**OGŁOSZENIE W SPRAWIE KONKURSU OFERT**

Dyrektor Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SP ZOZ w Rzeszowie działając na podstawie:

- Ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 z 2011r., poz. 654)

- Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 z 2004r., poz. 2135 z późn. zm.)

- Zarządzenia Dyrektora WSPL SP ZOZ w Rzeszowie Nr 9/2013 z dnia 12.08.2014 r.

jako Udzielający Zamówienia ogłasza konkurs ofert na udzielanie świadczeń medycznych
z zakresu **Rehabilitacji leczniczej – masaże oraz gimnastyka lecznicza** (poza kontraktem
z NFZ**)** oraz przedstawia warunki udziału w postępowaniu.

**I. Udzielający Zamówienia: Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SP ZOZ 35-922 Rzeszów ul. Langiewicza 4**

**tel. 17 852 87 57 fax 17 715 50 08**

 mail: wsplspzozrze@poczta.onet.pl

**II. Przedmiot konkursu ofert:**

Udzielanie świadczeń medycznych  na rzecz pacjentów WSPL SP ZOZ w Rzeszowie poza kontraktem zNFZ w zakresie: **Rehabilitacji leczniczej – masaże oraz gimnastyka lecznicza.**

1. **Miejsce udzielania świadczeń –** Gabinet Rehabilitacji WSPL SP ZOZ w Rzeszowie.

**Czas trwania umowy-** od02.09.2014 r. - na czas nieokreślony.

**IV. Miejsce i czas ukazania się ogłoszenia:** Ogłoszenie zostałozamieszczone w dniu 19.08.2014 r. na stronie internetowej (**www.wspl.rzeszow.pl)** oraz tablicy informacyjnej WSPL SP ZOZ w Rzeszowie ul. Langiewicza 4.

**V. Obowiązki Oferenta i sposób przygotowania oferty**

* Do konkursu mogą przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą zgodnie
z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654) oraz podmioty wykonujące działalność gospodarczą.
* Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Oferent.
* Oferta winna być złożona w formie pisemnej w języku polskim na formularzu ofertowym stanowiącym załącznik nr 1 wraz z wymaganymi załącznikami
i dokumentami.
* Wszystkie dokumenty oferty muszą być podpisane, a kopie potwierdzone **„za zgodność z oryginałem”** przez Oferenta lub osoby uprawnione do działania w jego imieniu.
* Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta lub osoby uprawnione do działania w jego imieniu.
* Ofertę wraz z załącznikami opatrzoną danymi Oferenta należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej: **„Konkurs ofert – Rehabilitacja lecznicza – masaże oraz gimnastyka lecznicza”.**
* W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent powinien zadać wszelkie niezbędne, w tym zakresie pytania.
* Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
* Kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od Oferenta są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

**VI. Zakres świadczeń medycznych będących przedmiotem konkursu:**

Masaże:

- masaż klasyczny kręgosłupa,

- masaż klasyczny kręgosłupa częściowy

- masaż segmentalny

- masaż sportowy

- drenaż limfatyczny

Gimnastyka lecznicza - kinezyterapia:

- ćwiczenia bierne (dla 1 os.)

- ćwiczenia czynne (dla 1 os.)

- ćwiczenia w wadach postawy

- ćwiczenia indywidualne

**VII. Dokumenty jakie powinien złożyć Oferent oraz warunki wymagane od Oferenta:**

1. wypełniony Formularz Ofertowy - stanowiący załącznik nr 1,
2. wypełnione Oświadczenie - stanowiące załącznik nr 2,
3. wydruk zaświadczenia z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub wydruk informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu z Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydane przez właściwą Izbę Lekarską lub wydruk Księgi Rejestrowej z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
4. kopię dokumentu poświadczającego nadanie nr NIP i REGON,
5. kserokopie dokumentów potwierdzających wymagane uprawnienia (kwalifikacje zawodowe) Przyjmującego Zamówienie i/lub jego personelu medycznego wymagane do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym przedmiotem zamówienia (dyplomy, zaświadczenia, prawo wykonywania zawodu, inne) – nie dotyczy Świadczeniodawców, którzy aktualnie udzielają świadczeń zdrowotnych w przedmiocie zamówienia objętym konkursem ofert na rzecz Zamawiającego i którzy jednocześnie nie muszą uaktualniać uprzednio złożonych przedmiotowych dokumentów,
6. dokument potwierdzający zawarcie przez Przyjmującego Zamówienie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

