

**Zarządzenie Nr 0050.81.2019
Burmistrza Miasta Cieszyna
z dnia 30 stycznia 2019 roku**

w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 30 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r., poz. 944 z późn. zm.), art. 4¹ ust 1 pkt 1, art. 4¹ ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2018 r. poz. 2137 z późn. zm.), art. 114 ust. 1 pkt 5 i art. 115 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.), art. 9a i art. 9b ust. 1 i 2 w związku z art. 48b ust. 2 – 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), oraz w związku z uchwałą Rady Miejskiej Cieszyna Nr XLIX/522/18 z dnia 25 października 2018 roku w sprawie uchwalenia Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Miasta Cieszyna na rok 2019.

§ 1

1. Ogłaszam otwarty konkurs ofert na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu.
2. Treść ogłoszenia o konkursie, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Ogłoszenie o konkursie zamieszczam w dniu 30 stycznia 2019 roku na tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego oraz udostępniam w Biuletynie Informacji Publicznej i na stronie internetowej www.um.cieszyn.pl.

§ 3

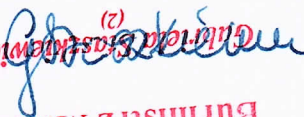
W celu przeprowadzenia konkursu, o którym mowa w § 1, powołuję komisję konkursową, zwaną dalej komisją, w składzie:

- 1) Przewodniczący komisji: Helena Smolarz – Kierownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.
- 2) Członkowie komisji:
 - a) Lucyna Lanc – Kasperek – Z-ca Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Cieszynie,
 - b) Beata Cher – Koźdoń – Kierownik Działu Pracy Specjalistycznej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Cieszynie,
 - c) Justyna Żerdka – inspektor w Dziale Pracy Specjalistycznej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Cieszynie.

§ 4

Wykonanie zarządzenia powierzam Kierownikowi Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.


Burmistrz Miasta
Gmina Krasnolesie (2)

Rozdzielnik:

1x OR - rejestr zarządzeń

1x MOPS

1x BIP

1x tablica ogłoszeń

załącznik nr 1
do ogłoszenia konkursu ofert na
udzielanie mieszkańcom Cieszyna
gwarantowanych świadczeń zdrowotnych
z zakresu terapii uzależnień i
współuzależnienia od alkoholu

.....
.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

(miejsowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

dot. udzielania mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu.

I. Dane dotyczące Oferenta

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

3. Nr wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

4. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

5. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

II. Informacje o planowanej realizacji zadań

1. Proponowany czas trwania umowy (rozpoczęcia i zakończenia realizacji zadań):

2. Miejsce realizacji planowanych zadań (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki):

3. Warunki lokalowe (liczba pomieszczeń do psychoterapii indywidualnej i grupowej, gabinet lekarski, rejestracja i in.):

4. Wyposażenie (sprzęt i urządzenia):

5. Określenie składu i kwalifikacji osób realizujących planowane zadania:

Lp.	Imię i Nazwisko	Zawód	Uzyskany stopień specjalizacji	Forma współpracy z Oferentem	udzielane świadczenia zdrowotne w ramach planowanych zadań
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

6. Informacje o instytucjach współpracujących (nazwa i zasady współpracy):

--

7. Planowane działania informacyjne:

--

8. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych:

--

9. Charakterystyka planowanych zadań wraz z określeniem liczby odbiorców:

Lp.	Nazwa zadania (świadczenia psychoterapii grupowej)	Opis planowanych działań, w tym pracy terapeutycznej (rodzaju świadczeń)	Szacowana liczba odbiorców
1.	Zadanie nr 1 Świadczenia psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym		
2.	Zadanie nr 2 Świadczenia pogłębionej terapii dla osób uzależnionych		
3.	Zadanie nr 3 Świadczenia psychoterapii dla osób współuzależnionych		
CAŁKOWITA LICZBA ODBIORCÓW:			

10. Zakładane rezultaty:

--

11. Założenia dotyczące pomiaru bezpośrednich rezultatów planowanych do realizacji zadań (metody, sposoby i terminy dokonania oceny):

