

Umowa Nr ...../Z/m ..... / 2014

w sprawie udzielenia świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy - prowadzenie ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, uzasadnionej stwierdzoną patologią zawodową

zawarta w dniu ..... 2014 roku

**pomiędzy:**

Województwem Łódzkim reprezentowanym przez Zarząd Województwa Łódzkiego, w imieniu którego działają:

- 1. Dariusz Klimczak – Członek Zarządu Województwa Łódzkiego,
- 2. Magdalena Amrozik – Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej,

na podstawie uchwały Zarządu Województwa Łódzkiego Nr 1514/13 z dnia 30 października 2013 roku: w sprawie udzielenia upoważnienia

zwanym „Województwem”

a

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

reprezentowanym przez .....

zwanym „Zakładem”

Stosownie do art. 21 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 roku o służbie medycyny pracy oraz w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert, strony zawierają niniejszym umowę o następującej treści:

**§ 1**

- 1. Województwo udziela zamówienia na świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny pracy, a Zakład przyjmuje obowiązek jego realizowania tj. prowadzenia ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, uzasadnionej stwierdzoną patologią zawodową dla pacjentów z terenu województwa łódzkiego.
- 2. Strony zgodnie przyjmują do stosowania ceny usług w okresie od 1 stycznia 2014 roku do dnia 31 grudnia 2014 roku, określone w załączniku Nr 1.

**§ 2**

Zakład zobowiązuje się do realizacji następujących zasad organizacji wykonywania zabiegów:

- 1. Pacjenci przyjmowani są w siedzibie Zakładu przy ul. ...., na podstawie skierowania wydanego przez lekarza, o którym mowa w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy.
- 2. Zakład zobowiązuje się podać do wiadomości publicznej informację o zasadach udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy poprzez zamieszczenie jej na tablicy ogłoszeń w budynku w ..... przy ul.....

### § 3

1. Województwo zobowiązuje się przekazać środki za wykonane świadczenia zdrowotne w 2014 roku, zakończone wykonaniem poszczególnych grup zabiegów rehabilitacyjnych, wg określonych w załączniku Nr 1, stawek do wysokości ..... zł. brutto (słownie złotych brutto: .....).
2. Przekazanie środków nastąpi na podstawie faktur złożonych przez Zakład za faktycznie wykonane świadczenia zdrowotne w danym miesiącu objętym okresem trwania umowy.
3. Zakład zobowiązuje się do przedłożenia poprawnie wystawionej faktury za faktycznie wykonane świadczenia zdrowotne w nieprzekraczalnym terminie do 7 dni po zakończeniu danego okresu rozliczeniowego, tj. jednego miesiąca kalendarzowego. Fakturę dotyczącą miesięcy styczeń – marzec 2014 roku Zakład zobowiązany jest do przedłożenia w nieprzekraczalnym terminie do 30 kwietnia 2014 roku. Faktura za miesiąc listopad 2014 roku winna być dostarczona nie później niż do 5 grudnia 2014 roku.
4. W sytuacji, gdy Zakład w danym okresie rozliczeniowym, tj. jednego miesiąca kalendarzowego nie przedłoży faktury za wykonane zadanie zobowiązany jest do powiadomienia na piśmie Województwa o powyższym fakcie, w terminie wymienionym w ust. 3.
5. Każdorazowo do faktury należy dołączyć rozliczenie wg wzoru stanowiącego załącznik Nr 2, Nr 3 oraz oświadczenie stanowiące załącznik Nr 4 do umowy. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek błędów w załącznikach, Województwo zwróci Zakładowi dokumenty celem ich poprawienia bądź uzupełnienia. W przypadku wystąpienia błędów na fakturze, które wymagają wystawienia faktury korygującej, Zakład zobowiązany jest do jej wystawienia w terminie 5 dni od daty otrzymania pisma od Województwa. Termin płatności liczony będzie od daty ponownego wpływu prawidłowo wystawionych wszystkich dokumentów.
6. Faktury wystawione za okres od 1 stycznia do 30 listopada 2014 roku będą płatne przelewem na rachunek bankowy Zakładu wskazany na fakturach, w terminie do 30 dni licząc od daty doręczenia poprawnie wystawionych dokumentów do siedziby Województwa. Za datę zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Województwa.
7. Faktury należy wystawiać dla Województwa Łódzkiego kod 90-051, Al. Piłsudskiego 8, NIP 725-17-39-344 i powinny zawierać informację o nazwie zadania, okresie rozliczeniowym, którego dotyczy oraz numerze umowy, na podstawie której została wystawiona. Faktury powinny również zawierać informację o podstawie prawnej zwolnienia usługi z podatku VAT.
8. W terminie do 29 grudnia 2014 roku Zakład otrzyma zaliczkę na wykonanie świadczeń zdrowotnych za miesiąc grudzień 2014 roku na konto bankowe o numerze .....  
.....  
na kwotę wynikającą z różnicy pomiędzy wielkością nakładów poniesionych od początku realizacji zadania do dnia 30 listopada 2014 roku, a wielkością nakładów pozostałych do zakończenia zadania.
9. Zakład zobowiązuje się do wystawienia faktury za miesiąc grudzień 2014 roku w terminie do 31 grudnia 2014 roku. Dokumenty księgowo wystawione po tym terminie nie będą podlegały rozliczeniu.
10. Zakład zobowiązuje się do dostarczenia faktury za miesiąc grudzień 2014 roku wraz z załącznikami określonymi w ust. 5 w nieprzekraczalnym terminie do dnia 5 stycznia 2015 roku.
11. W terminie do dnia 5 stycznia 2015 roku Zakład bezwzględnie dokona zwrotu niewykorzystanych środków za miesiąc grudzień 2014 roku, wynikających z różnicy między zaliczką a wystawioną fakturą na konto: Bank Polski Kasa Opieki S. A. XI O/ Łódź Nr 62 1240 3073 1111 0010 0269 0860. Za termin zwrotu środków przyjmuje się datę uznania rachunku bankowego Województwa.

