i procedur z tym związanych oraz poleceń osób wyznaczonych przez administratora danych osobowych do realizacji w/w zadań.

## **§ 8**

1. Zleceniobiorca ma obowiązek prowadzenia dokumentacji z prowadzonego zadania i udostępnienie jej Zleceniodawcy.

2. Dokumentacja powinna być prowadzona zgodnie z obowiązującymi wzorami i zasadami sprawozdawczości.

3. Zleceniobiorca oświadcza, że jest mu wiadomo, że prowadzona przez niego dokumentacja służy m.in. rozliczeniu wydatkowania środków publicznych. Nienależyte lub nierzetelne jej prowadzenie stanowi w szczególności podstawę do nałożenia kary umownej o której mowa w § 6 ust. 1.

## **§ 9**

Zleceniodawca ma prawo przeprowadzić kontrolę jakości wykonywania przedmiotu umowy w zakresie wynikającym z wykonywanego zadania, będącego przedmiotem umowy, bez konieczności wcześniejszego zawiadomienia Zleceniobiorcy w godzinach, w których powinny być realizowane prace objęte niniejszą umową.

## **§ 10**

1. Zleceniobiorca ponosi całkowitą odpowiedzialność za szkody wyrządzone Zleceniodawcy, jak również za niewykonanie lub nienależyte wykonanie obowiązków wynikających z niniejszej umowy.

2. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną osobom trzecim przy udzielaniu wsparcia psychologicznego stanowiącej przedmiot umowy ponoszą solidarnie Strony umowy.

## **§ 11**

Jeśli w toku wykonywania umowy wystąpią okoliczności, których strony nie mogły przewidzieć przy jej zawieraniu będzie to podstawą do wystąpienia stron o renegotjację warunków umowy lub skrócenie jej obowiązywania.

## **§ 12**

Zleceniodawca może rozwiązać umowę za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia dokonany na koniec miesiąca kalendarzowego z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy, a w szczególności:

- a) ograniczenia dostępności, zawężania ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości,
- b) nie przekazywania, w ustalonym terminie przez Zleceniobiorcę, wymaganych sprawozdań i informacji,
- c) uzasadnionych skarg rodzin/y,
- d) naruszenia innych postanowień niniejszej umowy oraz przepisów prawa.

## **§ 13**

Zleceniodawca może rozwiązać niniejszą umowę w formie pisemnej ze skutkiem natychmiastowym przed upływem ustalonego w § 12 terminu w razie:

- a) utraty przez Zleceniobiorcę uprawnień do wykonywania zawodu,
- b) popełnienia w czasie trwania umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalsze wykonywanie przedmiotu umowy przez Zleceniobiorcę, jeśli popełnienie przestępstwa zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym lub jest oczywiste,
- c) rażącego naruszenia postanowień niniejszej umowy oraz przepisów prawa.

## **§ 14**

Wszelkie zmiany lub uzupełnienia umowy wymagają, pod rygorem nieważności, zachowania formy pisemnej w postaci aneksu do umowy.

### **§ 15**

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

### **§ 16**

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 *Zleceniodawcy*.

### **§ 17**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach: jeden dla *Zleceniodawcy*, jeden dla *Zleceniobiorcy*.

*Zleceniobiorca*  
(czytelny podpis)

*Zleceniodawca*

**Zakres zadań.**

1. Udzielanie wsparcia psychologicznego rodzinom z wieloraczkami w środowisku domowym.
2. Pomoc w rozwiązywaniu problemów opiekuńczych w rodzinie wieloraczków.
3. Wsparcie prowadzone będzie zgodnie ze zgłoszonymi koordynatorowi potrzebami.
4. Powadzenie dokumentacji według ustalonego wzoru.
5. Sporządzanie comiesięcznych sprawozdań na druku przygotowanym przez Zleceniobiorcę.
6. Współpraca z Koordynatorem w zakresie realizowanych zadań.

.....  
Podpis Zleceniobiorcy

Arkusz sprawozdawczy  
Wsparcie psychologiczne rodzin z wieloraczkami w środowisku domowym -2021r.

Udzielanie wsparcia psychologicznego rodzinom z wieloraczkami  
w okresie od .....do.....2021r.

**1.Ogólna liczba rodzin, którym udzielono wsparcia psychologicznego .....**

a) liczba godzin udzielonego wsparcia rodzinom w środowisku domowym.....

.....  
Podpis Zleceniobiorcy

**Lista rodzin korzystających ze wsparcia psychologicznego  
realizowanych w środowisku domowym -2021r.**

w miesiącu.....

<b>Lp.</b>	<b>Data udzielonego wsparcia</b>	<b>Imię i nazwisko członków Rodziny</b>	<b>Podpis</b>

.....

Podpis Zleceniobiorcy

**Klauzula informacyjna**

**Administratorem Twoich danych osobowych jest** Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Podróźniczej 26/28, adres e-mail: sekretariat@spzoz.wroc.pl, numer telefonu 71 363 12 23 wpisane do . Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000062603, numer NIP: 894-24-60-800, REGON: 000313331, której akta rejestrowe przechowywane są w Sądzie Rejonowym Wrocław Fabryczna w VI Wydziale Gospodarczym Krajowego Rejestru Sądowego. Możesz skontaktować się z Administratorem za pośrednictwem powołanego przez niego **inspektora ochrony danych**, pisząc na adres: **iod@spzoz.wroc.pl** lub telefonując pod numer: 71 391 17 53.

**Masz prawo** dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania i prawo przenoszenia danych. Przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli Twoje dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

**Dane będą przetwarzane w celu** prowadzenia przez Administratora usług *w zakresie udzielania wsparcia psychologicznego rodzinom wieloraczków.*

**Podanie danych jest dobrowolne**, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wykonania usługi.

**Podstawą prawną przetwarzania Twoich danych** w zakresie prowadzenia działalności leczniczej, w tym także w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, jest art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 - dalej: RODO, w zw. z przepisami ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podstawą przetwarzania danych w zakresie, jaki jest niezbędny dla ochrony żywotnych interesów pacjenta, może być również art. 6 ust. 1 lit. d RODO. W zakresie, w jakim przetwarzane dane obejmują dane szczególnych kategorii, podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 9 ust. 2 lit. c i h RODO. Twoje dane osobowe nie będą przekazywane do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

Administrator nie będzie stosował wobec Ciebie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od zakończenia roku w jakim zostały pozyskane, w związku ze zobowiązaniem umownym z umowy dotacyjnej z Gminą Wrocław, z której finansowane jest udzielane świadczenie.

Wyrażam zgodę na udostępnianie danych osobowych. Wyrażenie zgody jest warunkiem uczestnictwa w edukacji.