*Wzór umowy*

**Umowa nr …………/2023**

Zawarta w dniu ………………….…………. pomiędzy Gminą Miasta Toruń ul. Wały gen. Sikorskiego 8, zwaną w treści umowy Udzielającym zamówienia, reprezentowaną przez:

…………………. - ……………………………..

a

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. zwanym dalej Przyjmującym zamówienie, reprezentowanym przez:

………………… - ………………………………

Podstawę prawną zawarcia niniejszej umowy stanowi art. 48 ust. 1 i 3-5 oraz art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.) oraz art. 114 ust. 1 pkt. 1 i 115 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.) oraz wynik konkursu ofert rozstrzygniętego w dniu ……………… 2023 r.

§ 1

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się na podstawie niniejszej umowy do realizacji w 2023 r. Programu profilaktyki i leczenia wad postawy pt. „Postawa to podstawa” skierowanego do mieszkańców Torunia aktywnych zawodowo, cierpiących na schorzenia kręgosłupa - Moduł II, stanowiącego załącznik nr 1 do umowy.
2. Program, o którym mowa w ust. 1 będzie realizowany zgodnie z założeniami określonymi szczegółowo w ofercie złożonej w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia oraz wynikami negocjacji indywidualnych/w przypadku ich przeprowadzenia/ wskazanymi w załączniku nr 2 do niniejszej umowy. W ramach realizacji Programu Przyjmujący zamówienie obejmie nieodpłatnymi dla pacjentów świadczeniami …… osób i wykona pozostałe obowiązki wskazane w §2 w okresie obowiązywania niniejszej umowy.
3. Program, o którym mowa w ust. 1 będzie realizowany w pomieszczeniach zapewnionych przez Przyjmującego zamówienie, na terenie miasta Torunia, spełniających wymagania zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 poz. 265).
4. Umowa będzie finansowana jest ze środków budżetowych: wydatki Gmina, zadanie własne w ramach wydatków bieżących, Dział 851 Rozdział 85149 § 4280 Nazwa zadania w budżecie: „program „Postawa to podstawa”.

§ 2

* + - 1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:
1. opracowania harmonogramu realizacji umowy: termin wykonania:………………;
2. wykonywania świadczeń zgodnie z harmonogramem wskazanym w ust. 1 pkt 1): termin wykonania:……………;
3. przeprowadzenia akcji informacyjnej dot. szczegółów realizacji Programu: termin wykonania:……………;
4. przeprowadzenia naboru i prowadzenia rejestracji uczestników programu wraz z wyznaczeniem terminu świadczenia: termin wykonania:………………;
5. uzyskania od uczestnika zaświadczenia wystawionego przez lekarza POZ o schorzeniach kręgosłupa lub skierowania na wykonywany w ramach Programu zabieg fizjoterapeutyczny;
6. uzyskania od uczestnika pisemnego zaświadczenia, że jest on osobą aktywną zawodowo;
7. wykonania świadczeń wyszczególnionych w załączniku nr 2 z zapewnieniem niezbędnych do tego celu środków medycznych oraz przy zachowaniu wszelkich wytycznych GIS i MZ związanych z realizacją świadczeń w okresie epidemii, a także udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione lub posiadające stosowne kwalifikacje i uprawnienia do ich udzielania;
8. wykonywania świadczeń w czasie i miejscu wskazanym w ofercie spełniającym wymagania zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 poz. 265);
9. zapewnienia dostępności do świadczeń wyszczególnionych w załączniku nr 1 z uwzględnieniem analizy zagrożeń związanych z realizacją zadania oraz ryzykiem niewykonania w całości lub w części zadania w związku z obowiązującymi wytycznymi, ograniczeniami, nakazami, zakazami związanymi z pandemią SARS-CoV-2 zawartej w złożonej ofercie;
10. zapewnienia dostępności do świadczeń wyszczególnionych w załączniku nr 2 dla osób z niepełnosprawnościami;
11. prowadzenia stosownej dokumentacji medycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
12. sporządzania miesięcznych sprawozdań (załącznik nr 4), sprawozdania końcowego (załącznik nr 5) oraz wykazu imiennego uczestników (załącznik nr 6) z realizacji Programu i przekazanie ich do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia;
13. przeprowadzenia anonimowej ankiety początkowej i końcowej wśród uczestników Programu (załącznik nr 3): termin wykonania:…………..;
14. przygotowania opracowania statystycznego polegającego na opracowaniu wskaźników oraz analizie ankiet początkowych i końcowych: termin wykonania:……………….;
15. niezwłocznego informowania Udzielającego zamówienia o każdorazowej zmianie spośród personelu medycznego, udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, przy czym zastrzega się, że kwalifikacje zawodowe personelu medycznego nie mogą być niższe od zgłoszonych w przyjętej ofercie Przyjmującego zamówienie, a zmiana liczby personelu lub zastąpienie ich osobami o niższych kwalifikacjach zawodowych może być podstawą do wypowiedzenia umowy przez Udzielającego zamówienie;
16. zapewnienia wysokiej jakości wszystkich udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych Programem;
17. informowania Udzielającego zamówienia o niebezpieczeństwie niewykonania całości lub części Programu wraz ze szczegółowym wskazaniem powodów w terminie do 30 dni przed zakończeniem realizacji Programu.
18. Prowadzenia infolinii dla mieszkańców Torunia w ramach realizowanego programu polityki zdrowotnej.