12. W przypadku nieterminowego zwrotu środków, o których mowa w ust. 11 naliczone zostaną odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych od dnia 6 stycznia 2015 roku.
13. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek błędów na fakturze lub w załączniku Nr 2 za miesiąc grudzień 2014 roku, Województwo zwróci Zakładowi dokumenty celem ich poprawienia. Zakład zobowiązany jest do wystawienia faktury korygującej w nieprzekraczalnym terminie 2 dni od daty otrzymania pisma od Województwa.
14. W przypadku zakwestionowania rozliczenia za miesiąc grudzień 2014 roku mającego skutek finansowy, Zakład zobowiązany jest do zwrotu środków wynikających z różnicy między wystawioną fakturą za grudzień 2014 roku a fakturą korygującą za ten miesiąc w terminie, o którym mowa w ust.13.
15. W przypadku nieterminowego zwrotu środków, o których mowa w ust. 14 naliczone zostaną odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych od dnia jak w ust. 13.
16. Środki finansowe, o których mowa w ust.1 wykorzystane na cele inne niż określone w umowie podlegają zwrotowi na konto Województwa.
17. Zakazuje się zbywania na rzecz osób trzecich wierzytelności wynikających z niniejszej umowy.

#### § 4

W przypadku wystąpienia okoliczności, które powodują zwiększenie lub zmniejszenie kwoty określonej w § 3 ust.1 związanej z ilością wykonywanych zabiegów na prowadzenie ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, uzasadnionej stwierdzoną patologią zawodową dla pacjentów z terenu województwa łódzkiego, strony mogą przystąpić do renegocjowania warunków umowy.

#### § 5

1. Zakład oświadcza, iż przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność za wykonywane zadanie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz wymaganiach zdrowotnych określonych w odrębnych przepisach.
2. Zakład nie może powierzyć wykonywania zadania objętego umową osobie trzeciej.

#### § 6

1. Województwo, w imieniu którego działa Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego lub Departament Kontroli i Skarg Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego może w trakcie umowy i po jej wygaśnięciu przeprowadzić kontrolę w zakresie:
  - a) sposobu wykonywania zabiegów, ich ilości i dostępności dla uprawnionych,
  - b) sposobu wykorzystania środków przekazanych na realizację zadania,
  - c) oceny prawidłowości dokonania rozliczeń finansowych.
2. Zakład zobowiązuje się poddać kontroli określonej w ust. 1 i wykonać wszelkie zalecenia pokontrolne.