**VIII. Opis kryteriów oceny ofert, ich znaczenie oraz sposób oceny ofert:**

1.Przy wyborze oferty Udzielający Zamówienia będzie się kierował kryterium ceny obliczonej jako iloczyn cen wg Cennika WSPL SP ZOZ w Rzeszowie i procentowego udziału Przyjmującego Zamówienie. Cennik usług stanowi Załącznik nr 3.

2. W toku badania i oceny ofert Udzielający Zamówienia może żądać od Oferenta wyjaśnień i prowadzić negocjacje dotyczące treści złożonej oferty.

3. W przypadku omyłek rachunkowych tj. wadliwego wyniku działania arytmetycznego oczywistym dla Zamawiającego będzie, iż cena jednostkowa brutto została podana prawidłowo.

**IX. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Ofertę w zaklejonej kopercie należy złożyć w pok.102 w WSPL SP ZOZ w Rzeszowie ul. Langiewicza 4 do dnia 22.08.2014 r do godz. 14.00
2. Składający ofertę osobiście otrzymuje potwierdzenie jej złożenia zawierające datę i godzinę złożenia oferty.
3. Ofertę przesłaną drogą pocztową uważa się za złożoną w terminie, jeżeli zostanie ona dostarczona w terminie nie późniejszym niż wyżej określony.
4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.
5. Celem dokonania zmian, bądź poprawek – Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją ponownie pod warunkiem zachowania wcześniej wyznaczonego terminu.

**X. Miejsce, termin, tryb otwarcia ofert oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert.**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w siedzibie Zamawiającego, w Rzeszowie przy ul. Langiewicza 4 w pok. 102 w dniu 22.08.2014 r. o godz. 14.30.
2. Do chwili otwarcia ofert Zamawiający przechowuje oferty w stanie nienaruszonym
w swojej siedzibie.
3. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora WSPL SP ZOZ
w Rzeszowie ul. Langiewicza 4.
4. Komisja konkursowa informuje oferenta na piśmie o odrzuceniu jego oferty jeżeli zaistnieją przesłanki, o których mowa w art. 149 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
5. Informacja o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczona na stronie internetowej oraz tablicy informacyjnej WSPL SP ZOZ w Rzeszowie ul. Langiewicza 4
w terminie związania z ofertą.

**XI. Termin związania ofertą.**

1. Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni.
2. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

**XII. Środki odwoławcze przysługujące Oferentowi.**

1. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654) oraz art. 152 i 153 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U. z 2008 Nr. 164, poz. 1027 ze zmianami ) oferentowi w toku postępowania konkursowego przysługuje prawo do złożenia do Komisji Konkursowej protestu w terminie 7 dni roboczych od dnia zaskarżonej czynności, nie później jednak niż do czasu zakończenia postępowania.
2. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654) oraz art. 152 i 154 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U. z 2008 Nr. 164, poz. 1027 ze zmianami ) oferentowi w toku postępowania konkursowego przysługuje prawo do złożenia do Udzielającego Zamówienie odwołania w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

**XIII. WSPL SP ZOZ w Rzeszowie zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny oraz prawo do przesunięcia terminów składania, otwarcia, rozstrzygnięcia ofert.**

# FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane osobowe/ Nazwa firmy:

........................................................

 .......................................................

1. Kwalifikacje zawodowe osoby udzielającej określone świadczenia zdrowotne:

.................................................................................................................................