§3

1. Uprawnionymi do bezpłatnego korzystania z programu zdrowotnego są osoby dorosłe, będące mieszkańcami Torunia, które przedstawiły zaświadczenie od lekarza POZ o schorzeniach kręgosłupa lub posiadają skierowanie na wykonywany w ramach Programu zabieg fizjoterapeutyczny oraz przedstawili pisemne zaświadczenie, że są osobami aktywnymi zawodowo.
2. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany rejestrować pacjentów, którym w ramach umowy udziela świadczeń.
3. Rejestracja pacjentów obejmuje następujące dane: imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, nr PESEL lub datę urodzenia, datę wykonania świadczenia.
4. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do podania do publicznej informacji zakresu i sposobu realizacji zadania oraz zasad rejestracji w terminie wskazanym w §2 ust. 1 pkt. 3).

§ 4

Umowa jest zawarta na okres od ………….... 2023 r. do dnia ……………… 2023 r.

§ 5

1. Z tytułu realizacji Programu objętego niniejszą umową Przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie za wykonanie poszczególnych elementów należności wskazanych w załączniku
nr 2 do niniejszej umowy, w łącznej kwocie nie niż 129 7500 zł. (słownie: sto dwadzieścia dziewięć tysięcy siedemset pięćdziesiąt złotych 00/100).
2. Wynagrodzenie z tytułu realizacji niniejszej umowy będzie płatne Przyjmującemu zamówienie w częściach obejmujących iloczyn cen jednostkowych poszczególnych świadczeń wskazanych w załączniku nr 2 do niniejszej umowy oraz liczbę zrealizowanych w danym miesiącu świadczeń danego rodzaju, przelewem na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego zamówienie.
3. Wynagrodzenie z tytułu realizacji niniejszej umowy będzie płatne Przyjmującemu zamówienie w częściach opłacanych miesięcznie z dołu, po realizacji świadczeń, przelewem na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego zamówienie.
4. Podstawę wypłaty wynagrodzenia stanowić będzie faktura wystawiona przez Przyjmującego zamówienie do dnia 5-go następnego miesiąca.
5. Udzielający zamówienia zapłaci wynagrodzenie w terminie do 14 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
6. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek przedstawić Udzielającemu zamówienia, łącznie z fakturą, sprawozdanie merytoryczne z wykonania zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 według wzoru stanowiącego załączniku nr 4 do niniejszej umowy.
7. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek przedstawić Udzielającemu zamówienia łącznie z fakturą za miesiąc listopad 2023 r.
	1. sprawozdanie miesięczne z realizacji Programu stanowiące załącznik nr 4 do umowy- w wersji papierowej,
	2. sprawozdanie końcowe z realizacji Programu stanowiące załącznik nr 5 do umowy- w wersji papierowej,
	3. wykaz imienny uczestników programu stanowiący załącznik nr 6 do umowy- w wersji papierowej (w dwóch egzemplarzach) oraz elektronicznej.
8. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniach lub opracowaniach o których mowa w ust. 5 i 6 Udzielający zamówienia wstrzyma wypłatę wynagrodzenia do chwili ich usunięcia.
9. Na wniosek Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się udzielić wszelkich dodatkowych informacji i przedłożyć wszystkie dokumenty niezbędne do rozliczenia realizacji umowy.

