

**UMOWA**  
**dotycząca świadczenia gwarantowanych usług z zakresu rehabilitacji leczniczej**  
**dla mieszkańców Milanówka w ramach przeznaczonych przez gminę środków**  
**finansowych na realizację zadania**

zawarta w dniu .....2017 r. pomiędzy:

pomiędzy **Gminą Milanówek** z siedzibą w Milanówku przy ul. Kościuszki 45 ,  
05-822 Milanówek, NIP: 529 179 92 45 reprezentowaną przez:

**Panią Wiesławę Kwiatkowską – Burmistrz Miasta Milanówka,**  
przy kontrasygnacie **Pani Bożeny Sehn- Skarbnika Miasta,**  
zwaną dalej „Gminą,

a

**Panią/Panem**.....  
prowadzącą/cym .....

z siedzibą w ..... przy ul. ....,

NIP ....., zwaną dalej „Świadczeniodawcą”

**§ 1.**

**Rodzaj, zakres i liczba udzielanych świadczeń gwarantowanych**

1. Świadczeniodawca przyjmuje obowiązek świadczenia gwarantowanych usług w zakresie **rehabilitacji leczniczej** zwanych dalej świadczeniami rehabilitacyjnymi, dla mieszkańców Milanówka, a Gmina zobowiązuje się do zapłacenia za wykonanie świadczeń w ramach przeznaczonych na ten cel środków finansowych.
2. Świadczeniodawca przyjmuje do realizacji następujący zakres świadczeń rehabilitacyjnych:

<b>Kod świadczenia</b>	<b>Rodzaj zabiegu</b>	<b>Wartość punktu w warunkach ambulatoryjnych</b>
<b>KINEZYTERAPIA</b>		
068	Ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem	6
075	Ćwiczenia wspomagane	8
015	Wyciągi	7
<b>MASAŻ</b>		
019	Masaż suchy – częściowy – minimum 20minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	10
<b>ELEKTROLECZNICTWO</b>		
024	Galwanizacja	4
025	Jonoforeza	5
028	Elektrostymulacja	7

030	Prądy diadynamiczne	4
031	Prądy interferencyjne	4
032	Prądy TENS	4
035	Ultradźwięki miejscowe	6
036	Ultrafonoforeza	7
<b>LECZENIE POLEM MAGNETYCZNYM</b>		
037	Impulsowe pole magnetyczne wysokiej częstotliwości	6
039	Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	3
<b>ŚWIATŁO LECZNICTWO I TERMOTERAPIA</b>		
076	Naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym - miejscowe	3
043	Laseroterapia punktowa	6
<b>KRIOTERAPIA</b>		
074	Krioterapia miejscowa	8

3. Liczba udzielanych świadczeń rehabilitacyjnych odpowiada wartości .... **punktów** zabiegowych miesięcznie.
4. Niewykorzystana liczba świadczeń rehabilitacyjnych w danym miesiącu przechodzi na następny miesiąc, z tym, że nie może przekroczyć czasu trwania umowy.

## § 2.

### Warunki oraz organizacja udzielania świadczeń gwarantowanych

1. Do skorzystania z bezpłatnych usług w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych uprawniony będzie każdy mieszkaniec Milanówka posiadający skierowanie lekarskie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego - według kolejności zgłoszeń i w granicach wartości środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania.
2. Mieszkaniec Milanówka, korzystający ze świadczeń rehabilitacyjnych zobowiązany jest do podpisania upoważnienia do przetwarzania danych osobowych przez Gminę na potrzeby rozliczeń realizacji świadczeń gwarantowanych usług w zakresie rehabilitacji leczniczej finansowanych z budżetu Gminy zgodnie z załącznikiem Nr 1 do niniejszej umowy oraz dołączenia kopii pierwszej strony zeznania podatkowego od osób fizycznych za rok 2016 (PIT) ze z potwierdzeniem złożenia w Urzędzie Skarbowym w Grodzisku Mazowieckim PIT i z podanym adresem zamieszkania na terenie gminy Milanówek, bez względu na to, czy osiąga dochód.
3. Świadczeniodawca oświadcza, że posiada warunki lokalowe, dysponuje specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną oraz kadrą posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych, zgodnie z oświadczeniami i dokumentami dołączonymi do oferty.
4. Świadczeniodawca zobowiązuje się do wykonywania świadczeń rehabilitacyjnych z zachowaniem należytej staranności zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną i standardami postępowania oraz na zasadach wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm.), ustawy z dnia 27

sierpnia 2014 r. o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.) i innych przepisów regulujących zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, a także innych regulacji prawnych mających zastosowanie do przedmiotu umowy.

5. Świadczenia rehabilitacyjne wykonywane będą od ..... do..... w godzinach .....z wyjątkiem dni świątecznych.
6. Świadczeniodawca zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych.
7. Świadczeniodawca zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją świadczeń rehabilitacyjnych przez 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym Świadczeniodawca realizował przedmiot umowy.

