**Załącznik nr 4**

**do ogłoszenia o konkursie dla podmiotów leczniczych na wybór realizatorów świadczeń terapii uzależnień w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2020**

*WZÓR*

**UMOWA** .........................

zawarta w dniu ............................... roku w Suchej Beskidzkiej

pomiędzy **Gminą Sucha Beskidzka**, 34-200 Sucha Beskidzka, ul. Mickiewicza 19,
reprezentowaną przez p. Stanisława Lichosyta - Burmistrza Miasta Sucha Beskidzka, w porozumieniu z p. Haliną Kozioł - Skarbnikiem Gminy, zwaną w dalszej części **Zamawiającym,**

a

…………………………………………………………………………………………………..

wpisanym do rejestru sądowego pod numerem KRS;……………………………..………..

reprezentowanym przez:

1. ……………………………………………..
2. …………………………………………..

zwanym dalej **Wykonawcą**.

Umowa niniejsza zostaje zawarta na podstawie art. 114 ust. 1 pkt 5 i art. 115 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz.2190 z późn. zm.) w związku z art. 41 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2137 z póź. zm.) oraz Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2019.

**§ 1**

1. Zamawiający zleca, a Wykonawca przyjmuje do realizacji w okresie od 1 lipca 2020 r. do 15 grudnia 2020 r. :

a) świadczenie terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, udzielane ambulatoryjne w formie porady, sesje psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej, psychoedukacyjnej”,

b) świadczenie terapii uzależnień behawioralnych, udzielane ambulatoryjne w formie porady, sesje psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej, psychoedukacyjnej”,

dla osób zamieszkałych na terenie Miasta Sucha Beskidzka.

**§ 2**

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w **załączniku nr 3 do umowy** – Kwalifikacje zawodowe personelu.
2. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z harmonogramem pracy, określonym **w załączniku nr 4 do umowy** – harmonogram pracy
3. Wykonawca zobowiązany jest do zagwarantowania dostępności do świadczeń (czasowej i personalnej) w godzinach pracy zgodnych z załącznikiem nr 4 do umowy.

**§ 3**

1. Wykonawca zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją niniejszej umowy i dostarczenia jej uwierzytelnionej kopii w terminie 14 dni od daty podpisania umowy.
2. Wykonawca odpowiada wobec osób, na rzecz których wykonywać będzie świadczenia, za jakość udzielonego świadczenia.
3. Wykonawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

**§ 4**

1. Przedmiot umowy będzie realizowany w okresie od dnia  **01 lipca 2020 r.** do dnia **15 grudnia 2020 r.**
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 1 miesięcznym okresem wypowiedzenia.
3. Całkowite rozliczenie umowy nastąpi do dnia 31 grudnia 2020 r.
4. Płatność za realizacje świadczeń objętych umową będzie następować w miesięcznych okresach rozliczeniowych wypłacanych w formie dotacji na podstawie zaakceptowanego przez Zamawiającego sprawozdania - I okres rozliczeniowy od 1 lipca 2020 r. do 31 października 2020 r. , II okres rozliczeniowy od 1 listopada 2020r. do 15 grudnia 2020r.
5. Cenę jednostkowe będące podstawa rozliczeniowych określa **załącznik nr 1** do niniejszej umowy. Dotacja z tytułu umowy za realizację świadczeń Zamawiający wypłaca na rachunek bankowy Wykonawcy nr ……………………………………… w terminie do 14 dni na podstawie sprawozdania określającego ilość i wartość wykonanych świadczeń, którego wzór stanowi **załącznik nr 2 do oferty.**

**§ 5**

* 1. Prawa i obowiązki Zamawiającego i Wykonawcy wynikające z niniejszej umowy nie mogą być przenoszone na osoby trzecie, bez pisemnej zgody drugiej strony wyrażonej pod rygorem nieważności.
	2. Wykonawca zobowiązuje się do:
* wykonywania świadczeń objętych umową w oparciu o aktualną wiedzę i standardy realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie terapii uzależnień.
* wykonywania świadczeń w pierwszej kolejności osobom skierowanym przez Miejską Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchej Beskidzkiej
* poddania się kontroli w zakresie prawidłowości wykonywania zadań określonych w przyjętej ofercie.

**§ 6**

Zamawiający i zastrzega sobie prawo do nadzorowania, weryfikacji i kontroli sposobu wykonania umowy.

**§ 7**

Wykonawca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z realizacją zadania publicznego.

**§ 8**

 Zamawiający zastrzega sobie prawo do rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających wykonanie umowy. W tym przypadku Wykonawcy nie przysługują jakiekolwiek roszczenia wobec Zamawiającego.

**§ 9**

 Wszelkie zmiany umowy wymagać będą dla swej ważności formy pisemnej.

**§ 10**

Ewentualne spory mogące wyniknąć między Stronami w związku z realizacją umowy będą rozpatrywane przez sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.

 **§ 11**

W sprawach nieuregulowanych w umowie zastosowanie mieć będą przepisy kodeksu

cywilnego, ustawy o działalności leczniczej i ustawy o finansach publicznych.

 **§ 12**

 Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa Zamawiającego, jeden dla Wykonawcy.

 Wykaz załączników do umowy:

1. Załącznik nr 1 – ceny jednostkowe,
2. Załącznik nr 2 – wzór sprawozdania,
3. Załącznik nr 3 - kwalifikacje zawodowe personelu,
4. Załącznik nr 4 - harmonogram pracy

**Wykonawca: Zamawiający:**

Załącznik Nr 1 do umowy Nr …………………

**Ceny jednostkowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj czynności** | **Cena jednostkowa****brutto** |
| 1. | porada lub wizyta diagnostyczna |  |
| 2. | porada lub wizyta terapeutyczna (kolejna) |  |
| 3. | sesja psychoterapii indywidualnej |  |
| 4. | sesja psychoterapii rodzinnej/pary |  |
| 6. | sesja psychoterapii grupowej (za każdego uczestnika) |  |
| 7. | sesja psychoedukacyjna (za każdego uczestnika) |  |

Załącznik Nr 2 do umowy Nr ………………………

**Wzór sprawozdania**

Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………………………….

Adres Wykonawcy:……………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kategoria przyjęcia\*** | **Data wykonania****świadczenia** | **Imię pacjenta** | **Nazwisko pacjenta** |  **Rodzaj czynności** | **Cena jednostkowa**  **brutto** |
| 1 |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |   |
|   Łączna wartość brutto  |   |
|  |

\*1 - uzależnienie lub współuzależnienie od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych

\*2 - uzależnienie behawioralne

Załącznik Nr 3 do umowy Nr ……………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe personelu**  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **lp.** | **imię** |  **nazwisko** | **pesel** | **nr prawa wykonywania zawodu** | **kwalifikacje** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

**Załącznik Nr 4 do umowy nr ………………**

**Harmonogram Pracy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Poniedziałek  | Wtorek  | Środka  | Czwartek | Piątek  |
|  |  |  |  |  |