**Załącznik nr 9**

**Ogólne warunki umowy**

**UMOWA**

**Nr ………………………..………….**

**zawarta dnia ................................**

pomiędzy Stronami:

**Skarbem Państwa - Ministrem Zdrowia,**

reprezentowanym przez:

……………………….**,** na podstawie pełnomocnictwa z dnia ………………………………., które nie wygasło i nie zostało odwołane, stanowi **załącznik nr 10**,

zwanym dalej „Zleceniodawcą”,

a

……………………………………………………………………………………………………….….., zwanym dalej „Zleceniobiorcą”, zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym - rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod nr ………………….. prowadzonym przez …………………………………………………………………………………………...………………, przy czym aktualny odpis z KRS, stanowi **załącznik nr 11** do umowy,

reprezentowanym przez:

………………………………………………………………………......................................................................................................................................................................................................,

Na podstawie:

1. art. 48 i art. 48a ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.),
2. art. 115 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 114 ust. 1 pkt 1 oraz art. 114 ust. 2 i ust. 4 i art. 116 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.),
3. programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021”,na realizację którego zabezpieczono środki finansowe w ustawie budżetowej w części 46 - Zdrowie, dziale 851 - Ochrona Zdrowia, rozdziale 85149 - Programy Polityki Zdrowotnej,

Strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1.

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do realizacji w 2018 r. zadania pn. odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021”, zgodnie z postanowieniami programu, złożoną w konkursie ofertą oraz postanowieniami niniejszej umowy.
2. W ramach realizacji umowy Zleceniobiorca: zgodnie **z załącznikiem nr 1** dokona **do dnia 30 listopada 2018 r.** zakupu na własną rzecz specjalistycznego sprzętu stanowiącego wyposażenie lub doposażenie banku mleka kobiecego, zwanego dalej „sprzętem”.
3. Zakup sprzętu nie obejmuje kosztów jego zainstalowania, serwisowania oraz  
   przeszkolenia personelu w zakresie jego obsługi. Zleceniobiorca złoży  
   Zleceniodawcy oświadczenie sporządzone według wzoru określonego w **załączniku nr 8** do umowy, że koszty zakupu sprzętu nie dotyczą czynności określonych w zdaniu poprzedzającym oraz kosztów, o których mowa w § 2 ust. 4 (jeżeli dotyczy), w terminie 14 dni od dnia zakupu sprzętu.
4. Zleceniobiorca zobowiązuje się do bieżącego informowania Zleceniodawcy o wszelkich zaistniałych trudnościach, problemach lub innych sytuacjach, które mogłyby skutkować zagrożeniem realizacji umowy wraz z przedstawieniem propozycji ich rozwiązania, w terminie nie później niż 7 dni od dnia ich ujawnienia.
5. Zleceniodawca realizuje zadania i czynności określone w niniejszej umowie, dotyczące finansowania, rozliczania i monitorowania stanu realizacji niniejszej umowy.
6. Udział własny Zleceniobiorcy w koszcie zakupu sprzętu wynosi nie mniej niż ……………….

§ 2.

1. Zleceniodawca oświadcza, iż w drodze konkursu ofert na realizatora zadania dotyczącego odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego w roku 2018 w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia za życiem na lata 2017-2021 został wybrany Oferent…………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………….
2. Na realizację przedmiotu umowy określonego w § 1 ust. 2, w 2018 r. Zleceniodawca przekaże Zleceniobiorcy środki publiczne w łącznej kwocie nieprzekraczającej ……………. zł (słownie: ……………………………………………………………………………..… złotych).

W przypadku, gdy cena zakupu sprzętu przewyższy wymienioną kwotę, Zleceniobiorca pokryje różnicę ze środków własnych. Szczegółowe zasady przyznania środków publicznych na zakup sprzętu, którego zakup został zakwalifikowany do klasyfikacji budżetowej § 6140,określa **załącznik nr 6.**