1. Proponowana cena brutto realizacji zamówienia - wycena świadczonych usług za\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** |  | **Proponowany udział procentowy**  |
| Masaże | 1 zabieg |  |
| Gimnastyka lecznicza | 1 zabieg |  |

1. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| Dni tygodnia | **Godziny przyjęć** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

Podpis i data

### Załącznik nr 2. Oświadczenie Oferenta

……………………………………..………

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

## **OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że **spełniam warunki** określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654).
2. Oświadczam, że **zapoznałem się** z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że **zainteresowałem się** wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że **pozostanę związany** ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty **są zgodne** z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że **zobowiązuję się** do wykonywania usług z należytą starannością swego działania wymaganą od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
7. Oświadczam, że **umowę będę realizował** zgodnie z obowiązującymi przepisami.

………………………………………

Data i podpis Oferenta

**Załącznik nr 3. Cennik zabiegów fizjoterapeutycznych**

|  |
| --- |
| **CENNIK ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH** |
| **Rodzaj zabiegu** | **Wartość brutto za 1 zabieg** | **Wartość netto za 1 zabieg** |
| **Kinezyterapia (min. 30 minut)** |
| Indywidualna praca z pacjentem – ćwiczenia bierne i czynno-bierne, ćwiczenia wg metod neurofizjologicznych, metody redukcji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjaln, mobilizacje i manipulacje – nie mniej niż 30 min. | 25,00 zł | 25,00 zł |
| Ćwiczenia wspomagane  | 10,00 zł | 10,00 zł |
| Ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w obciążeniu z oporem | 10,00 zł | 10,00 zł |
| Ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem | 10,00 zł | 10,00 zł |
| Ćwiczenia izometryczne  | 15,00 zł | 15,00 zł |
| Ćwiczenia w wadach postawy (korekcyjne) | 15,00 zł | 15,00 zł |
| Inne formy usprawniania | 7,00 zł | 7,00 zł |
| **Masaż** |
| Masaż klasyczny kręgosłupa – minimum 30 min.  | 30,00 zł | 30,00 zł |
| Masaż klasyczny kręgosłupa – częściowy (15 min) | 20,00 zł | 20,00 zł |
| Masaż segmentarny ( 30 minut) | 30,00 zł | 30,00 zł |
| Masaż sportowy (30 min.) | 30,00 zł | 30,00 zł |
| Drenaż limfatyczny – (30 min.) | 30.00 zł | 30,00 zł |
| **Elektrolecznictwo** |
| Galwanizacja | 7,00 zł | 7,00 zł |
| Jonoforeza | 7,00 zł | 7,00 zł |
| Elektrostymulacja | 8,00 zł | 8,00 zł |
| Prądy diadynamiczne | 5,00 zł | 5,00 zł |
| Prądy interferencyjne | 5,00 zł | 5,00 zł |
| Prądy TRAEBERTA | 5,00 zł | 5,00 zł |
| Ultradźwięki miejscowe | 6,00 zł | 6,00 zł |
| Ultrafonoforeza | 7,00 zł | 7,00 zł |
| **Leczenie polem elektromagnetycznym** |
| Impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości | 7,00 zł | 7,00 zł |
| Diatermia krótkofalowa, mikrofalowa | 7,00 zł | 7,00 zł |
| Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości | 5,00 zł | 5,00 zł |
| **Światłolecznictwo i ciepłolecznictwo** |
| Naświetlanie promieniami IR, UV - miejscowe | 4,00 zł | 4,00 zł |
| Laseroterapia punktowa | 6,00 zł | 6,00 zł |
|  |  |  |

**Załącznik nr 4. Wzór umowy**

**UMOWA**

**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

**Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ**

Zawarta w dniu ……………w Rzeszowie pomiędzy:

**1.Wojskową Specjalistyczną Przychodnią Lekarską SP ZOZ (WSPL)** z siedzibą
 w Rzeszowieul. Langiewicza 4 reprezentowaną przez **Dyrektora lek. med. Romana Wronę**

Zwaną dalej „**Udzielającym Zamówienia**”

a

2………………………………………………………………………………………………….

*W oparciu o art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) oraz na podstawie wyniku konkursu ofert z dnia 19.08.2014r.*

**Strony zgodnie stanowią, co następuje:**

**§ 1**

Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych w zakresie Rehabilitacji leczniczej – masaże i gimnastyka lecznicza na rzecz Udzielającego Zamówienie.