§ 6

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do wykorzystania sprawozdań merytorycznych z realizacji programu, o których mowa w § 5 ust. 5 i 6 do własnych opracowań.

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy oraz w dniu podpisania niniejszej umowy przedłoży Udzielającemu zamówienia stosowny dokument potwierdzający fakt zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie przedmiotu niniejszej umowy.
2. Obowiązek, o którym mowa w ust. 1 dotyczy również każdorazowej zmiany treści umowy ubezpieczenia i terminu jej obowiązywania, w okresie obowiązywania niniejszej umowy.
3. W przypadku nie przedłożenia dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia w zakresie przedmiotu niniejszej umowy, o którym mowa w ust.1, Udzielający zamówienie wzywa pisemnie Przyjmującego zamówienie do jego złożenia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.
4. Niezastosowanie się do wezwania, o którym mowa w ust. 3, skutkuje rozwiązaniem umowy z winy Przyjmującego zamówienie i zobowiązuje go do zapłacenia kary umownej w wysokości 5% wartości umowy.
5. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych ponosi Przyjmujący zamówienie.
6. Środki publiczne uzyskane na podstawie niniejszej umowy nie mogą być przeznaczone na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych z innych źródeł ani na cele nie będące jej przedmiotem.

§ 8

1. Na żądanie Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy.
2. Udzielający zamówienia ma prawo do kontroli wykonania umowy, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego zamówienia w zakresie wykonywania umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do niezwłocznego wykonania wszelkich zaleceń pokontrolnych, o których mowa w ust. 2.
4. W razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie, w tym częściowego wykonania umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do zapłacenia Udzielającemu zamówienia kary umownej w wysokości 10% wartości umowy.

§ 9

1. W przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień niniejszej umowy Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia. Za rażące naruszenia istotnych postanowień umowy uważa się w szczególności:
	* 1. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby nieuprawnione lub nie posiadające stosownych kwalifikacji i uprawnień do ich udzielania;
		2. nieudzielanie świadczeń zdrowotnych w ustalonym miejscu i czasie;
		3. udzielanie świadczeń zdrowotnych niezgodnych z załącznikiem nr 2 do umowy;
		4. obciążanie pacjentów kosztami świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy lub kosztami produktów leczniczych i wyrobów medycznych, służących do ich udzielania;
		5. nie zapewnienie dostępności do świadczeń w związku z obowiązującymi wytycznymi, ograniczeniami, nakazami, zakazami związanymi z pandemią SARS-CoV-2;
		6. przedstawienie przez Przyjmującego zamówienie danych dotyczących zrealizowanych świadczeń zdrowotnych, niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Udzielający zamówienia dokonał płatności nienależnych środków finansowych.
2. Za każdy przypadek rażącego naruszenia istotnych postanowień niniejszej umowy wskazanych w ust. 1 lub zwłoki w wykonaniu umowy przez Przyjmującego zamówienie lub wykonaniu jej niezgodnie z terminami wskazanymi w §2, Przyjmujący zamówienie zapłaci karę umowną w wysokości 5% kwoty określonej w §5 ust.1.
3. W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację niniejszej umowy, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron z 30 dniowym okresem wypowiedzenia dokonanym na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. W przypadku odstąpienia od umowy przez którąkolwiek ze stron, z przyczyn leżących po jej stronie, strona odstępująca zobowiązana jest do zapłaty kary umownej w wysokości 10% kwoty określonej w § 5 ust. 1.
5. Gdy strona odstępuje od umowy z przyczyn spowodowanych przez drugą stronę, stronie odstępującej przysługuje od drugiej strony kara umowna w wysokości 10% kwoty określonej w §5 ust.1.
6. Niniejsza umowa nie stanowi przeszkody do zawierania przez Strony innych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, pod warunkiem, że nie kolidują one z realizacją niniejszej umowy.
7. W zakresie związanym z realizacją niniejszej umowy, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, Przyjmujący zamówienie odbiera od osób, których dotyczą te dane, stosowne oświadczenia o wyrażeniu zgody na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem PE i Rady UE 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

§ 10

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do informowania, że zadanie jest finansowane ze środków otrzymanych od Udzielającego zamówienia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Informacja powinna się znaleźć we wszystkich materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego zadania publicznego.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do umieszczenia herbu Miasta Torunia z informacją, że Program jest finansowany przez Gminę Miasta Toruń oraz logo Narodowego Funduszu Zdrowia na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych, informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, dotyczących realizacji Programu.
3. Nie wywiązanie się z obowiązku wskazanego w ust. 1 skutkuje zapłatą kary umownej w wysokości 5% kwoty określonej w § 5 ust. 1.

