

## Umowa Nr ..../PPZ/2018

o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej  
pn.: ..... w roku 2018  
zawarta w ..... w dniu ..... roku

pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim w Kielcach z siedzibą: ul. Jana Pawła II Nr 9, 25-025 Kielce.  
reprezentowanym przez  
Dyrektora  
Panią  
Małgorzatę Kiebzak  
zwanym dalej „Oddziałem Funduszu”

a

.....  
zwaną (-ym,) dalej „Wnioskodawcą”

Działając na podstawie § 5 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 roku w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz. U. z 2017 r., poz. 9) oraz w następstwie pozytywnego rozpatrzenia wniosku złożonego przez Wnioskodawcę o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego, Strony zawierają Umowę o następującej treści:

### § 1. Przedmiot Umowy

1. Przedmiotem Umowy jest dofinansowanie w roku 2018 programu polityki zdrowotnej pod nazwą: ....., zwanego dalej „Programem”. Dokumentacja dotycząca opisu Programu ujęta została we wniosku Wnioskodawcy o zawarcie umowy o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej wraz ze wszystkimi załącznikami.
2. Wnioskodawca oświadcza, iż realizacja Programu odbywać się będzie zgodnie z informacjami i oświadczeniami określonymi w złożonym wniosku o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej wskazanym pod nazwą w ust.1.
3. Wnioskodawca oświadcza, iż realizacja Programu odbywać się będzie w sposób i na warunkach odpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa.

4. Wnioskodawca oświadcza, iż posiada:
- pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 3 pkt 2. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016 poz. 1793 z późn. zm.),
  - pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. 2015 poz. 1916).

## **§ 2.**

### **Wysokość dofinansowania oraz warunki wypłaty środków**

1. Kwota przyznanego w 2018 roku dofinansowania na realizację Programu wynosi maksymalnie ....., co stanowi ..... % środków przewidzianych na realizację Programu przez Wnioskodawcę.
2. Przekazywanie środków, o których mowa w ust. 1, odbywa się na zasadzie refundacji poniesionych wydatków.
3. Wnioskodawca składa pisemny *Wniosek o wypłatę dofinansowania*, którego wzór stanowi Załącznik nr 1 do Umowy.
4. *Wniosek o wypłatę dofinansowania*, o którym mowa w ust. 3 może być przekazany do Oddziału Funduszu po poniesieniu wydatków, przy czym nie później niż do 07 grudnia 2018 r., tak aby wypłata kwoty dofinansowania mogła nastąpić do dnia 31 grudnia 2018 r.
5. Wypłata środków następuje w terminie 14 dni od dnia przedłożenia do Oddziału Funduszu kompletnego *Wniosku o wypłatę dofinansowania*, o którym mowa w ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 6 i 7.
6. W przypadku stwierdzenia przez Oddział Funduszu nieprawidłowości w złożonym *Wniosku o wypłatę dofinansowania* lub załączonych do niego dokumentach rozliczeniowych, Wnioskodawca zobowiązany jest do ich usunięcia albo udzielenia niezbędnych dodatkowych informacji i wyjaśnień w wyznaczonym przez Oddział Funduszu terminie.
7. Do czasu usunięcia nieprawidłowości, o których mowa w ust. 6 Oddział Funduszu wstrzymuje wypłatę środków z tytułu Umowy. Wypłata środków nastąpi w terminie 14 dni od dnia usunięcia nieprawidłowości, o których mowa w ust. 6.
8. Oddział Funduszu przekaże środki na dofinansowanie programu, maksymalnie do kwoty, o której mowa w ust. 1, na wydzielony rachunek bankowy Wnioskodawcy nr: .....  
(nr konta i nazwa banku).

### **§ 3.**

#### **Rozliczenie przekazanych środków.**

1. Wnioskodawca zobowiązuje się do wydatkowania środków, o których mowa w § 2, w sposób najbardziej racjonalny z uwzględnieniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa oraz przy zastosowaniu miary szczególnej staranności.
2. Wnioskodawca w terminie 15 dni od dnia zakończenia Programu realizowanego w roku 2018, nie później niż do dnia 15 stycznia roku 2019, przekazuje Dyrektorowi Oddziału Funduszu *Sprawozdanie z realizacji Programu* określające działania podjęte w ramach Programu i koszty ich realizacji. Wzór Sprawozdania z realizacji Programu stanowi Załącznik nr 2 do Umowy.
3. W przypadku niedochowania terminu, o którym mowa w ust. 2, Oddział Funduszu może nałożyć na Wnioskodawcę karę umowną w wysokości 1% kwoty wypłaconej z tytułu Umowy.
4. W przypadku nieprzedłożenia sprawozdania z realizacji Programu, o którym mowa w ust. 2, w terminie do 31 stycznia 2019 roku Wnioskodawca jest obowiązany do zwrotu środków przekazanych w ramach niniejszej umowy.
5. W przypadku środków wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem Wnioskodawca jest obowiązany do zwrotu równowartości środków wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, w terminie 15 dni od dnia stwierdzenia takiego wykorzystania.

### **§ 4.**

#### **Kontrola**

1. Wnioskodawca zobowiązuje się do przedłożenia na żądanie Oddziału Funduszu wszelkich wyjaśnień i wszelkiej dokumentacji, niezbędnej do oceny prawidłowości wydatkowania środków przekazanych Wnioskodawcy w następstwie zawarcia Umowy.
2. Oddział Funduszu może żądać wyjaśnień i dokumentacji, o których mowa w ust. 1, zarówno w trakcie realizacji Programu, jak i po jego zakończeniu.

### **§ 5.**

#### **Odpowiedzialność wobec osób trzecich**

Wnioskodawca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z realizacją Programu.