#### § 7

Jeżeli Województwo lub wyznaczona i upoważniona przez niego osoba w wyniku przeprowadzenia kontroli, stwierdzi uchybienia i wyda stosowne zalecenia pokontrolne wyznaczając termin usunięcia uchybień, a Zakład nie usunie ich w wyznaczonym terminie, umowa może zostać rozwiązana po upływie wyznaczonego terminu bez wypowiedzenia.

#### § 8

Zakład zobowiązuje się do dokonania niezbędnych ubezpieczeń, w tym z tytułu odpowiedzialności cywilnej.

## § 9

Umowa zawarta zostaje na czas określony i obowiązuje do dnia 31 grudnia 2014 roku ze skutkiem prawnym od 1 stycznia 2014 roku.

## § 10

1. Województwo może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym, a w sytuacji gdy kwoty zostały wypłacone, postawić w stan natychmiastowej wymagalności w razie wystąpienia następujących okoliczności tj. gdy Zakład:
  - a) przedstawił nierzetelne lub nieprawdziwe dane i dokumenty, na podstawie których dokonał rozliczeń miesięcznych,
  - b) wykorzystał przyznane środki finansowe w całości lub w części niezgodnie z przeznaczeniem,
  - c) podjął działania sprzeczne z umową,
  - d) nie wykonał zaleceń pokontrolnych w wyznaczonym terminie.
  - e) nie przystąpił do realizacji umowy w okresie trzech miesięcy kalendarzowych po jej podpisaniu.
2. W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających przystąpienie do realizacji umowy w okresie określonym w ust. 1 lit. e Zakład jest zobowiązany do pisemnego wyjaśnienia. Wyjaśnienia powinny być złożone przez Zakład bez wezwania ze strony Województwa. Treść uzasadnienia może spowodować, iż umowa nie zostanie rozwiązana.

## § 11

1. W przypadku wystąpienia okoliczności wymienionych w § 10 ust. 1 lit. a), c) i d) Zakład zapłaci Województwu karę umowną w wysokości 1% wartości umowy określonej w § 3 ust.1.
2. W razie nie przystąpienia lub odstąpienia Zakładu od realizacji umowy z winy leżącej po jego stronie, Zakład zapłaci Województwu karę umowną w wysokości 10% wartości umowy określonej w § 3 ust.1.
3. Kara umowna winna być wpłacona na rachunek Województwa w terminie 14 dni od daty otrzymania przez Zakład noty księgowej, wystawionej przez Województwo.
4. W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację niniejszej umowy tj. w szczególności likwidacji zakładu bądź braku osób uprawnionych do realizowanych przez Zakład zabiegów, Województwo odstąpi od naliczenia kary umownej.

## § 12

Od środków wykorzystanych przez Zakład niezgodnie z przeznaczeniem (§ 10 ust.1 lit. b) zostaną naliczone odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych od dnia ich przekazania z rachunku Województwa.

## § 13

W sprawach nieuregulowanych w umowie stosuje się przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku – Kodeks cywilny oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

## § 14

Spory z niniejszej umowy, które mogą wyniknąć w trakcie jej realizacji będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Województwa.

## § 15

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają pod rygorem nieważności, zgody stron w formie aneksu.

2. Zakład zobowiązany jest do powiadomienia Województwa w ciągu 5 dni o zmianie nazwy i siedziby, numeru rachunku bankowego oraz zmian dotyczących jego statusu jako podatnika VAT-u.

**§ 16**

Umowę sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, po dwa egzemplarze dla każdej ze stron.

