**Załącznik nr 4**

**UMOWA NA PROWADZENIE PUNKTU USŁUG ZDROWOTNYCH
Nr ……………………………………………………………………….……………………..**

zawarta w dniu **…………………...2021 r.** w Gdańsku,

pomiędzy:

**Gminą Miasta Gdańska**, z siedzibą przy ul. Nowe Ogrody 8/12, 80-803 Gdańsk,
NIP 583-00-11-969 (Nabywca) - **Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie w Gdańsku** z siedzibą przy ul. Konrada Leczkowa 1A, 80-432 Gdańsk (Odbiorca/płatnik), reprezentowaną przez
………………………………………………………………………….,

zwaną w dalszej części umowy „**Zamawiającym”**

1. a

**……………………………………………………** z siedzibą przy ul. ………………………….., KRS: ………………………., NIP:………………………., REGON: ……………….., reprezentowanym (-ą) przez ………………….……………………,

zwanym (-ą) w dalszej części umowy„**Wykonawcą**”

§1

1. Przedmiotem umowy jest prowadzenie Punktu Usług Zdrowotnych (PUZ) dla dorosłych osób
z autyzmem w zakresie**:**

1. ***Część pierwsza zamówienia:*** *wizyty w gabinetach lekarzy specjalistów z zakresu: endokrynologii, ginekologii, neurologii, ortopedii oraz dietetyka*
2. ***Część druga zamówienia:*** *wizyty w gabinecie i wizyty domowe lekarza internisty lub lekarza medycyny rodzinnej*
3. ***Część******trzecia zamówienia:*** *wizyty w gabinecie i wizyty domowe lekarza specjalisty z zakresu: psychiatrii*

2. Wykonawca zobowiązuje się wykonać usługę w terminie **od dnia podpisania umowy do dnia 31.03.2022 r.**

3. Przedmiot umowy realizowany jest w ramach projektu „*OzA – Testowanie gdańskiego modelu wsparcia dorosłych Osób z Autyzmem*”, który jest współfinansowany ze środków EuropejskiegoFunduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020.

4. Wykonawca oświadcza, że dysponuje wiedzą, doświadczeniem oraz uprawnieniami niezbędnymi do należytego wykonania usługi i zobowiązuje się wykonać ją z należytą starannością,
z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa, standardów i reguł wykonywania prac objętych niniejsza umową, a także zasad etyki zawodowej oraz dbając o interesy Zamawiającego.

5. W ramach prowadzenia PUZ Wykonawca może powierzyć realizację części przedmiotu umowy Podwykonawcy, spełniającemu wszystkie kryteria zamówienia.

6. Zamawiający dopuszcza zmianę liczby wizyt w ramach usług wymienionych w ofercie,
w zależności od bieżących potrzeb. Aktualną liczbę usług przedstawia załącznik do niniejszej umowy.

7. Usługi – wizyty domowe będą realizowane w miejscu zamieszkania uczestnika (na terenie miasta Gdańsk).

8. Usługi – wizyty w gabinetach będą realizowane pod adresem **…………………………………………………**, w pomieszczeniach wskazanych i udostępnionych przez Wykonawcę, min. w dni robocze
(od poniedziałku do piątku) w okresie obowiązywania umowy zgodnie z grafikiem dyżurów lekarzy specjalistów, w zależności od zgłaszanego przez pacjentów zapotrzebowania, we wcześniej ustalonych terminach.

9.W wyjątkowych sytuacjach np. kiedy pacjent nie będzie mógł dotrzeć na wizytę w gabinecie lub jego stan zdrowia na to nie pozwoli, dopuszcza się możliwość realizowania usług medycznych
w formie e-wizyty lub teleporady za zgodą pacjenta i Zamawiającego. Ewentualne e-wizyty lub teleporady będą rozliczane na podstawie cennika wizyt w gabinetach.

10. Z usług PUZ korzystać będą dorosłe osoby z autyzmem, będące uczestnikami projektu
„*OzA – Testowanie gdańskiego modelu wsparcia dorosłych Osób z Autyzmem*”. Zamawiający przekaże Wykonawcy listę uczestników, którzy są uprawnieni do skorzystania z usług medycznych.