§ 11

Prawa i obowiązki stron nie będą przenoszone na osoby trzecie.

§ 12

Każda zmiana umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 13

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 14

Spory mogące wynikać ze stosunku objętego niniejszą umową, strony podadzą pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego dla siedziby Udzielającego zamówienia.

§ 15

Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Załączniki do umowy:

Załącznik nr 1 – Program profilaktyki i leczenia wad postawy pt. „Postawa to podstawa”

Załącznik nr 2 – Szczegółowy zakres rzeczowy i finansowy zadania

Załącznik nr 3 – Ankieta ewaluacyjna

Załącznik nr 4 – Sprawozdanie merytoryczne i finansowe

Załącznik nr 5 – Sprawozdanie roczne/końcowe z realizacji Programu

Załącznik nr 6 – Sprawozdanie- wykaz imienny uczestników Programu

 Udzielający zamówienia Przyjmujący zamówienie

*Wzór załącznika nr 2*

***Szczegółowy zakres rzeczowy i finansowy zadania***

Świadczenia zdrowotne wykonywane w trakcie realizacji programu profilaktyki i leczenia wad postawy pt. „Postawa to podstawa” Moduł II realizowane będą w:

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Elementy należności** | **Cena jednostkowa w złotych** | **Liczba proponowanych świadczeń** | **Liczba osób objętych działaniem** | **Iloczyn ceny i ilości świadczeń w złotych** |
| **Koszty merytoryczne** |
| Indywidualna porada rehabilitacyjna |  |  |  |  |
| Laseroterapia |  |  |  |  |
| Ultradźwięki |  |  |  |  |
| Lampa sollux |  |  |  |  |
| Elektroterapia |  |  |  |  |
| Ćwiczenia na odciążeniu |  |  |  |  |
| Metoda PNF |  |  |  |  |
| Masaż odcinkowy kręgosłupa |  |  |  |  |
| Masaż leczniczy kręgosłupa |  |  |  |  |
| Masaż całego ciała |  |  |  |  |
| Kinesiology Typing |  |  |  |  |
|   **Suma**  |  |  |  |

*Wzór załącznika nr 3*



**Ankieta ewaluacyjna jednokrotnego wyboru uczestników biorących udział w 2023 r. w Programie profilaktyki i leczenia wad postawy pt. „Postawa to podstawa”- II moduł**

Ankieta skierowana jest do osób aktywnych zawodowo, borykających się z dolegliwościami ze strony kręgosłupa- uczestników programu pn. „Postawa to podstawa” . Badania są anonimowe.

**Proszę o zakreślenie krzyżykiem wybranej jednej odpowiedzi.**

1. Jak ocenia Pan/Pani swoje dolegliwości bólowe w skali od 0 do 10, gdzie
0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 maksymalny, możliwy do wyobrażenia (proszę o zaznaczenie na wykresie poniżej)



1. **Jak dolegliwości bólowe wpływają na wykonywanie przez Pana/ią czynności dnia codziennego:**
2. Nie odczuwam bólu kręgosłupa
3. Codzienne czynności nie nasilają bólu, jestem całkowicie samodzielny/a
4. Odczuwam ból podczas codziennych czynności, wykonuję je wolniej i ostrożniej
5. Odczuwam ból podczas codziennych czynności i potrzebuję pomocy

### Czy posiada Pan/Pani wiedzę na temat prawidłowej pozycji ciała podczas pracy biurowej tj. by nie przeciążać kręgosłupa?