**§ 2**

1. Umowa zostaje zawarta na czas nieokreślony od dnia 2 września 2014 r.

**§ 3**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania pacjentom Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych z zakresu Rehabilitacji leczniczej – masaże
i gimnastyka lecznicza zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i etyki zawodowej.

2. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek prowadzenia (w formie papierowej lub elektronicznej) dokumentacji udzielonych świadczeń w formie książki przyjęć.

3. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do ochrony danych zawartych w dokumentacji wymienionej w punkcie 2 jak również jej udostępniania na zasadach określonych odpowiednimi przepisami.

4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej
w sposób **czytelny** i zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w tym zakresie.

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do dokonywania stosownych wpisów
w książce przyjęć pacjentów. Dane osobowe i zapisy wynikające z udzielanych świadczeń medycznych na drukach dostarczonych bezpłatnie przez Udzielającego Zamówienia.

6.Za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielanego zamówienia odpowiedzialność solidarnie ponoszą Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie.

7.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do należytego przestrzegania praw pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

**§ 4**

1. Wynagrodzenie z tytułu świadczeń określonych niniejszą umową stanowi iloczyn ilości wykonanych świadczeń medycznych, których ceny ustalone zostały w Cenniku zabiegów fizjoterapeutycznych WSPL SP ZOZ w Rzeszowie stanowiący Załącznik nr 3 do Umowy i procentowego udziału Przyjmującego Zamówienie, tj. ……….%.

**§ 5**

1. Przyjmujący Zamówienie wystawia rachunek (fakturę) i doręcza go wraz z rozliczeniem udzielonych świadczeń medycznych Udzielającemu Zamówienia do 5 – go **dnia miesiąca za poprzedni miesiąc sprawozdawczy**.

2. Zapłata następuje do 30 – go dnia miesiąca za poprzedni miesiąc sprawozdawczy przy zachowaniu terminu, o którym mowa w punkcie poprzedzającym. **Opóźnienie terminu powoduje odpowiednie przesunięcie terminu zapłaty.**

6. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do potrącania kar z faktur/rachunków wystawianych przez Przyjmującego Zamówienie nałożonych na WSPL SP ZOZ w Rzeszowie w pełnej wysokości szkody powstałej na skutek:

a) prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób nieczytelny, niekompletny lub jej braku,

b)przedstawiania do rozliczeń danych niezgodnych ze stanem faktycznym, w tym realizowanie niecelowych świadczeń,

c) stwierdzenia szkody na zdrowiu i życiu pacjenta z winy Przyjmującego Zamówienie

7.W przypadku ustania umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do uregulowania należności wynikających z § 5 pkt 6 w kasie WSPL SP ZOZ w Rzeszowie lub na konto Udzielającego Zamówienia.

8.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do odliczenia i potrącenia obligatoryjnych ustawowych składek (w szczególności na ubezpieczenie społeczne i podatek dochodowy) od wynagrodzenia otrzymanego z tyt. nin. umowy.

**§ 6**

1. Przyjmujący Zamówienie udzielać będzie świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach
i przy użyciu sprzętu oraz aparatury medycznej Udzielającego Zamówienie.

2. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek dbania o mienie Udzielającego Zamówienie wykorzystywane przy udzielaniu świadczeń będących przedmiotem nin. umowy oraz odpowiada za szkody powstałe w powyższym mieniu.

3. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek niezwłocznego zgłaszania personelowi Udzielającego Zamówienie wszelkich szkód w mieniu a także potrzeb w zakresie napraw sprzętu oraz zapotrzebowania na materiały medyczne niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych.

**§ 7**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń w dniach i godzinach określonych w załączniku nr 1 do Umowy.
2. Dni i godziny pracy Udzielający Zamówienie poda do wiadomości pacjentów poprzez zamieszczenie stosownych informacji na drzwiach właściwego gabinetu lekarskiego.
3. Strony dopuszczają wyjątkowo, w szczególnie uzasadnionych wypadkach możliwość ustalenia innych godzin realizacji świadczeń.