1. Środki publiczne, o których mowa w ust. 2, Zleceniobiorca przeznaczy wyłącznie na sfinansowanie zadań z tytułu realizacji umowy i niedopuszczalne jest przeznaczenie tych środków na inny cel. Zleceniobiorca wykorzysta środki finansowe przekazane w 2018 r. – w terminie nie dłuższym niż do dnia **31 grudnia 2018 r.**
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest dokonać zakupu sprzętu w trybie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - *Prawo zamówień publicznych* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579, z późn. zm.), w przypadku gdy ww. ustawa znajduje zastosowanie. W przypadku gdy ww. ustawa nie znajduje zastosowania, Zleceniobiorca w trybie zapytania ofertowego zwróci się do minimum 2 dostawców, w celu uzyskania informacji na temat warunków zakupu i dostawy sprzętu, o których mowa w § 1 ust. 2. **Do kosztów zakupu sprzętu nie wlicza się kosztów zorganizowania przetargu.**
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zapłaty, w okresie obowiązywania umowy  
   w zakresie zadania określonego w § 1 ust. 1, tj. do dnia 31 grudnia 2018 r., za zakup sprzętu, wykonawcy lub wykonawcom wyłonionym w drodze postępowania o udzielenie zamówienia publicznego (jeżeli dotyczy) lub dostawcy wyłonionemu w trybie zapytania ofertowego (jeżeli wartość zamówienia publicznego nie podlega trybom określonym w ustawie - Prawo zamówień publicznych), co najmniej w wysokości środków otrzymanych od Zleceniodawcy w celu realizacji przedmiotu umowy.
4. Zakupiony w ramach umowy sprzęt musi zawierać w widocznym miejscu informację, że został sfinansowany ze środków finansowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia. W tym celu sprzęt musi być oznaczony naklejką, która zostanie przekazana Zleceniobiorcy przez Zleceniodawcę, o ile właściwości techniczne sprzętu, związane z udzielaniem świadczeń na danym sprzęcie lub jego rozmiar, pozwolą na jej umieszczenie. W sytuacji zabrudzenia, zniszczenia lub innych uszkodzeń oznaczenia, Zleceniobiorca zgłosi Zleceniodawcy zapotrzebowanie na nowe oznaczenie. Zleceniodawca niezwłocznie przekaże Zleceniobiorcy nowe oznaczenie. Zleceniobiorca jest zobowiązany niezwłocznie zastąpić zabrudzone, zniszczone lub uszkodzone oznaczenie, nowym oznaczeniem przesłanym przez Zleceniodawcę.
5. Zakupiony w ramach umowy sprzęt może być wykorzystywany wyłącznie do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej osobom uprawnionym do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z  późn. zm.), w tym również po rozwiązaniu albo wygaśnięciu umowy, przez okres 5 lat.
6. Zleceniobiorca nie może, bez pisemnej zgody Zleceniodawcy, zbywać, obciążać, ani dokonywać innych czynności mających na celu lub prowadzących do zmiany po stronie wierzyciela. Zleceniobiorca zastrzeże w umowach zawieranych podczas realizacji niniejszej umowy zakaz zbywania wierzytelności w takim samym zakresie, w jakim obowiązuje on jego samego.
7. Zleceniobiorca złoży w siedzibie Zleceniodawcy:
8. kopię faktur z dokonanego zakupu sprzętu potwierdzonych pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym przez Zleceniobiorcę oraz potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez kierownika jednostki w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 29 września 1994 r. *o rachunkowości* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2342, z późn. zm.) lub Głównego Księgowego,
9. kopię protokołu zdawczo-odbiorczego z dostawy i odbioru sprzętu potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez kierownika jednostki w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości lub Głównego Księgowego,
10. rozliczenie stanowiące podstawę przekazania środków publicznych sporządzone według wzoru stanowiącego **załącznik nr 2** do umowy,
11. załącznik nr 2a do umowy dla sprzętu, którego koszt zakupu został zakwalifikowany do klasyfikacji budżetowej § 6140,
12. załącznik nr 2b do umowy dla sprzętu, którego koszt zakupu, został zakwalifikowany do klasyfikacji budżetowej § 4210,

– w terminie **do dnia 30 listopada 2018 r.**

1. Zleceniobiorca w okresie 5 lat od otrzymania finansowania będzie przekazywał Zleceniodawcy do dnia 31 stycznia każdego roku, sprawozdanie według wzoru stanowiącego **załącznik nr 9** do umowy.
2. W dokumentach, o których mowa w ust. 9 i 18, powinien być wymieniony sprzęt zgodny co do nazwy, liczby i parametrów ze sprzętem wymienionymi w **załączniku nr 1** do umowy.
3. Zleceniodawca przekaże Zleceniobiorcy środki publiczne z tytułu realizacji umowy  
   w zakresie § 1 ust. 2, w łącznej kwocie nieprzekraczającej wysokości, o której mowa  
   w § 2, w terminie 14 dni od dnia zatwierdzenia pod względem merytorycznym  
   i finansowym przez Zleceniodawcę dokumentów, o których mowa w ust. 9 pkt 3.
4. Warunkiem przekazania środków publicznych jest prawidłowe wykonanie zadań, potwierdzone złożeniem przez Zleceniobiorcę prawidłowo sporządzonych i zgodnych ze stanem faktycznym dokumentów, o których mowa w ust. 9, z zastrzeżeniem uzyskania zatwierdzenia, o którym mowa w ust. 12.
5. Środki publiczne będą przekazywane Zleceniobiorcy na jego rachunek bankowy:

|  |  |
| --- | --- |
| **……………………………………**  **Nazwa Zleceniobiorcy**  **……………………………………**  **Nazwa banku**  **………………………………….**  **Numer rachunku bankowego** | **……………………………………….**  **podpis i pieczęć kierownika jednostki**  **w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 6**  **ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości**  **(Dz. U. z 2017r, poz. 2342, z późn. zm.), lub Głównego Księgowego** |

Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Zleceniodawcy.