**Województwo:**

**Zakład:**

22. 01. 2014

Zastępca Dyrektora

Magdalena Amrozik

5

## Wykaz zabiegów rehabilitacyjnych w 2014 roku

Rodzaj zabiegu	Cena jednostkowa zabiegu
<b>Fizykoterapia</b>	<b>każdy zabieg ...,00 zł.</b>
naświetlanie diaterma	tak / nie*
naświetlanie lampą solux	tak / nie*
- bez filtra	tak / nie*
- z filtrem niebieskim	tak / nie*
- z filtrem czerwonym	tak / nie*
naświetlanie lampą ultrafioletową	tak / nie*
naświetlanie lampą z podczerwienia	tak / nie*
elektroterapia przy użyciu prądu stałego	tak / nie*
elektroterapia przy użyciu prądów impulsowych /diadynamic/	tak / nie*
elektrostymulacja	tak / nie*
elektroterapia z użyciem leku /jonoforwa/	tak / nie*
zabiegi z użyciem prądówinterferencyjnych /S-300/	tak / nie*
zabiegi z użyciem terापulsu	tak / nie*
złożona terapia polem elektromagnetycznym /SW-500/	tak / nie*
terapia ultradźwiękowa	tak / nie*
terapia ultradźwiękowa z użyciem leku /fonoforeza/	tak / nie*
zabiegi z użyciem pola magnetycznego	tak / nie*
laseroterapia	tak / nie*
krioterapia	tak / nie*
parafino terapia	tak / nie*
<b>Hydroterapia</b>	<b>każdy zabieg ...,00 zł.</b>
masaż wirowy	tak / nie*
- kończyn górnych	tak / nie*
- kończyn dolnych	tak / nie*
masaż podwodny	tak / nie*
natrysk biczowy	tak / nie*
- ciepły	tak / nie*
- naprzemienny tzw. szkocki	tak / nie*
<b>Kinezyterapia</b>	<b>każdy zabieg ...,00 zł.</b>
kinezyterapia - indywidualna praca z pacjentem	tak / nie*
kinezyterapia na przyrządach	tak / nie*
- na atlasie	tak / nie*
- na rotorze	tak / nie*
- wyciągi/pętla Gilsona, wyciąg krzeselkowy/	tak / nie*
ćwiczenia zespołowe	tak / nie*
- dla osób z dyskopatia	tak / nie*
- wzmacniające mięśnie	tak / nie*
- dla osób z otyłością	tak / nie*
- ćwiczenia relaksacyjne	tak / nie*
<b>Masaż ręczny/każdej części anatomicznej</b>	<b>...,00 zł.</b>
<b>Inhalacje</b>	<b>...,00 zł.</b>
<b>Badanie lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych wraz z konieczną diagnostyką</b>	<b>...,00 zł.</b>
<b>Badania lekarza rehabilitanta</b>	<b>...,00 zł.</b>
<b>ŁĄCZNA KWOTA UMOWY na 2014 r.</b>	<b>.....,00 zł.</b>

\*/ zaznaczyć właściwe określenie

Podpis i pieczęć  
Głównego Księgowego

Podpis i pieczęć  
Dyrektora Zakładu



## Informacja dotycząca przekazywania środków finansowych w miesiącu .....

Załącznik Nr 3 do umowy Nr ... /Z/m ... /2014

Lp	Miesiąc rozliczeniowy	Środki finansowe przekazane przez Województwo Łódzkie w zł.			Rozliczenie za wykonane usługi zdrowotne z zakresu medycyny pracy (badania uczniów) zgodnie z zawartą umową Nr .....						
		Data	Kwota	Ilość osób	Wartość zadania zgodnie z zawartą umową na 2014 rok	Środki rozliczone przez jednostkę (zgodnie z fakturą) w 2014 roku	Numer faktury	Data wpływu księgowego	Nakłady poniesione od początku realizacji zadania w 2014 roku	Wielkość środków pozostała do zakończenia zadania	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
		X			Wartość zadania zgodnie z zawartą umową na 2014 rok						
1	styczeń										
2	luty										
3	marzec										
4	kwiecień										
5	maj										
6	czerwiec										
7	lipiec										
8	sierpień										
9	wrzesień										
10	październik										
11	listopad										
12	grudzień										
	zwrot niewykorzystanej zaliczki										
	<b>RAZEM</b>	X	-		X	-	X	X	-	-	

Numer telefonu i podpis osoby sporządzającej dokument

Podpis i pieczęć Głównego Księgowego

Podpis i pieczęć Dyrektora Zak



.....  
Pieczęć Zakładu

## Oświadczenie

Oświadczam, iż zakład .....  
(podać pełną nazwę zakładu)

.....  
w miesiącu ..... 2014 roku, nie został zlikwidowany, bądź nie jest  
w likwidacji i posiada personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach.

.....  
Miejscowość, Data

.....  
Pieczęć i podpis  
Dyrektora Zakładu