--

12. Liczba godzin poszczególnych świadczeń w ramach planowanych do realizacji zadań:

Lp.	Rodzaj świadczeń (zgodny z założeniami określonymi w pkt. II. 4 ogłoszenia o konkursie)	Zadanie nr 1 – świadczenia psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care)...	Zadanie nr 2 – świadczenia pogłębionej terapii dla osób uzależnionych	Zadanie nr 3 – świadczenia psychoterapii dla osób współuzależnionych	Całkowita liczba godzin danego świadczenia
1	2	3	4	6	9
1.	Sesja psychoterapii grupowej				
	RAZEM – liczba godzin w ramach planowanych do realizacji zadań				

III. Plan finansowy – preliminarz kosztów.

Lp.	Rodzaj świadczenia (zgodnie ze wskazanymi przez Oferenta w kolumnie nr 2 tabeli z pkt. II.12)	Liczba godzin danego świadczenia (zgodnie z kolumną nr 9 tabeli z pkt. II.12) ¹	Stawka brutto w PLN	Wartość brutto w PLN
1	2	3	4	5
1.	Sesja psychoterapii grupowej			
2.				
3.				
Koszt całkowity realizacji zadań (kwota brutto w zł)				
słownie:				

¹.w przypadku różnych stawek danego świadczenia w ramach poszczególnych zadań, w kolumnie nr 2 obok rodzaju świadczenia należy wskazać zadanie i wpisać liczbę godzin z kolumny tabeli z pkt. II. ppkt. 12 odnoszącej się do danego zadania

IV. Informacje dodatkowe.

1.	Doświadczenie Oferenta w realizacji zadań/świadczeń/programów profilaktyki uzależnień (rodzaje zadań/świadczeń/programów, termin realizacji, zleceniodawca programu)	
2	Podwykonawcy, którym Świadczeniodawca zamierza zlecić realizację części zadania (Nazwa, adres, NIP, REGON, KRS/CEIDG)	

Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza Miasta dot. konkursu na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu.
2. Zapoznał się z ramowym wzorem umowy i zaakceptował warunki umowy.
3. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania oferenta i składania
oświadczeń woli

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. Kopię zaświadczenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. kopię statutu jednostki lub innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, (np. kopię umowy spółki),
3. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
4. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych,
5. oświadczenie o nie zaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego,
6. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach realizacji zadań będących przedmiotem niniejszego konkursu ofert, nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę(-by) upoważnioną(-ne) do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.

Ramowy projekt umowy

na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu

UMOWA NR

zawarta w dniu 2019 roku w Cieszynie,

między:

Gminą Cieszyn z siedzibą w Cieszynie, Rynek 1, reprezentowaną przez Gabriela Staszkiwicz - Burmistrza Miasta Cieszyna, zwaną dalej „Zamawiającym”

a

..... z siedzibą w,

(numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, nazwa organu prowadzącego rejestr)

zwanym dalej **Świadczeniodawcą**, w imieniu którego działa (działają):

.....

w rezultacie dokonania przez Zamawiającego wyboru oferty Świadczeniodawcy w drodze konkursu ofert na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu przeprowadzonego na podstawie art. 9b ust 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1

1. Zamawiający zleca, a Świadczeniodawca zobowiązuje się do udzielania mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w ramach uzupełnienia programu ponadpodstawowego i pogłębionego finansowanego przez NFZ- zwanych dalej świadczeniami zdrowotnymi:
 - 1) z zakresu psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym:
 - w wymiarze..... godzin,
 - 2) z zakresu pogłębionej terapii dla osób uzależnionych:
 - w wymiarze..... godzin,
 - 3) z zakresu psychoterapii dla osób współuzależnionych:
 - w wymiarze..... godzin,
2. Zakres oraz zasady organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych określone zostały w ogłoszeniu konkursu ofert oraz ofercie Świadczeniodawcy stanowiących odpowiednio załączniki nr 1 i 2 do niniejszej umowy.
3. Liczba osób, u których zostaną wykonane świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 uzależniona jest od zgłaszalności pacjentów.