1. O zmianach numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 14, na który mają być przekazywane środki publiczne z tytułu realizacji niniejszej umowy, Zleceniobiorca jest zobowiązany niezwłocznie poinformować Zleceniodawcę na piśmie. Zmiana numeru rachunku bankowego nie stanowi zmiany umowy i nie wymaga sporządzenia odrębnego aneksu.
2. Dokumenty, o którychmowa w § 1 ust. 3, § 2 ust. 9 i 17 oraz § 5 ust. 4 i 5, Zleceniobiorca będzie przesyłał na adres siedziby Zleceniodawcy: „Ministerstwo Zdrowia, Departament Matki i Dziecka, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa”.
3. Końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe z realizacji umowy, sporządzone według  
   wzoru stanowiącego załącznik nr 3a (dla sprzętu, którego koszt zakupu został zakwalifikowany do klasyfikacji budżetowej § 6140), załącznik nr 3b (dla sprzętu, którego koszt zakupu został zakwalifikowany do klasyfikacji budżetowej § 4210) Zleceniobiorca zobowiązuje się złożyć Zleceniodawcy w terminie do dnia 15 stycznia 2019 r., na adres wskazany w ust. 16, z zastrzeżeniem ust. 20.
4. W razie wcześniejszego rozwiązania umowy bądź z innych powodów wcześniejszego ustania obowiązywania umowy, Zleceniobiorca zobowiązany jest złożyć końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe umowy, o którym mowa w ust. 17, w terminie do 15 dnia miesiąca następującego po jej rozwiązaniu, bądź wcześniejszym ustaniu jej obowiązywania.
5. Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dla zadań realizowanych w ramach umowy.
6. W przypadku niewykorzystania środków publicznych przekazanych Zleceniobiorcy w roku 2018 do dnia 31 grudnia 2018 r., Zleceniobiorca zwróci te środki na rachunek wskazany przez Zleceniodawcę w terminie do dnia 14 stycznia 2019 r. W przypadku  
   niedotrzymania ww. terminu Zleceniobiorca zobowiązany jest do zwrotu niewykorzystanych środków wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie za okres  
   **od dnia 15 stycznia 2019 r.** do dnia ich wpływu na rachunek bankowy wskazany przez Zleceniodawcę.
7. W przypadku stwierdzenia przez Zleceniodawcę wykorzystania środków publicznych niezgodnie z przeznaczeniem, tj. innego niż na cel określony w § 1 ust. 2, Zleceniobiorca zwróci wydatkowaną niezgodnie z przeznaczeniem kwotę w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania do jej zwrotu. Zwracane środki Zleceniobiorca przekaże przelewem na rachunek wskazany przez Zleceniodawcę w wezwaniu, wraz z odsetkami jak dla zaległości podatkowych naliczonymi od dnia przekazania środków budżetowych na ten cel.
8. Odsetki naliczane od środków publicznych, o których mowa w § 1 ust. 2, zdeponowanych na rachunkach bankowych, przekazanych Zleceniobiorcy przez Zleceniodawcę, Zleceniobiorca zobowiązuje się przekazywać niezwłocznie na rachunek bankowy dochodów Ministra Zdrowia:

NBP O/O Warszawa nr 02101010100013002231000000.

1. Na żądanie Zleceniodawcy, Zleceniobiorca zobowiązuje się, w każdym czasie, w tym również po rozwiązaniu albo wygaśnięciu umowy, w terminie wyznaczonym przez Zleceniodawcę, udzielać wszelkich dodatkowych informacji i przedkładać dokumenty niezbędne do realizacji lub rozliczenia umowy, w tym stanowiące udokumentowanie poniesionych kosztów, jednak nie dłużej niż w ciągu 5 lat od dnia wygaśnięcia albo rozwiązania umowy.
2. **O terminowym przedłożeniu Zleceniodawcy przez Zleceniobiorcę dokumentów, o których mowa w umowie, decyduje ich data wpływu do siedziby Ministerstwa Zdrowia.**
3. Środki, o których mowa w ust. 2, nie stanowią dotacji budżetowych w rozumieniu art. 115 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.) i powinny być wykazywane w ewidencji księgowej jako rozliczenia międzyokresowe przychodów, zgodnie z art. 41 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2017 r. poz. 2342, z późn. zm.).
4. Załączniki nr 2a, 2b, 3a, 3b, 4, 5, 7, 8 i 9 do umowy umieszczone są w formie pliku do pobrania na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.
5. Rozliczenie przyznanych środków majątkowych (§ 6140) na zakup sprzętu,  
   o których mowa w § 1 ust.2, sporządzone z uwzględnieniem art. 116 ust. 3 ustawy  
   o działalności leczniczej, według wzoru stanowiącego załącznik nr 7 do umowy,  
   Zleceniobiorca przekaże Zleceniodawcy wraz ze zwrotem środków wynikającym  
   z niniejszego rozliczenia w terminie do dnia 15 kwietnia 2019 r.
6. W przypadku utraty przez Zleceniobiorcę możliwości udzielania świadczeń opieki  
   zdrowotnej świadczeniobiorcom określonym w ust. 7 na sprzęcie Zleceniobiorca jest zobowiązany niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 30 dni od powzięcia informacji o utraceniu możliwości udzielania tych świadczeń do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy o zaistniałym fakcie.
7. Wraz z informacją, o której mowa w ust. 28, Zleceniobiorca przekaże plan uwzględniający  
   działania, które Zleceniobiorca zamierza podjąć w celu ponownego uzyskania możliwości  
   udzielania świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom określonym w ust. 7, zgodnie  
   z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) w terminie 6 miesięcy od dnia przekazania informacji o utracie tej możliwości. Zleceniobiorca może zamiast planu działań przekazać informację o braku zamiaru podjęcia czynności zmierzających do ponownego uzyskania możliwości dalszego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej  
   świadczeniobiorcom określonym w ust. 7, wówczas ust. 31 stosuje się odpowiednio.
8. Zleceniobiorca zobowiązany jest przekazać Zleceniodawcy w terminie 7 dni po upływie  
   terminu, o którym mowa w ust. 29, pisemnego oświadczenia o możliwości bądź braku  
   możliwości dalszego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom  
   określonym w ust. 7 na zakupionym sprzęcie.
9. Utrata możliwości udzielania świadczeń, o której mowa w ust. 30, w okresie obowiązywania umowy jednak nie dłużej niż 5 lat od jej rozwiązania albo wygaśnięcia, będzie skutkowała koniecznością zwrotu przekazanych środków publicznych, pomniejszonych o wkład własny Zleceniobiorcy oraz przy uwzględnieniu utraty wartości sprzętu, na skutek jego użytkowania. Strony przyjmują, że utrata  
   wartości sprzętu odpowiada 1/5 wartości przekazanych środków publicznych  
   za każdy rozpoczęty rok jego użytkowania od momentu uruchomienia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 3.