1. Tak
2. Nie

###  W skali od 0-5 jak ocenia Pan/Pani swoją wydolność fizyczną?

0 - bardzo słaba

1 - słaba

2 - umiarkowana

3 - przeciętna

4 - dobra

5- bardzo dobra

1. **Czy podczas wykonywania codziennych czynności zarówno w życiu osobistym jak i zawodowym stara się Pan/i dbać o to, aby sylwetka była wyprostowana**?
2. Tak
3. Nie
4. **Które przedstawiona poniżej pozycja jest prawidłowa?** :
5.  b)
6. **Jak często stosuje Pan/Pani środki przeciwbólowe?**
7. Rzadko
8. Często
9. Nigdy
10. **W jaki sposób spędza Pan/i najczęściej czas wolny?**
11. Aktywnie (spacer, bieganie, pływanie, uprawianie sportu, siłownia)
12. Biernie (przed TV, komputerem)
13. **Jak często pojawiają się w Pana/i życiu sytuacje stresowe?**
14. Rzadko
15. Często
16. Nigdy

### Czy odczuwa Pan/Pani zmniejszenie dolegliwości bólowych dzięki organizowanym ćwiczeniom pilates/basen ?

1. Tak
2. Nie

*Wzór załącznika nr 4*

***Sprawozdanie merytoryczne i finansowe***

z realizacji programu profilaktyki i leczenia wad postawy pt. „Postawa to podstawa ”- moduł II do faktury nr…. z dnia…………..2023 r.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Elementy należności** | **Cena jednostkowa w złotych** | **Liczba wykonanych świadczeń** | **Liczba osób objętych działaniem** | **Iloczyn ceny i ilości świadczeń w złotych** |
| **Koszty merytoryczne** |
| Indywidualna porada rehabilitacyjna |  |  |  |  |
| Laseroterapia |  |  |  |  |
| Ultradźwięki |  |  |  |  |
| Lampa sollux |  |  |  |  |
| Elektroterapia |  |  |  |  |
| Ćwiczenia na odciążeniu |  |  |  |  |
| Metoda PNF |  |  |  |  |
| Masaż odcinkowy kręgosłupa |  |  |  |  |
| Masaż leczniczy kręgosłupa |  |  |  |  |
| Masaż całego ciała |  |  |  |  |
| Kinesiology Typing |  |  |  |  |
|   **Suma**  |  |  |  |

2. Uwagi dotyczące realizacji programu ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………… ……………..…..…………………………

 Data Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

*Wzór załącznika nr 5*

**Sprawozdanie roczne/końcowe z realizacji w 2023 r. modułu II programu profilaktyki
i leczenia wad postawy pn. „Postawa to podstawa”.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu | Sprawozdanie za okresod ……..…….. do …………… | Adresat:Gmina Miasta Toruń |
|  | Sprawozdanie należyprzekazać w terminie do 14 dni po okresiesprawozdawczym |

1. Realizacja świadczeń w ramach programu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Elementy należności** | **Cena jednostkowa w złotych** | **Liczba wykonanych świadczeń** | **Liczba osób objętych działaniem** | **Iloczyn ceny i ilości świadczeń w złotych** |
| **Koszty merytoryczne** |
| Indywidualna porada rehabilitacyjna |  |  |  |  |
| Laseroterapia |  |  |  |  |
| Ultradźwięki |  |  |  |  |
| Lampa sollux |  |  |  |  |
| Elektroterapia |  |  |  |  |
| Ćwiczenia na odciążeniu |  |  |  |  |
| Metoda PNF |  |  |  |  |
| Masaż odcinkowy kręgosłupa |  |  |  |  |
| Masaż leczniczy kręgosłupa |  |  |  |  |
| Masaż całego ciała |  |  |  |  |
| Kinesiology Typing |  |  |  |  |
|   **Suma**  |  |  |  |

……………………… ……………..…..…………………………

 Data Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

*Wzór załącznika nr 6*

Sprawozdanie- wykaz imienny uczestników programu „Postawa to podstawa”- Moduł II w roku 2023

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Numer pacjenta | Wiek | Płeć | Gmina, w której zameldowany jest pacjent | Nazwa świadczenia | Data udzielenia świadczenia | Podpis osoby wykonującej | Cena świadczenia | Nazwa kontrahenta wykonującego świadczenie |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dokument sprawdzono pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.

…………………………………………………………………………………

podpis osób upoważnionych do reprezentowania podmiot leczniczy