

WZÓR UMOWY

Umowa Nr. /2016

zawarta dnia pomiędzy Gminą Trzebnica pl. Piłsudskiego 1, 55-100 Trzebnica
NIP 915-16-03-770

reprezentowaną przez:

Sekretarza Gminy Trzebnica – Daniela Buczaka
przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy Trzebnica - Barbary Krokowskiej
zwanych w dalszej treści umowy „Zamawiającym”

a

.....z siedzibą w
.....wpisaną do rejestru

KRS nr. dnia

NIP

Regon.....

reprezentowana przez:

.....

.....

zwanych w dalszej treści umowy „Wykonawcą”,
następującej treści:

§1

1. Zamawiający, na podstawie art.7, ust. 1 pkt. 1 i art.48 ust.1 i ust.3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.), Uchwały Nr 22/227/16 z dnia 30 listopada 2016 r. i Uchwały Nr 22/228/16 z dnia 30 listopada 2016 r. Rady Miejskiej w Trzebnicy w sprawie przyjęcia Programów profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom i meningokokom dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Trzebnica na lata 2017-2019 w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3+” oraz z pominięciem przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień Publicznych(Dz.U. z 2015 r. poz. 2164) zgodnie z Art 4 pkt. 8 tej ustawy zleca, a Wykonawca przyjmuje do realizacji wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

a/. **„Programu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Trzebnica na lata 2017-2019 w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3+”**,

b/. **„Programu profilaktycznych szczepień przeciwko meningokokom grupy C dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Trzebnica na lata 2017-2019 w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3+”**zgodnie z ofertą Wykonawcy stanowiącą załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

2. Sposób organizacji udzielania świadczenia, tj. naboru, rejestracji, dni, godzin i udzielania informacji świadczenia zawiera załącznik **Nr. 2 do niniejszej umowy.**

3. Przedmiot zamówienia obejmuje:

1/ zakup szczepionek przeciwko pneumokokom i meningokokom oraz innych materiałów niezbędnych do realizacji zadania zgodnie z programami ust. 1 punkty a) i b),

2/przeprowadzenie kampanii edukacyjno - informacyjnej adresowanej do rodziców / prawnych opiekunów dzieci,

3/ wykonanie kwalifikacyjnego badania lekarskiego przed szczepieniem,

4/ podanie szczepionki przeciw bakteriom zgodnie z programami ust. 1 punkty a) i b) :

a) pneumokokom - 4 (cztery) dawki szczepionki,

b) meningokokom - 2(dwie)dawki szczepionki dla dzieci od 2 m-ca do 12 m-ca życia,

1(jedna) dawka szczepionki dla dzieci od 12 m..ż. do 24 m-ca życia.

5/ zebranie wszelkich dokumentów w tym zgody rodziców/opiekunów prawnych dzieci na wykonanie szczepienia oraz stwierdzenie faktu posiadania i zarejestrowania Nr. karty „

Trzebnickiej Rodziny 3+” szczepionego dziecka i danych osobowych,

6/ utylizacja zużytych do szczepienia materiałów.

§2

Okres rozliczeniowy realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie ustala się od dnia podpisania umowy w okresach kwartalnych nie później niż do 10 dnia miesiąca następującego po zakończonym kwartale i do dnia 15 grudnia w każdym roku obowiązywania umowy. Ostateczny termin zakończenia umowy – 15 grudnia 2019 r..

§3

1. Ustala się umowną wartość wynagrodzenia brutto $d = (a + b) \times c$ gdzie:

a – wartość jednostkowa w wysokościzł brutto, tj. skalkulowany koszt szczepienia 1- go dziecka przeciwko pneumokokom przy 4 (czterech) iniekcjach szczepionki i przy opłacie 50% wartości szczepienia przez rodziców/prawnych opiekunów dziecka,

b - jednostkową w wysokościzł brutto, tj. skalkulowany koszt szczepienia 1-go dziecka przeciwko meningokokom przy 2(dwóch)dawkach szczepionki dla dzieci od 2 m-ca do 12 m-ca życia, 1(jednej) dawce szczepionki dla dzieci od 12 m..ż. do 24 m-ca, życia i przy opłacie 50% wartości szczepienia przez rodziców/prawnych opiekunów dziecka,

c – szacunkowa ilość szczepionych dzieci - 90,

d - całkowita łączna umowna wartość szczepienia 90-u dzieci brutto.