§ 3.

Zleceniobiorca nie może zlecać realizacji poszczególnych zadań wynikających z umowy osobom trzecim, bez pisemnej zgody Zleceniodawcy.

§ 4.

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest wykonać wszelkie czynności będące przedmiotem niniejszej umowy z należytą starannością.
2. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania niniejszej umowy, Zleceniodawca może zobowiązać Zleceniobiorcę do usunięcia w wyznaczonym terminie stwierdzonych nieprawidłowości (wezwanie do usunięcia nieprawidłowości).
3. W razie nieusunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w wyznaczonym terminie, Zleceniodawca może rozwiązać na piśmie umowę bez wypowiedzenia.

§ 5.

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest wykorzystywać zakupiony sprzęt zgodnie  
   z celami Programu, o którym mowa w § 1 ust. 1, oraz postanowieniem § 2 ust. 7.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się, bez pisemnej zgody Zleceniodawcy, nie wydzierżawiać,  
   nie użyczać i nie dokonywać zbycia, ani obciążenia sprzętu prawami osób trzecich w żaden sposób, w czasie trwania umowy i przez okres 5 lat od dnia jej wygaśnięcia albo rozwiązania.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do rozpoczęcia używania zakupionego sprzętu, w sposób określony w § 2 ust. 7, nie później niż do 31 października 2018 r.
4. Zleceniobiorca zobowiązuje się do złożenia oświadczenia, sporządzonego zgodnie  
   ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 4 do umowy,** o rozpoczęciu używania i wpisaniu  
   zakupionego sprzętu w ramach niniejszej umowy do ewidencji księgowej  
   środków trwałych Zleceniobiorcy, **w terminie do dnia 10 października 2018 r.,** na adres  
   Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia wskazany w § 2 ust. 16.
5. Zleceniobiorca zobowiązany jest w czasie obowiązywania umowy i przez okres 5 lat  
   od jej wygaśnięcia albo rozwiązania, do dnia 31 stycznia każdego roku,  
   do przekazywania Zleceniodawcy informacji dotyczących używania zakupionego  
   w ramach umowy sprzętu, a w szczególności liczby wykonywanych badań  
   i procedur na rzecz osób ubezpieczonych oraz świadczeń wykonanych w ramach  
   kontraktu z publicznym płatnikiem oraz świadczeń finansowanych przez ministra  
   właściwego do spraw zdrowia, sporządzonych zgodnie ze wzorem stanowiącym  
   załącznik nr 5 do umowy.
6. W przypadku naruszenia postanowień ust. 2, Zleceniobiorca zwróci środki publiczne  
   przekazane na zakup sprzętu w terminie 7 dni od wezwania przez  
   Zleceniodawcę wraz z odsetkami jak dla zaległości podatkowych naliczonymi od dnia  
   dokonania naruszenia.
7. W przypadku naruszenia postanowień ust. 3, Zleceniobiorca zwróci Zleceniodawcy  
   przekazane na zakup sprzętu środki publiczne w terminie 7 dni od ostatniego  
   dnia wyznaczonego okresu, w którym powinno nastąpić rozpoczęcie używania sprzętu, wraz z odsetkami jak dla zaległości podatkowych naliczanych od dnia  
   przekazania środków budżetowych na ten cel.

§ 6.

