

## UMOWA NR .....

### na świadczenie gwarantowanych usług z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Milanówka finansowanych z budżetu Gminy Milanówek

zawarta w dniu ..... 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:

Kod świadczenia	Rodzaj zabiegu	Wartość punktu w warunkach ambulatoryjnych
<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 20 minut 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 punktów zabiegowych miesięcznie 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:
  - a) 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 wraz z
  - b) potwierdzeniem miejsca zamieszkania na terenie gminy Milanówek w postaci kserokopii pierwszej strony zeznania podatkowego od osób fizycznych (PIT) z potwierdzeniem złożenia w Urzędzie Skarbowym w Grodzisku Mazowieckim,
  - c) oświadczenia, w którym wykaże, że nie korzystał z rehabilitacji finansowanej przez Gminę Milanówek w ciągu ostatnich 6 miesięcy zgodnie z załącznikiem Nr 2 do niniejszej umowy.
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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.) i innych przepisów regulujących zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, a także innych regulacji prawnych mających zastosowanie do przedmiotu umowy.

5. Świadczeniodawca zobowiązuje się do prowadzenia zapisów na zabiegi rehabilitacyjne z maksymalnie 3 miesięcznym wyprzedzeniem.
6. Świadczenia rehabilitacyjne wykonywane będą od ..... do..... w godzinach .....z wyjątkiem dni świątecznych.
7. Świadczeniodawca zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych.
8. Świadczeniodawca zobowiązany jest do sporządzania rozliczeń pacjentów wykonanych świadczeń rehabilitacyjnych wg wzoru stanowiącego załącznik Nr 3 oraz zbierania upoważnień do przetwarzania danych osobowych według wzoru stanowiącego załącznik Nr 2 do niniejszej umowy,
9. 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 dnia podpisania umowy do 21 grudnia 2018 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 **15 000,00 zł** (słownie złotych: piętnaście tysięcy) brutto.
2. Niewykorzystana kwota w danym miesiącu przechodzi na następny miesiąc, z tym, że budżet zadania w czasie trwania umowy nie może przekroczyć kwoty **180 000,00 zł** brutto (słownie złotych: sto osiemdziesiąt tysięcy).
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przedkładania miesięcznego rozliczenia wykonanych świadczeń rehabilitacyjnych według wzoru stanowiącego załącznik Nr 4 do niniejszej umowy, w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, z tymże 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

.....  
kontrasygnata 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 .... (PIT),**  
które należy dołączyć w celu potwierdzenia miejsca zamieszkania,\*
  
- 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 2017 (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.

W okresie rozliczeń PITów tj. styczeń- kwiecień 2018 r. - honoruje się PIT za 2016 r.

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany.....,

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a w .....

(miejscowość, ulica)

legitymujący się dowodem osobistym (nr i seria) ..... wydanym

przez .....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego  
przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

### **oświadczam, że**

ostatni raz korzystałam/em z zabiegów rehabilitacyjnych finansowanych z budżetu Gminy  
Milanówek

w przychodni.....

(podać nazwę i adres przychodni, w której korzystano z usług rehabilitacyjnych)

w terminie .....

(podać miesiąc i rok, w którym korzystano z usług rehabilitacyjnych)

.....

(miejscowość, data)

.....

(własnoręczny podpis)

**Rozliczenie pacjenta  
z wykonanych świadczeń gwarantowanych usług z zakresu  
rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Milanówka**

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.2 x kol.6
1	2	3	4	6	7
				RAZEM	

Data: .....

.....  
Pieczeńć i podpis Świadczeniodawcy

na świadczenie gwarantowanych usług z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Milanówka finansowanych z budżetu Gminy Milanówek

**- wzór**  
**Rozliczenie zbiorcze**  
**wykonanych świadczeń gwarantowanych usług z zakresu**  
**rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Milanówka**  
**za miesiąc ..... 2018 r.**

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

Lp.	Imię i nazwisko	Łączna liczba zabiegów	Cena za pkt	Łączna liczba pkt	Wartość punktowa zabiegów kol.4 x kol.5
1	2	3	4	5	6
RAZEM					

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

Data: .....

.....  
 Pieczęć i podpis Świadczeniodawcy