### § 3.

#### Okres obowiązywania umowy

Umowa zawarta jest na czas od .....2017 r. do 22 grudnia 2017 r.

### § 4.

#### Kwota zobowiązania i zasady rozliczeń

1. Za wykonywanie świadczeń rehabilitacyjnych przysługuje Świadczeniodawcy zryczałtowana kwota brutto ..... **zł za 1 punkt** udzielonych świadczeń określonych w § 2 niniejszej umowy, z tym, że miesięcznie nie może przekroczyć kwoty **20 000,00 zł** (słownie: dwadzieścia tysięcy złotych).
2. Niewykorzystana kwota w danym miesiącu przechodzi na następny miesiąc, z tym, że budżet zadania w czasie trwania umowy nie może przekroczyć kwoty **60 000,00 zł** brutto (słownie: sześćdziesiąt tysięcy złotych).
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przedkładania miesięcznego rozliczenia wykonanych świadczeń rehabilitacyjnych wraz z upoważnieniami do przetwarzania danych osobowych według wzoru stanowiącego załącznik Nr 2 do niniejszej umowy, w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, z tym że za miesiąc grudzień w ciągu 5 dni od zakończenia umowy.
4. Wynagrodzenie płatne będzie w terminie 21 dni od dnia przedłożenia przez Świadczeniodawcę wymaganego miesięcznego rozliczenia na wskazany rachunek bankowy.....

### § 5.

#### Sposób i tryb kontroli wykonania umowy

1. Gmina sprawuje kontrolę prawidłowości wykonywania usług rehabilitacji leczniczej przez Świadczeniodawcę. Kontrola może być przeprowadzona w toku realizacji usług oraz po ich zakończeniu do czasu ustania obowiązku, o którym mowa w § 2 ust. 7.
2. Świadczeniodawca na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.
3. O wynikach kontroli Gmina poinformuje Świadczeniodawcę, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.
4. Świadczeniobiorca jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń, o których mowa w ust. 3, do ich wykonania i powiadomienia o tym Gminę.

**§ 6.**  
**Postanowienia końcowe**

1. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:
  - 1) z upływem czasu na jaki została zawarta;
  - 2) na mocy porozumienia stron;
  - 3) przez każdą ze stron z 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia skutkującym na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
2. Zmiany postanowień niniejszej umowy wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.
4. Spory mogące wyniknąć ze stosunku objętego niniejszą umową, strony poddają pod rozstrzygnięcie właściwego Sądu Rejonowego.
5. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.

.....  
Świadczeniodawca

.....  
Gmina

.....  
kontrasygndata Skarbnika Miasta

Imię i nazwisko upoważniającego:

.....

adres zamieszkania:

.....

Kod pocztowy

## UPOWAŻNIENIE DO GROMADZENIA I PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922), upoważniam Gminę Milanówek do przetwarzania moich danych osobowych zawartych:

- a) **na pierwszej stronie zeznania podatkowego od osób fizycznych za rok 2016 (PIT), które należy dołączyć w celu potwierdzenia odprowadzania podatku na rzecz gminy Milanówek,\***
- b) **w skierowaniu lekarskim na wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych w części dotyczących rodzaju zleconego zabiegu**

do celów rozliczeń finansowych sporządzanych przez.....  
z realizacji zawartej umowy dotyczącej *świadczenia gwarantowanych usług z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Milanówka, posiadających skierowanie lekarskie na wykonanie tego typu zabiegów ze sfinansowaniem usługi z budżetu gminy Milanówek.* Finansowanie świadczeń gwarantowanych odbywa się na podstawie art. 9a i 9b ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.)

---

data i podpis upoważniającego

\* Mieszkaniec w celu skorzystania z bezpłatnych zabiegów rehabilitacyjnych zobowiązany jest przedstawić kopię pierwszej strony zeznania podatkowego od osób fizycznych za rok 2016 (PIT) z potwierdzeniem złożenia w Urzędzie Skarbowym w Grodzisku Mazowieckim i z podanym adresem zamieszkania na terenie gminy Milanówek, bez względu na to, czy osiąga dochód.

**Rozliczenie  
wykonanych świadczeń gwarantowanych usług z zakresu  
rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Milanówka  
za miesiąc ..... 2017r.**

**1. Lista mieszkańców Milanówka korzystających ze świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej:**

Lp.	Imię i nazwisko, PESEL, adres	Termin wykonania zabiegu od dnia do dnia w danym miesiącu	Ilość zabiegów	Rodzaj zabiegu	Podpis osoby korzystającej z zabiegów	Wartość punktowa zabiegu x cena za 1 punkt zabiegu	Kwota kol.4 x kol.7
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>RAZEM</b>							

2. W załączeniu sztuk..... upoważnień do przetwarzania danych osobowych.

Data: .....

.....  
Pieczeńć i podpis Świadczeniodawcy