1. W sytuacji niewykonania całości przedmiotu umowy Zleceniodawca jest uprawniony do dochodzenia od Zleceniobiorcy kary umownej w wysokości 10% łącznej kwoty środków publicznych określonych w § 2 ust. 2.
2. W sytuacji niewykonania części przedmiotu umowy Zleceniodawca jest uprawniony do dochodzenia od Zleceniobiorcy kary umownej w wysokości 10% łącznej kwoty środków publicznych określonych w § 2 ust. 2.
3. W sytuacji nienależytego wykonania przedmiotu umowy, bądź jego części, innej niż określona w ust. 4-7, Zleceniodawca jest uprawniony do dochodzenia od Zleceniobiorcy kary umownej w wysokości 7% łącznej kwoty środków publicznych określonych w § 2 ust. 2.
4. W przypadku nieterminowego przedłożenia dokumentów, o których mowa w § 2 ust. 9,  
   Zleceniodawca jest uprawniony do dochodzenia od Zleceniobiorcy kary umownej  
   w wysokości 0,005% łącznej kwoty środków publicznych określonych w § 2 ust. 2.
5. W przypadku nieterminowego przedłożenia dokumentów, o których mowa w § 1 ust. 3,  
   § 2 ust. 10, 17, 18 i 27 oraz § 5 ust. 4 i 5, Zleceniodawca jest uprawniony do dochodzenia od Zleceniobiorcy kary umownej w wysokości 0,005% łącznej kwoty  
   środków publicznych określonych w § 2 ust 2.
6. W przypadku naruszenia postanowień § 2 ust. 6, Zleceniodawca jest uprawniony  
   do dochodzenia kary umownej w wysokości 10% łącznej kwoty środków publicznych  
   przekazanych Zleceniobiorcy na zakup danego sprzętu.
7. W sytuacji, o której mowa w § 5 ust. 2, Zleceniodawca, jest uprawniony do dochodzenia  
   od Zleceniobiorcy kary umownej w wysokości 10% łącznej kwoty środków publicznych  
   przekazanych Zleceniobiorcy na zakup danego sprzętu.
8. W przypadku naruszenia postanowień § 2 ust. 28 i 30, Zleceniodawca jest uprawniony do dochodzenia kary umownej w wysokości 5% łącznej kwoty środków publicznych  
   określonych w § 2 ust. 2.
9. Zleceniodawca wezwie pisemnie Zleceniobiorcę do zapłaty kary umownej. Kary umowne  
   Zleceniobiorca przekaże w wyznaczonym terminie przelewem na rachunek bankowy  
   wskazany przez Zleceniodawcę.
10. W przypadku, gdy środki pieniężne nie zostały jeszcze przekazane Zleceniobiorcy,  
    Zleceniodawca zastrzega sobie prawo potrącenia kary umownej z należności  
    Zleceniobiorcy.
11. Zleceniodawca zachowuje prawo do dochodzenia kwoty odszkodowania przekraczającej  
    wysokość kary umownej, na zasadach ogólnych.

§ 7.

W okresie trwania umowy oraz po jej wygaśnięciu albo rozwiązaniu, jednak nie później niż w okresie 5 lat od wygaśnięcia lub rozwiązania umowy, Zleceniodawca może przeprowadzić u Zleceniobiorcy kontrolę, w trybie i na zasadach przewidzianych przepisami ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. 2011 r. poz. 1092, z późn. zm.), w szczególności w zakresie:

1. należytego wykonania zadania określonego w niniejszej umowie;
2. celowości i gospodarności w wykorzystaniu środków publicznych otrzymanych na realizację umowy;
3. rodzaju i sposobu prowadzenia dokumentacji, wynikającej z realizacji niniejszej umowy;
4. stanu realizacji umowy;
5. terminowości rozliczenia przez Zleceniobiorcę realizacji umowy;
6. oceny prawidłowości dokonywania rozliczeń merytorycznych i finansowych umowy.

§ 8.

1. Umowa wygasa z upływem terminu, na który została zawarta.
2. Każda ze Stron może rozwiązać umowę z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia, wyłącznie z przyczyn, których żadna ze Stron nie mogła przewidzieć w chwili zawarcia umowy, uniemożliwiających właściwą realizację umowy.
3. Zleceniodawca może rozwiązać umowę na piśmie bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia przez Zleceniobiorcę § 2 ust. 3, 7, 8, 21,28 i 31 oraz § 4 ust. 3.
4. Umowa może być rozwiązana na piśmie w każdym czasie za zgodą obu Stron.

§ 9.

1. Zmiana postanowień umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu Stron, w formie pisemnego aneksu, pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem § 2 ust. 15.
2. W przypadku podjęcia decyzji przez Ministra Finansów lub Ministra Zdrowia w zakresie blokowania planowanych wydatków budżetu państwa w części 46 – Zdrowie, Strony dokonają zmiany w treści umowy i dostosują umowę do podjętej decyzji lub nastąpi rozwiązanie umowy.

§ 10.

Ewentualne spory mogące wyniknąć między Stronami w związku z realizacją niniejszej umowy będą rozpatrywane przez sąd powszechny właściwy miejscowo dla siedziby Zleceniodawcy.

§ 11.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego, a w szczególności:

1. ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. z 2017 r. poz. 459, z późn. zm.),
2. ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077, z późn. zm.),
3. ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1311, z późn. zm.),
4. ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz.1579, z późn. zm.),
5. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.),
6. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160,  
   z późn. zm.).

§ 12.

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia zawarcia do dnia 31 grudnia 2018 r., z zastrzeżeniem postanowień umownych wykraczających poza tę datę, tj. § 2 ust. 6-8, 17,   
20, 21, 23, 27-31, § 4, § 5 ust. 1-7, § 6 i § 7, które zachowują moc obowiązującą  
między stronami, pomimo upływu tej daty, do czasu wypełnienia wynikających z nich  
obowiązków.

§ 13.