2. Ustalone wynagrodzenie obejmuje wszelkie narzuty i dodatki dla Oferenta i nie podlega zmianie w trakcie realizowania niniejszej umowy, jedynie w przypadku konieczności zaszczepienia większej niż przewidywana ilości dzieci po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym co wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§4

1. Płatność za wykonanie świadczenia zdrowotnego nastąpi przelewem na podstawie faktury VAT wystawionej na adres: Gmina Trzebnica pl. Piłsudskiego 1, 55-100 Trzebnica w terminie 14 dni od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT.

2. Do rozliczenia faktury VAT z Zamawiającym należy dołączyć szczegółową informację z wykonania świadczenia zdrowotnego, zgodnie z załącznikiem Nr. 1 do niniejszej umowy,

3. Za datę zapłaty uważa się datę obciążenia rachunku Zamawiającego.

§5

Prawa i obowiązki stron nie mogą być przenoszone na osoby trzecie bez pisemnej zgody Zleceniodawcy.

§6

Wykonawca zobowiązuje się do:

1. Prowadzenia dokumentacji w sposób umożliwiający ocenę wykonania zadania pod względem rzeczowym;

2. Przekazywania – na życzenie Zamawiającego w terminie 7 dni informacji o zakresie i sposobie realizacji umowy;

3. Stosowania przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2016, poz.1638);

4. Poddania się kontroli w zakresie prawidłowości wykonywania zadań określonych w niniejszej umowie.

§7

W razie naruszenia któregokolwiek z postanowień umowy przez Wykonawcę, Zamawiający może wypowiedzieć niniejszą umowę z zachowaniem 30 dniowego okresu wyprzedzenia.

§8

Umowa może być rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku nieterminowego lub nienależytego jej wykonania, a w szczególności zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania.

§9

Wykonawca zapłaci karę umowną Zamawiającemu za każdy dzień zwłoki, w stosunku do ustalonego w §2 terminu wykonania przedmiotu umowy, w wysokości 0,1 % wartości umownej

brutto, o której mowa w §3 ust.1 pkt. d. umowy.

§10

1. W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. W takim przypadku Wykonawca może żądać wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.

2. Odstąpienie od umowy może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej wraz z podaniem uzasadnienia.

3. W przypadku odstąpienia od umowy, strony sporządzają w terminie 5 dni od daty odstąpienia, protokół stopnia wykonania zadania, który stanowić będzie podstawę do ostatecznego rozliczenia umowy.

4. Za odstąpienie od umowy z winy Wykonawcy, Zamawiającemu przysługuje kara umowna w wysokości 5% wartości określonej w §3 ust.1 pkt. d umowy.

§11

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2016, poz. 1638) oraz przepisy Kodeksu Cywilnego.

§12

Nadzór nad realizacją zadania sprawowany będzie przez Urząd Miejski w Trzebnicy pl. Piłsudskiego 1, 55-100 Trzebnica

§13

Ewentualne spory wynikłe w trakcie realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą przez sąd właściwy miejscowo ze względu na siedzibę Zamawiającego.

§14

Integralną część umowy stanowi:

- załącznik Nr 1 - informacja z wykonania świadczenia zdrowotnego,
- załącznik Nr 2 - oferta Wykonawcy,
- załącznik Nr 3 - Program zdrowotny profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom,
- załącznik Nr 4 - Program zdrowotny profilaktycznych szczepień przeciwko meningokokom.

§15

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

ZAMAWIAJĄCY

WYKONAWCA

Załącznik Nr. 1 do umowy Nr. z dnia

Informacja z wykonania świadczenia zdrowotnego pn.:

1. „Program profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Trzebnica na lata 2017-2019 w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3+””,
2. Program profilaktycznych szczepień przeciwko meningokokom grupy C dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Trzebnica na lata 2017-2019 w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3+”

l.p.	Imię i nazwisko osoby szczepionej	Pesel	Data urodzenia	Adres	Nr. karty „T. R. 3+”	badanie lekarskie	rodzaj szczepionki dawka I/II/III	data szczepienia	podpis rodzica/opiekuna
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

.....
data i podpis osoby upoważnionej