### **§ 6.**

#### **Okres obowiązywania**

Umowę niniejszą zawiera się na czas realizacji Programu w roku 2018 i ostatecznego rozliczenia środków przyznanych Wnioskodawcy z tytułu zawarcia Umowy zgodnie z § 3.

**§ 7.**  
**Forma pisemna**

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 8.**  
**Spory między stronami**

Ewentualne spory między stronami mogące wynikać w związku z realizacją umowy strony zobowiązują się załatwić polubownie, z poszanowaniem słusznym interesów każdej ze stron Umowy. W sytuacji jednak niedojścia do porozumienia spory będą rozpatrywane przez sąd właściwy dla siedziby Oddziału Funduszu.

**§ 9.**  
**Postanowienia końcowe**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową, mają zastosowanie w szczególności:

- ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz.U. 2016, poz. 1793 z późn. zm.),
- ustawa z dnia z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t. j. Dz.U.2016, poz. 380 z późn. zm.),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz. U. z 2017 r., poz. 9),

**§ 10.**

Załączniki do Umowy stanowią jej integralną część.

**§ 11.**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Oddziału Funduszu, drugi dla Wnioskodawcy.

Załączniki do Umowy:

1. Załącznik nr 1 – Wzór „*Wniosku o wypłatę dofinansowania*”;
2. Załącznik nr 2 – Wzór „*Sprawozdania z realizacji Programu*”.

.....  
Wnioskodawca

.....  
Oddział Funduszu

# Wzór załącznika nr 1

.....  
pieczęć instytucji

....., dnia .....

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

## **Wniosek o wypłatę dofinansowania w wysokości nieprzekraczającej ..... % środków przewidzianych na realizację Programu**

..... wnosi o wypłatę kwoty .....zł  
(słownie zł:.....) z tytułu przyznanego dofinansowania programu:  
....., zwanego dalej Programem, zgodnie z Umową  
Nr..... z dnia.....

W załączeniu ..... (nazwa jednostki) przedkłada dokumenty rozliczeniowe, potwierdzające poniesienie wydatków związanych z realizacją tego Programu, które stanowią podstawę wyliczenia kwoty, o wypłatę której występuje w niniejszym wniosku.

Jednocześnie oświadczą, że przedłożone do rozliczenia dokumenty, potwierdzają faktycznie poniesione wydatki na realizację Programu.

Wykaz załączonych dokumentów (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem faktury, rachunku, bądź innego dokumentu rozliczeniowego dokumentującego fakt poniesienia wydatku związanego z realizacją Programu):

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....
- 4 .....
- 5 .....

.....  
podpis osoby uprawnionej organu wykonawczego jednostki  
samorządu terytorialnego

.....  
podpis głównego księgowego jednostki  
samorządu terytorialnego

## Wzór załącznika nr 2

.....  
pieczęć instytucji

Miejscowość, dnia .....

### Sprawozdanie z realizacji programu polityki zdrowotnej pn.

.....  
w 2018 roku.

#### A) SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE Z REALIZACJI PROGRAMU

pn.....  
.....  
.....  
.....

1. Cel programu .....

2. Czas realizacji programu .....

Tabela nr 1: Wykaz działań podjętych w ramach programu pn. ....  
w 2018 roku

Ip.	Rodzaj zadania	Liczba osób zaplanowanych do objęcia programem	Liczba osób,* które zostały objęte programem (ze szczegółowością etapu programu) – jeśli dotyczy	Podmiot / osoba fizyczna otrzymujący środki finansowe / realizator programu
<b>Suma:</b>				

\* szczegółowy wykaz osób objętych programem powinien zawierać nr PESEL uczestnika programu, należy go sporządzić w formacie edytowalnym

3. Inne formy uzyskanego wsparcia od różnych podmiotów .....

4. PODSUMOWANIE REALIZACJI PROGRAMU (Wyniki z realizacji programu, wnioski/sugestie/uwagi dotyczące realizacji programu, ocena realizacji programu)

.....  
podpis osoby uprawnionej organu wykonawczego jednostki samorządu terytorialnego

.....  
podpis głównego księgowego jednostki samorządu terytorialnego

## B) SPRAWOZDANIE FINANSOWE Z REALIZACJI PROGRAMU

pn.....  
.....  
.....

1. Planowany koszt realizacji Programu w 2018 roku: .....zł.
2. Rzeczywisty koszt realizacji Programu w 2018 roku: .....zł.
3. Wysokość przyznanych środków na realizację Programu w 2018 roku: .....zł.

Tabela nr 1: Wykaz działań podjętych w ramach programu pn. ....  
w 2018 roku

Ip.	Rodzaj zadania	Planowana kwota ogółem (zł)	Rzeczywista kwota ogółem (zł)	Podmiot / osoba fizyczna otrzymujący środki finansowe / realizator programu
Suma:				

Tabela nr 2: Wykaz dokumentów (rachunków, faktur lub innych dokumentów rozliczeniowych), które stanowiły podstawę wydatkowanych przez Oddział Funduszu kwot dofinansowania Programu pn. .... w 2018 roku.

Ip..	Nr dokumentu	Data wystawienia dokumentu	Realizator programu	Kwota dokumentu (zł)	Kwota sfinansowana przez ŚWOW NFZ (zł)	Kwota sfinansowana ze środków własnych (zł)	Kwota sfinansowana z innych źródeł (zł)	Zadanie, którego dotyczy dokument

.....  
podpis osoby uprawnionej organu wykonawczego jednostki  
samorządu terytorialnego

.....  
podpis głównego księgowego jednostki  
samorządu terytorialnego