1. Umowę sporządzono w 4 jednobrzmiących egzemplarzach, po dwa dla każdej ze Stron.
2. Poniższe załączniki stanowią integralną część niniejszej umowy:

nr 1 – Przedmiot umowy,

nr 2a – Rozliczenie stanowiące podstawę przekazania środków publicznych w zakresie zakupu sprzętu – dot. środków majątkowych (§ 6140),

nr 2b – Rozliczenie stanowiące podstawę przekazania środków publicznych w zakresie zakupu sprzętu – dot. środków bieżących (§ 4210),

nr 3a – Końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe z realizacji umowy w zakresie zakupu sprzętu - dot. środków majątkowych (§ 6140),

nr 3b – Końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe z realizacji umowy w zakresie zakupu sprzętu - dot. środków bieżących (§ 4210),

nr 4 – Wzór oświadczenia o wpisaniu sprzętu do ewidencji księgowej środków trwałych oraz oddaniu sprzętu do używania,

nr 5 – Informacja o wykorzystaniu sprzętu,

nr 6 – Kalkulacja przyznanych środków publicznych - dot. środków majątkowych (§ 6140),

nr 7 – Rozliczenie przyznanych środków sporządzone z uwzględnieniem art. 116 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej - dot. środków majątkowych (§ 6140),

nr 8 – Oświadczenie o kosztach zakupu sprzętu,

nr 9 – Sprawozdanie merytoryczne,

nr 10 – Pełnomocnictwo Pani Anny Widarskiej – Dyrektora Departamentu Matki i Dziecka,

nr 11 – Aktualny odpis z KRS Zleceniobiorcy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **W IMIENIU ZLECENIODAWCY** | | **W IMIENIU ZLECENIOBIORCY** |
| ……………………………  *(podpis , pieczęć)* |  | ……………………………  *(podpis , pieczęć)* |

**Załącznik 1**

**do umowy nr ……………………….**

**Przedmiot umowy**

**Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021**

**Wyposażenie banków mleka kobiecego w sprzęt**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj sprzętu** | **Ilość** | **Planowany koszt jednostkowy** | **Planowany koszt ogółem (K)** | **Dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia** | **Klasyfikacja budżetowa** |
| **(Ogółem)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **1** |  |  |  |  |  | § 6140\* |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
|  | **Środki majątkowe razem** | **x** | **x** |  |  | **x** |
| **4** |  |  |  |  |  | § 4210\*\* |
| **5** |  |  |  |  |  |
|  | **Środki bieżące razem** | **x** | **x** |  |  | **x** |
|  | **SUMA** |  |  |  |  | **x** |

**\*§ 6140** – wydatki na zakupy inwestycyjne pozostałych jednostek (koszt jednostkowy w ramach tych wydatków wynosi powyżej 10 000 zł)

**\*\*§ 4210** – zakup sprzętu, którego wartość wynosi 10 000 zł i poniżej

**Nazwa Zleceniobiorcy**

**(pieczęć) Załącznik 2a**

**do umowy nr ……………………….**

**Rozliczenie stanowiące podstawę przekazania środków publicznych – dot. środków majątkowych (§ 6140)**

**Nazwa programu:** Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021

**Nazwa zadania: odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wykonywany zakres rzeczowy zadań określonych w § 1 ust. 1 umowy (§6140) | Umowa | | Faktura | | | | | Iloczyn kosztu zakupu i współczynnika Po (jeżeli koszt zakupu > kosztu planowanego (K) to podstawą do obliczeń jest koszt K)\* Wartość współczynnika Po | Koszt zakupu pomniejszony o planowany wkład własny Zleceniobiorcy, o którym mowa w umowie | | Dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia Wartość z kol. 11 jednak nie wyższa niż określona w § 2 ust. 1 umowy (jeżeli wartość określona w kol. 11 > wartości z kol. 10 należy przyjąć wartości z kol. 10) | Układ własny rzeczywisty | % udziału własnego rzeczywistego | Uwagi |
| Koszt planowany (K) | Wysokość przyznanych środków w umowie | Ilość zakupionego sprzętu | Cena jednostkowa zakupu brutto | Wysokość zakupu brutto | Data wystawienia | Numer | Planowany wkład własny [%] |  |  |  |  |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |

**\*wartość Po i K wynikające z załącznika nr 6 do umowy**

Sporządzający: ............................... podpis i pieczęć kierownika jednostki osoba upoważniona do reprezentacji Zleceniobiorcy  
Nr telefonu: …………………………….…. w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 6 ustawy  
Adres e-mail:………………..……………. z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości  
 (Dz. U. z 2017 r. poz. 242, z późn. zm.)   
 lub Głównego Księgowego

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

**Nazwa Zleceniobiorcy**

**(pieczęć) Załącznik 2b**

**do umowy nr ……………………….**

**Rozliczenie stanowiące podstawę przekazania środków publicznych – dot. środków bieżące (§ 4210)**

**Nazwa programu:** Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021

**Nazwa zadania: odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wykonywany zakres rzeczowy zadań określonych w § 1 umowy (rodzaj sprzętu §4210) | Liczba wykonywanych zadań | Koszt  jednostkowy  (max, koszt nie może przekroczyć kosztu jednostkowego określonego w umowie - załącznik nr 1 – kolumna 4 | Koszt całkowity wykonanych zadań ogółem | % udziału własnego | Udział własny  (zł) | Dofinasowanie z  Ministerstwa Zdrowia (zł) | Faktura | | | Uwagi |
| Wartość brutto | Numer | Data wystawienia |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |

Sporządzający: ............................... podpis i pieczęć kierownika jednostki osoba upoważniona do reprezentacji Zleceniobiorcy  
Nr telefonu: …………………………….…. w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 6 ustawy  
Adres e-mail:………………..……………. z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości  
 (Dz. U. z 2017 r. poz. 2342, z późn. zm.)   
 lub Głównego Księgowego