11. W ramach zamówienia Wykonawca zapewni obsługę rejestracji w poniższej formie:

*1) rejestracja stacjonarna w placówce: adres …………………………………..*

*2) rejestracja telefoniczna lub infolinia: nr tel.* ***…………………………………***

*3) rejestracja on-line: adres strony internetowej* ***…………………………………….***

12. Wykonawca przygotowywać będzie zestawienie liczby przeprowadzonych wizyt lekarskich
z listą osób korzystających z usług medycznych, w danym okresie rozliczeniowym.

13. Ze strony Wykonawcy osobą upoważnioną do kontaktu z Zamawiającym jest **……………………………………………………….,** tel**. ………………………**,e-mail: **……………………………..**

14. Ze strony Zamawiającego osobą upoważnioną do kontaktu z Wykonawcą jest **………………………………………………….……**, tel. **…………………..,** e-mail: **………………………………….**

15. Wykonawca jest zobowiązany do oznaczenia logami: Unia Europejska, Europejski Fundusz Społeczny oraz Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 miejsca wykonywania usługi oraz dokumentacji.

§2

1. Koszt świadczenia usługi prowadzenia PUZ w okresie realizacji zamówienia, zgodnie ze złożoną ofertą **na część pierwszą/drugą/trzecią zamówienia**, z uwzględnieniem własnych materiałów potrzebnych do jej wykonaniawynosi łącznie **……………………. zł brutto** (słownie złotych: ………………………………………………………… 00/100).

2. Warunki płatności:

1) płatność za wykonaną usługę w danym miesiącu zostanie zrealizowana w ciągu 21 dni
od momentu złożenia u Zamawiającego:

a) prawidłowo wystawionego pod względem formalnym i rachunkowym rachunku/faktury;

b) zestawienia liczby przeprowadzonych wizyt lekarskich (lista osób korzystających z usług medycznych w danym okresie rozliczeniowym; lista specjalistów z podziałem na wizyty
w gabinetach i wizyty domowe zrealizowane w danym okresie rozliczeniowym)

c) podpisanego Protokołu odbioru usługi, przygotowanego przez Zamawiającego.

2) Zamawiający wykona przelew na rzecz Wykonawcy na nr konta bankowego Wykonawcy:
**…………………………………………** w banku: **……………………………..**.

3) Za dzień realizacji zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.

3. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 jest współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020.

4. Rachunek/fakturę za wykonaną usługę należy wystawić na poniższe dane:

Nabywca: Gmina Miasta Gdańska, ul. Nowe Ogrody 8/12, 80-803 Gdańsk, NIP: 583-00-11-969;

Odbiorca/płatnik: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku, ul. Konrada Leczkowa 1A, 80-432 Gdańsk.

5. Zamawiający/płatnik może dokonać płatności z wykorzystaniem mechanizmu podzielonej płatności, zgodnie z art.108a-108b ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług
w brzmieniu obowiązującym od lipca 2018 r.

6. Dopuszcza się możliwość składania faktur w formie elektronicznej (e-faktura). Faktury w formie elektronicznej składane będą poprzez formularz „Pisma Ogólne” na elektroniczną skrzynkę podawczą Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku, znajdującą się na platformie ePUAP (www.epuap.gov.pl). Każda wysłana wiadomość, do której załączona będzie e-faktura, musi być podpisana elektronicznie. Podpis może być zrealizowany za pomocą Profilu Zaufanego lub Podpisu Elektronicznego, weryfikowany ważnym, kwalifikowalnym certyfikatem. Osobą podpisującą wiadomość w imieniu Wykonawcy będzie (imię i nazwisko, e-mail): **……………………………….,** e-mail**:** **………………………………………………….**. Zmiana osoby wymienionej do podpisywania wiadomości nie wymaga aneksowania umowy. Wiążącym będzie pismo z danymi wyznaczonej osoby, podpisane przez stronę umowy.

§ 3

1. W razie rozwiązania umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Wykonawcy należy się wynagrodzenie proporcjonalnie do okresu, w którym realizował w sposób należyty przedmiot zamówienia.

2. Wykonawca na żądanie Zamawiającego w każdym czasie udzieli informacji o przebiegu wykonywania usługi.

§ 4

1. Wykonawcy nie przysługuje prawo do wynagrodzenia za wizyty lekarskie, jeżeli faktycznie nie wykonywał usługi, tj. nie zrealizował wizyt u lekarzy specjalistów.

2. W przypadku, gdy Uczestnik nie stawi się w wyznaczonym terminie wizyty lekarskiej, bez wcześniejszego odwołania, Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie.