4. W przypadku braku zapotrzebowania na poszczególne świadczenia zdrowotne dopuszcza się możliwość przesunięć liczby świadczeń pomiędzy poszczególnymi ich rodzajami w ramach kwoty, o której mowa w § 6 za uprzednią pisemną akceptacją Zamawiającego

§ 2

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dnia

§ 3

1. Świadczenia zdrowotne będą udzielane w
2. Informacja o udzielaniu świadczeń zdrowotnych obejmująca: zakres i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych, dni i godzin w jakich świadczenia są udzielane, zasad wpisu na listę osób objętych świadczeniami, fakt finansowania świadczeń z budżetu gminy Cieszyn, sposobu rejestracji zostanie podana do wiadomości publicznej poprzez:

§ 4

1. Przed rozpoczęciem realizacji zadań Świadczeniodawca sporządzi harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 ust. 1, wg wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
2. Harmonogram powinien określać rodzaj świadczenia zdrowotnego, z uwzględnieniem liczby godzin planowanych w danym miesiącu.
3. Świadczeniodawca jest zobowiązany uzyskać na harmonogramie akceptację Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Cieszynie.
4. Zmiana harmonogramu w trakcie trwania umowy wymaga akceptacji Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, natomiast nie powoduje zmiany umowy w formie aneksu.
5. Niedopuszczalna jest zmiana harmonogramu w trybie określonym w ust. 4 gdyby miałyby to zmienić warunki finansowe umowy.

§ 5

1. Świadczeniodawca oświadcza, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone przez Zamawiającego oraz wynikające z odrębnych przepisów.
2. O każdej zmianie w imiennym wykazie osób udzielających świadczeń zdrowotnych zamieszczonym w ofercie, Świadczeniodawca informuje pisemnie Zamawiającego w terminie do 7 dni od daty dokonania tych zmian. Świadczeniodawca zobowiązuje się, że ewentualne zmiany osób udzielających świadczeń zdrowotnych nie spowodują zmniejszenia liczby i obniżenia kwalifikacji zawodowych personelu, zagwarantowanych przez Świadczeniodawcę w ofercie.
3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 5 do niniejszej umowy.
4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w ogłoszeniu konkursowym dla podmiotu składającego ofertę.
5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Zamawiającego do przeprowadzenia kontroli w zakresie wynikającym z umowy.
7. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 5 do niniejszej umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia Zamawiającemu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

§ 6

1. Z tytułu przedmiotu umowy określonego w § 1 Świadczeniodawcy przysługuje wynagrodzenie według stawek określonych w ofercie Świadczeniodawcy brutto za godzinę świadczenia, płatne na podstawie miesięcznych faktur wystawionych przez Świadczeniodawcę po udzieleniu świadczenia, w kwocie:

– zł netto (słownie: 00/100)

+ 0 zł VAT (słownie: zero 00/100 zł), co daje kwotę

– zł brutto (słownie: 00/100)

w łącznej kwocie zł brutto (słownie: 00/100)

2. MOPS zobowiązuje się do zapłaty wynagrodzenia przelewem w terminie 14 dni od przedłożenia prawidłowo wystawionej faktury na rachunek bankowy wskazany na fakturze.

3. Fakturę należy wystawić na nabywcę:

Miasto Cieszyn

Rynek 1

43-400 Cieszyn

NIP: 5482404950,

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Cieszynie

ul. Skrajna 5

43 - 400 Cieszyn

4. Wynagrodzenie za dany okres miesięczny obliczane jest jako suma iloczynu stawek wynikających z oferty Świadczeniodawcy i liczby godzin poszczególnych świadczeń udzielonych w tym okresie.

5. Wraz z fakturą VAT Świadczeniodawca przedkłada kwestionariusz sprawozdania sporządzonego wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do umowy.