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Zleceniobiorcy** | |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  |  |  | **Załącznik nr 3a** | | |  |
| **Końcowe rozliczenie merytoryczno - finansowe z realizacji umowy – dot. środków majątkowych (§ 6140)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| Nazwa Programu: Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021  Nazwa zadania: **odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| Dotyczy umowy Nr:......................... | | | |  | |  | |  | |
| Wartość przyznanych środków § 2 ust. 2..................................................................zł | | | | | | | | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Środki otrzymane z Ministerstwa Zdrowia .................................................................zł | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Środki wydatkowane (otrzymane z Ministerstwa Zdrowia) .......................................zł | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Środki podlegające zwrotowi: ....................................... Data zwrotu.............................zł | | | | | | | | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Wykonany zakres rzeczowy zadań określonych w § 1 ust 2 pkt 1umowy (rodzaj sprzętu §6140)** | **Umowa** | | **Faktura** | | | | | | | | | | **Iloczyn zakupu i współczynnika P0**  (Jeżeli koszt zakupu > kosztu planowanego (K) to podstawą do obliczeń jest koszt K) | **Koszt zakupu pomniejszony o wkład własny Zleceniobiorcy** | **Dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia** (Wartość z kol. 11 jednak nie wyższa niż określona w §2 ust. 2 umowy) (jeżeli wartość określona w kol. 11 > wartości z kol. 10 należy przyjąć wartości z kol. 10) | **Udział własny** | **% udziału własnego** |  |
| **Koszt planowany**  **(K)** | **Wysokość przyznanych środków w umowie** | **Ilość wykonanych zadań** | **Cena jednostkowa zakupu brutto** | | **Wartość zakupu brutto** | | **Data wystawienia** | | **Numer** | | **Data zapłaty faktury** | **Uwagi** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | | **7** | | **8** | | **9** | | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** |
| 1 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem:** |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  | |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejscowość i data:** | | | |  |  | |  | |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  | | podpis i pieczęć kierownika jednostki w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2017 r. poz. 2342, z późn. zm.) lub Głównego Księgowego | | | | | |  | osoba upoważniona do reprezentacji Zleceniobiorcy | |  |  |  |
| Sporządzający: ............................... | | | |  |  | |  | |  |  |  |  |
| Nr telefonu: ……………………. | | | |  |  | |  | |  |  |  |  |
| Adres e-mail: ……………………. | | | |  |  | |  | |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  | | **…………………………………** | | | | | |  | **…………………………** | |  |  |  |
| **Nazwa Zleceniobiorcy** | |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  |  |  | **Załącznik nr 3b** | | |
| **Końcowe rozliczenie merytoryczno - finansowe z realizacji umowy – dot. środków bieżących (§ 4210)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa Programu: Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021  Nazwa zadania: **odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Dotyczy umowy Nr:......................... | | | |  | |  | |  | |
| Wartość przyznanych środków § 2 ust. 2..................................................................zł | | | | | | | | |  | | |  | |  |  |  |  |
| Środki otrzymane z Ministerstwa Zdrowia .................................................................zł | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |
| Środki wydatkowane (otrzymane z Ministerstwa Zdrowia) .......................................zł | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| Środki podlegające zwrotowi: ....................................... Data zwrotu.............................zł | | | | | | | | |  | | |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  | |  | |  | | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wykonywany zakres rzeczowy zadań określonych w § 1 ust. 2 umowy (rodzaj sprzętu §4210) | Plan według umowy (koszt wykonywania zadania określony w umowie – załącznik nr 1, kolumna nr 5) | Liczba wykonywanych zadań | Koszt całkowity wykonanych zadań ogółem | % udziału własnego | Udział własny  (zł) | Dofinasowanie z Ministerstwa Zdrowia (zł) | Faktura | | | Uwagi |
| Wartość brutto | Numer | Data wystawienia |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość i data:** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | podpis i pieczęć kierownika jednostki w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2017 r. poz. 2342, z późn. zm.) lub Głównego Księgowego | | |  | osoba upoważniona do reprezentacji Zleceniobiorcy | |
| Sporządzający: ............................... | | |  |  |  |  |
| Nr telefonu: ……………………. | | |  |  |  |  |
| Adres e-mail:……………………. | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **…………………………………** | | |  | **…………………………** | |

**Nazwa Zleceniobiorcy Załącznik nr 4**

do umowy nr………….

**Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017- 2021**

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zakupiony sprzęt w ramach umowy nr ……………………………………, zawartej w dniu ………………………………….:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu (rodzaj) | Ilość zakupionego sprzętu | Data zainstalowania | Miejsce zainstalowania | Problemy | Rodzaj działań podjętych w ramach realizacji danego zadania (opis, wskazanie terminów, czynności) | Poniesiony całkowity koszt (dokładna kalkulacja) | Uwagi / wnioski |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |

został wpisany do ewidencji księgowej środków trwałych oraz oddany do użytku.

…………………….. ………………………………………………………

data pieczęć i podpis osoby / osób upoważnionych do

reprezentacji Zleceniobiorcy

**Nazwa Zleceniobiorcy**

**Załącznik nr 5**

do umowy nr ……………………….