3. W przypadku niewykonania usługi w terminie, wykonania jej wadliwie lub w sposób nienależyty, Zamawiający ma prawo do pomniejszenia wynagrodzenia lub anulowania usługi bez odszkodowania.

§ 5

1. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za szkody poniesione przez Zamawiającego/ uczestnika kierowanego przez Zamawiającego w czasie świadczenia usługi, które powstały z winy Wykonawcy, a nie były spowodowane przez Zamawiającego/ uczestnika kierowanego przez Zamawiającego. Wykonawca zobowiązany jest do pokrycia kosztów naprawy szkody.

2. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność wobec Zamawiającego i osób trzecich za szkody na mieniu i zdrowiu osób trzecich, powstałe podczas realizacji przedmiotu umowy.

3. Wykonawca zobowiązuje się do posiadania polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
z tytułu prowadzonej działalności.

4. Wykonawca będzie zobowiązany do wskazania osób świadczących poszczególne usługi,
a ewentualna zmiana tych osób będzie możliwa tylko wówczas, gdy osoba zastępująca wykaże się co najmniej takim samym lub równoważnym wykształceniem i doświadczeniem.

5. W sytuacji gdy Wykonawca nie będzie dysponował specjalistami świadczącymi poszczególne usługi, zobowiązany jest do zapłaty Zamawiającemu kary umownej w wysokości 0,2% wynagrodzenia wskazanego w §2 ust. 1 umowy za każdy dzień niezapewniania świadczenia usług przez pełny, przewidziany umową, zespół specjalistów. Zamawiającemu przysługuje prawo dochodzenia odszkodowania przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej.

6. Zapłata kary umownej nastąpi na podstawie wezwania do zapłaty, skierowanego przez Zamawiającego do Wykonawcy.

7. Wykonawca zobowiązuje się do informowania Zamawiającego o trudnościach uniemożliwiających zrealizowanie usługi, w terminie do 2 dni roboczych od daty uzyskania informacji, a w szczególności:

1) wskazania uczestników, którzy nie stawiają się w wyznaczonych terminach na wizyty,

2) braku specjalistów świadczących poszczególne usługi medyczne.

§ 6

W trakcie trwania niniejszej umowy, a także po jej rozwiązaniu Wykonawca zobowiązuje się nie przekazywać, nie ujawniać ani nie wykorzystywać bez pisemnej zgody Zamawiającego informacji technicznych, handlowych, organizacyjnych lub finansowych dotyczących Zamawiającego lub podmiotów z nim współpracujących, które Wykonawca uzyska przy wykonaniu niniejszej umowy.

§ 7

1. Każda ze stron może rozwiązać niniejszą umowę z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Bieg wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po tym, w którym dokonano wypowiedzenia.

2. Zamawiający może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia, jeżeli Wykonawca nie dotrzymuje warunków umowy.

§ 8

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową obowiązują przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 10

Wszelkie spory, jakie mogą wynikać z realizacji umowy, strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu właściwego ze względu na siedzibę Zamawiającego.

§ 11

1. Niniejsza umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

2. Formularz ofertowy na część **pierwszą/drugą/trzecią** zamówienia stanowi integralną część umowy.

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

 **Zamawiający Wykonawca**

Załącznik do umowy na cz. I

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wizyty w gabinetach:** | **Liczba wizyt** |
| **1.** | endokrynologa | 80 |
| **2.** | ginekologa | 80 |
| **3.** | neurologa | 80 |
| **4.** | ortopedy | 80 |
| **5.** | dietetyka | 80 |
| **Łączna liczba wizyt: 400** |

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

 **Zamawiający Wykonawca**

Załącznik do umowy na cz. II

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj wizyty:**  | **Liczba wizyt** |
| **1.** | Lekarz internista/ medycyny rodzinnej – wizyta w gabinecie | 64 |
| **2.** | Lekarz internista/ medycyny rodzinnej – wizyta domowa | 16 |
| **Łączna liczba wizyt: 80** |

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

 **Zamawiający Wykonawca**

Załącznik do umowy na cz. III

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj wizyty:** | **Liczba wizyt** |
| **1.** | Psychiatra – wizyta w gabinecie | 64 |
| **2.** | Psychiatra – wizyta domowa | 16 |
| **Łączna liczba wizyt: 80** |

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

 **Zamawiający Wykonawca**