§ 7

1. Świadczeniodawca przedłoży Zamawiającemu końcowy kwestionariusz sprawozdawczy z realizacji zadań, w terminie do
2. Sprawozdanie winno być sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do niniejszej umowy.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest na żądanie Zamawiającego do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy.

§ 8

Świadczeniodawca zobowiązuje się do:

- 1) należytego wykonania przedmiotu umowy zgodnie z ogłoszeniem o konkursie, złożoną ofertą, powszechnie obowiązującymi przepisami prawa i zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia regulującymi kwestie udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- 2) udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej i z respektowaniem praw pacjenta,
- 3) prowadzenia odrębnej dokumentacji świadczeń udzielanych w ramach niniejszej umowy,
- 4) prowadzenia dokumentacji medycznej w oparciu o obowiązujące przepisy prawa,
- 5) prowadzenia sprawozdawczości statystycznej w oparciu o obowiązujące przepisy prawa.
- 6) podania do publicznej wiadomości informacji dotyczących:
 - a. zakresu i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - b. dni i godzin w jakich świadczenia są udzielane,
 - c. zasad wpisu na listę osób objętych świadczeniami,
 - d. sposobu rejestracji.
- 7) wskazania w prowadzonej działalności informacyjnej oraz we wszelkich opracowaniach i publikacjach, że świadczenia zdrowotne stanowiące przedmiot umowy są finansowane przez gminę Cieszyn.

§ 9

Świadczeniodawca nie może uwzględniać świadczeń realizowanych w ramach niniejszej umowy w rozliczeniach z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 10

W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapłaty Zamawiającemu kary umownej w wysokości 50 % wartości całkowitego wynagrodzenia umownego za przedmiot umowy, przy czym Zamawiający zachowuje prawo do dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych w zakresie jakim poniesiona szkoda przewyższa zastrzeżoną karę umowną.

§ 11

Zamawiający zastrzega sobie prawo do kontroli sposobu wykonania umowy i do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku nieprawidłowego wywiązania się przez Świadczeniodawcę z jej warunków, a Świadczeniodawca zobowiązuje się do zapłaty Zamawiającemu odszkodowania w przypadku poniesienia przez Zamawiającego z tego tytułu szkody.

§ 12

1. Zleceniobiorca oświadcza, że:

1) w ramach wykonywania działalności leczniczej, przetwarza dane osobowe w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, dokonywania rozliczeń z tego tytułu oraz prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy, wraz z odnośnymi aktami wykonawczymi do tych przepisów oraz Ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz wydanymi na jej podstawie aktami wykonawczymi.

2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych z zachowaniem szczególnej staranności w celu ochrony interesów osób, których dane dotyczą oraz z poszanowaniem ich praw określonych w UODO, RODO oraz w przepisach regulujących kwestie prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej, a także do zachowania w tajemnicy udostępnionych danych osobowych.

3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zabezpieczenia danych przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym oraz realizacji innych obowiązków spoczywających na Zleceniobiorcy jako administratorze danych w rozumieniu UODO oraz RODO, w tym przede wszystkim obowiązków informacyjnych wobec osób, których dane dotyczą.

§ 13

Świadczeniodawca jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 14

1. Umowa może być rozwiązana przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:

- 1) stwierdzenia braku wymaganych kwalifikacji u osób udzielających świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 5 ust. 1 i ust.2,

- 2) utraty przez Świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń zdrowotnych,
2. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy o których mowa w ust. 1 Wykonawca zobowiązany jest do zapłaty MOPS kary umownej w wysokości 50 % wartości całkowitego wynagrodzenia umownego za przedmiot umowy

§ 15

Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez Świadczeniodawcę osobom trzecim w związku z wykonywaniem umowy.

§ 16

Świadczeniodawca oświadcza, że znany jest mu fakt, iż treść niniejszej umowy stanowi informację publiczną w rozumieniu art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie informacji publicznej oraz wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowy zawartych w niniejszej umowie obejmujących dane Świadczeniodawcy, a także zakres zawartej umowy oraz w szczególności informacje o wynagrodzeniu jakie otrzymał z tytułu wykonania niniejszej umowy na potrzeby udostępniania informacji publicznej przez Biuletyn Informacji Publicznej oraz na podstawie wniosków o udostępnianie informacji publicznej.