**Informacja o sposobie wykorzystania sprzętu zakupionego w ramach programu polityki zdrowotnej pn.:**

Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021

Nazwa zadania: **odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zakupionego sprzętu w ramach umowy określonego w § 1 ust. 2 umowy** | **Liczba zakupionego sprzętu w ramach umowy** | **Miejsce instalacji sprzętu (oddział/ klinika/**  **zakład)** | **Data instalacji sprzętu w jednostce lub odbioru inwestycji w inne środki trwałe** | **Data uruchomienia sprzętu w jednostce** | **Liczba personelu udzielającego świadczeń** | **Liczba świadczeń udzielonych na sprzęcie objętym umową** | **Okres w którym sprzęt nie były wykorzystywane** | **Przyczyna niewykorzystywania sprzętu** | **Termin ponownego uruchomienia sprzętu** | **liczba dzieci żywionych mlekiem z banku mleka kobiecego** | **uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Miejscowość i data:

Sporządzający: ............................... podpis i pieczęć kierownika jednostki osoba upoważniona do reprezentacji Zleceniobiorcy  
Nr telefonu: …………………………….…. w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 6 ustawy  
Adres e-mail:………………..……………. z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości  
 (Dz. U. z 2017 r. poz. 2342, z późn. zm.)   
 lub Głównego Księgowego

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

**Załącznik nr 6**

Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021

**Kalkulacja przyznanych środków publicznych na realizację umowy zgodnie z art. 114 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dot. środków majątkowych (§ 6140)**

**dotyczy umowy nr………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Planowany koszt zadania (K)** | **Przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej uzyskane w poprzednim roku obrotowym** | | | **Współczynnik (Po)**  **Po=ao/(ao+bo)** | **Maksymalna wysokość środków publicznych (W)**  **W=K\*Po**  **(kol.1xkol.5)** | **Przyznane środki publiczne** |
| **Ogółem** | **w tym** | |
| **Przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej uzyskane ze środków publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (ao)** | **Przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej uzyskane ze środków innych niż zaliczone do ao (bo)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Nazwa Zleceniobiorcy**

**Załącznik nr 7**

**Rozliczenie przyznanych środków sporządzone z uwzględnieniem art. 116 ust. 3 ustawy**

**o działalności leczniczej\* - dot. środków majątkowych (§ 6140)**

Dotyczy umowy Nr: .........................................................

Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021

Nazwa zadania: **odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Koszt planowany (K)** | **Wysokość środków przyznanych w umowie** | **Koszt zakupu potwierdzony fakturą** | **Wysokość środków otrzymanych z Ministerstwa Zdrowia na realizację umowy** | **Przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej uzyskane w roku obrotowym w którym podmiot wykonujący działalność leczniczą otrzymał środki publiczne art. 116 ust. 2 ustawy\*** | | **Współczynnik Pn=an/(an+bn) (z dokładnością do czterech miejsc po przecinku)** | **Rozliczenie przyznanych środków zgodnie z art. 116 ust. 3 ustawy \*** | | | **Data zwrotu** |
| **W tym:** | | **Iloczyn kosztu zakupu i współczynnika Pn (jeżeli koszt zakupu > kosztu planowanego (K) to podstawą do obliczeń jest koszt K)** | | **Środki do zwrotu (kol.4- kol.8)** |
| **Przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** | **Przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych niż zaliczone do an (bn )** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |

**\***Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r.poz.160, z późn. zm.)

Miejscowość i data:

Sporządzający: ............................... podpis i pieczęć kierownika jednostki osoba upoważniona do reprezentacji Zleceniobiorcy  
Nr telefonu: …………………………….…. w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 6 ustawy  
Adres e-mail:………………..……………. z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości  
 (Dz. U. z 2017 r. poz. 2342, z późn. zm.)   
 lub Głównego Księgowego

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

**Nazwa Zleceniobiorcy**

(pieczątka jednostki)

**Załącznik nr 8**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zakup sprzętu tj.: w ramach umowy nr ……………………..…………………………………………………….… zawartej w dniu ……………………………….dofinansowany ze środków Ministra Zdrowia nie obejmuje kosztów dostawy, zorganizowania przetargu (jeżeli dotyczy), zainstalowania sprzętu, serwisowania sprzętu i przeszkolenia personelu   
w zakresie obsługi sprzętu.

…………………………………………

(Miejscowość, data)

………………………………………………………….

Podpis i imienna pieczęć osoby upoważnionej  
 do reprezentacji Zleceniobiorcy

**Załącznik nr 9**

**dotyczy umowy nr ……….**

**Nazwa Zleceniobiorcy**

(pieczątka jednostki)

**Sprawozdanie merytoryczne za rok …………..**

Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Okres żywienia mlekiem z banku mleka kobiecego** | **Liczba dzieci żywionych mlekiem z banku mleka kobiecego** | **Liczba podmiotów leczniczych, do których przekazano mleko z banku mleka kobiecego** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nazwy podmiotów leczniczych i ich poziom referencyjny, którym przekazano mleko z banku mleka kobiecego (jeśli dotyczy):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Uwagi/wnioski:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………

(Miejscowość, data)

………………………………………………………….

Podpis i imienna pieczęć osoby upoważnionej

do reprezentacji Zleceniobiorcy