**§ 8**

1.Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że zawarł obowiązkową umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych, której potwierdzona kopia stanowi załącznik **nr 2** do nin. umowy. Minimalną sumę gwarancyjną określają odpowiednie przepisy powszechnie obowiązujące.

 2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuję się do utrzymywania stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy z WSPL SP ZOZ
w Rzeszowie oraz wznawiania umowy ubezpieczenia w dniu jej wygaśnięcia.

3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do dostarczenia kopii zawartej umowy po jej wznowieniu.

**§ 9**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do osobistego wykonywania przedmiotu umowy.

2. Przyjmujący Zamówienie odpowiada za zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej – masaże i gimnastyka lecznicza. Przyjmujący Zamówienie ma prawo do przerwy w udzielaniu świadczeń w wymiarze nie większym niż 14 dni w ciągu roku kalendarzowego.

3. W sytuacjach wyjątkowych za uprzednią pisemną zgodą Udzielającego Zamówienia, Przyjmujący Zamówienie może powierzyć udzielanie świadczeń będących przedmiotem umowy innej, uprawnionej do ich wykonywania osobie.

4. Przyjmujący Zamówienie odpowiada za działania i zaniechania zaistniałe przy udzielaniu świadczeń przez osobę trzecią, której powierzył czasowe wykonywanie przedmiotu umowy jak za własne.

**§ 10**

1.Umowa nin. może być rozwiązana przez każdą ze stron na piśmie z zachowaniem
1- miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.

2. Udzielający Zamówienie ma prawo rozwiązania nin. umowy w trybie natychmiastowym
w przypadku rażącego naruszenia jej postanowień przez Przyjmującego Zamówienie, a także w przypadku:

a) nieuzasadnionej odmowy przyjęcie pacjenta,

b) nieusprawiedliwionej przerwy w realizacji świadczeń,

c) udzielania świadczeń w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających.

**§ 11**

1. Strony zastrzegają poufność wszelkich postanowień umowy dla osób trzecich.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych od Udzielającego Zamówienia w czasie wykonywania umowy, niepodanych do publicznej wiadomości.
3. W przypadku naruszenia postanowień ust. 2 Udzielający Zamówienie może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym oraz wystąpić o odszkodowanie na zasadach określonych w Kodeksie Cywilnym.

**§ 12**

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Udzielającego Zamówienie
w zakresie realizacji przedmiotu nin. umowy. Ustalenia kontroli wewnętrznej
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych są dla przyjmującego Zamówienie wiążące. Stwierdzone uchybienia Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się usunąć,
a postawione wnioski zastosować przy udzielaniu świadczeń medycznych.

**§ 13**

1. W sprawach nieuregulowanych nin. umową mają zastosowanie przepisy; kodeksu cywilnego, ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej(z późn.zm.).
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż zna i zobowiązuje się do przestrzegania zasad wykonywania ambulatoryjnych świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej- masaże i gimnastyka lecznicza określonych w odpowiednich przepisach prawa.
3. Wszystkie zmiany nin. umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§14**

Ewentualne spory wynikające z realizacji nin. umowy poddane zostają pod rozstrzygnięcie odpowiedniego Sądu Powszechnego w Rzeszowie.

 **§15**

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

 ...................................... ............................................

 Udzielający Zamówienia Przyjmujący Zamówienie

Załączniki:

* 1. Harmonogramy pracy w Gabinecie Fizjoterapii.
	2. Potwierdzona kopia polisy ubezpieczeniowej.
	3. Cennik zabiegów fizjoterapeutycznych WSPL SP ZOZ w Rzeszowie.

**Załącznik nr 1. Harmonogram pracy w Gabinecie Fizjoterapii.**

**HARMONOGRAM PRACY**

|  |  |
| --- | --- |
| **DZIEŃ TYGODNIA** | **GODZINY PRZYJĘĆ** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

**Załącznik nr 2. Potwierdzona kopia polisy ubezpieczeniowej**

**Załącznik nr 3. Cennik zabiegów fizjoterapeutycznych WSPL SP ZOZ w Rzeszowie.**