§ 17

Do wzajemnych kontaktów strony ustalają:

1. Po stronie Zamawiającego:
2. Po stronie Świadczeniodawcy:

§ 18

Wszelkie zmiany umowy wymagać będą zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 19

Spory powstałe w związku z wykonywaniem umowy Strony poddają pod rozstrzygnięcie sądowni właściwemu dla Zamawiającego.

§ 2

Umowa została sporządzona w dwóch egzemplarzach, z czego jeden dla Zamawiającego, a jeden dla Świadczeniodawcy.

ŚWIADCZENIODAWCA

ZAMAWIAJĄCY

ZAŁĄCZNIKI DO UMOWY:

1. Ogłoszenie,
2. Oferta,
3. Harmonogram na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu,
4. Wzór kwestionariusza sprawozdaczego udzielania mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia,
5. Wykaz podwykonawców.

HARMONOGRAM
na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych
z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu

Wykonawca:

.....
nazwa podmiotu udzielającego świadczeń

Rok kalendarzowy:

Numer i nazwa zadania *	Świadczenia psychoterapii grupowej		
	rodzaj świadczenia: z zakresu psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym	rodzaj świadczenia: z zakresu pogłębionej terapii dla osób uzależnionych	rodzaj świadczenia: z zakresu psychoterapii dla osób współuzależnionych
Miesiąc	planowana ** l.świadczeń / l.godzin	planowana ** l.świadczeń/ l.godzin	planowana ** l.świadczeń / l.godzin
luty			
marzec			
kwiecień			
maj			
czerwiec			
lipiec			
sierpień			
wrzesień			
październik			
listopad			
grudzień			
RAZEM			

* powyższa tabela oddzielnie dla każdego zadania

** niepotrzebne skreślić

Kwestionariusz sprawozdawczy – miesięczny/końcowy*

Z udzielania mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych

I. Informacje ogólne:

1. Czy świadczenia zdrowotne były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy gminą Cieszyn a Świadczeniodawcą?
TAK NIE
2. Okres realizacji świadczeń: od do
3. Liczba godzin przeznaczona na poszczególne świadczenia zdrowotne jest zgodna z harmonogram
TAK NIE
4. Świadczenia udzielane były przez osoby wskazane w ww. umowie
TAK NIE

II. Realizacja poszczególnych zadań:

1. Zadanie nr 1 - Świadczenia psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym

Lp.	Rodzaj świadczenia	Wykonanie (L.świadczeń, L.godzin)	Liczba osób objęta świadczeniami
Zakres merytoryczny udzielonych świadczeń** :			

2. Zadanie nr 2 - Świadczenia pogłębionej terapii dla osób uzależnionych

Lp.	Rodzaj świadczenia	Wykonanie (L.świadczeń, L.godzin)	Liczba osób objęta świadczeniami
Zakres merytoryczny udzielonych świadczeń** :			

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy tylko sprawozdania końcowego

3. Zadanie nr 3 - Świadczenia psychoterapii dla osób współzależnych

Lp.	Rodzaj świadczenia	Wykonanie (L. świadczeń, L. godzin)	Liczba osób objęta świadczeniami
Zakres merytoryczny udzielonych świadczeń** :			

III. informacje uzupełniające

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis

*załącznik nr 5
do umowy na udzielanie mieszkańcom
Cieszyna gwarantowanych świadczeń
zdrowotnych z zakresu terapii uzależnień
i współuzależnienia od alkoholu*

Wykaz podwykonawców którym Świadczeniodawca zamierza zlecić realizację części zadania

Lp.	Wykaz podwykonawców, którym Świadczeniodawca zamierza zlecić realizację części zadania (nazwa)	(adres, NIP, REGON, KRS/CEIDG)