

Konkurs ofert nr : .....

## UMOWA nr .....

zawarta w dniu .....2023 r. pomiędzy:

**Zakładem Ubezpieczeń Społecznych** z siedzibą w Warszawie ul. Szamocka 3, 5,  
posiadającym NIP 5213017228, REGON 000017756,

zwany w treści Umowy „**Zakładem**”,

w imieniu którego działa:

..... Departamentu Prewencji i Rehabilitacji,

na podstawie pełnomocnictwa Prezesa Zakładu nr ..... z dnia ....., którego kopia stanowi

załącznik nr ..... do Umowy:

a

.....  
prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą:

siedziba: .....,

posiadający NIP ....., REGON .....

wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez  
Wojewodę ....., pod numerem .....

zwanym w treści Umowy „**Ośrodkiem**”,

w imieniu którego działa (-ją) :

.....;

.....  
**na podstawie odpisu CEIDG z dnia ....., stanowiącego załącznik nr ..... do Umowy.\***

a

.....  
siedziba: .....,

posiadającym NIP ....., REGON .....,  
wpisanym do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy  
w ....., ..... Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,  
pod numerem KRS: .....,  
wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę ....., pod numerem .....  
zwanym w treści Umowy „**Ośrodkiem**”,  
w imieniu którego działa (-ją):

.....;  
.....,

**na podstawie odpisu KRS z dnia .....\***

a

.....

siedziba: .....,  
posiadającym NIP ....., REGON .....,  
wpisanym do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy  
w ....., ..... Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,  
pod numerem KRS: .....  
wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę ....., pod numerem .....  
zwanym w treści Umowy „**Ośrodkiem**”,  
w imieniu którego działa (-ją):

.....;  
.....,

**na podstawie pełnomocnictwa z dnia ....., stanowiącego załącznik nr ..... do Umowy, udzielonego przez .....(imię, nazwisko i stanowisko)....., uprawnionego do reprezentacji zgodnie z odpisem KRS z dnia .....\***

a

.....

siedziba: .....,

posiadający NIP ....., REGON .....,

wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w ....., ..... Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: .....

wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę ....., pod numerem .....

zwanym w treści Umowy „**Ośrodkiem**”,

reprezentowanym przez komplementariusza: *(chyba że inna reprezentacja wynika z umowy spółki lub KRS)*

.....

siedziba: .....,

posiadający NIP ....., REGON .....,

wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy

w ....., ..... Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,

pod numerem KRS: .....

w imieniu którego działa (-ją):

.....;

.....,

**na podstawie odpisu KRS z dnia .....,**

**do Umowy oraz odpisu KRS z dnia .....\***

a

1/ ....., adres zamieszkania ....., legitymujący się dowodem osobistym nr i seria ....., działający(-a) na podstawie odpisu CEIDG z dnia ....., stanowiącego załącznik nr ..... do Umowy – Wspólnik

2/ ....., adres zamieszkania ....., legitymujący się dowodem osobistym nr i seria ....., działający na podstawie odpisu CEIDG z dnia

....., stanowiącego załącznik nr ..... do Umowy – Wspólnik

prowadzącymi działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej pod nazwą:

.....

siedziba: .....,

posiadającą NIP ....., REGON .....,

wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę ....., pod numerem .....

zwanym w treści Umowy „**Ośrodkiem**”,

w imieniu którego działa (-ją):

.....;

.....\*

a

.....

siedziba: .....,

posiadający NIP ....., REGON .....,

wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę ....., pod numerem .....

zwanym w treści Umowy „**Ośrodkiem**”,

w imieniu którego działa (-ją):

.....;

.....,

na podstawie odpisu KRS z dnia .....\*

a

.....

siedziba: .....,

posiadającą NIP ....., REGON .....

wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy

w ....., ..... Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,

pod numerem KRS: .....

zwaną w treści Umowy „**Ośrodkiem**”,

reprezentowaną przez wspólnika: *(chyba że inna reprezentacja wynika z umowy spółki lub KRS)*

.....

Zwanym dalej

siedziba: .....,

posiadającego NIP ....., REGON .....,

wpisanego do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w ....., ..... Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,

pod numerem KRS: .....

w imieniu którego działa (- ją) :- reprezentowany przez wspólnika:

.....;

.....

**na podstawie odpisu KRS z dnia ....., stanowiącego załącznik Nr.... do Umowy oraz odpisu KRS z dnia ..... stanowiącego załącznik Nr..... do Umowy. \***

\*wybrać wzór komparycji właściwy dla Wnioskodawcy ze względu na formę organizacyjno-prawną

łącznie zwanymi „**Stronami**”, a z osobna „**Stroną**”.

Osoby podpisujące niniejszą Umowę („**Umowa**”) oświadczają, że są umocowane do podpisywania i składania oświadczeń w imieniu Strony, którą reprezentują ze skutkiem prawnym dla niej i że umocowanie to nie wygasło.

**§ 1.**  
**Przedmiot Umowy**

1. W ramach przedmiotu Umowy Ośrodek zobowiązuje się do zrealizowania na zamówienie Zakładu w latach 2023-2026, rehabilitacji leczniczej w systemie stacjonarnym dla osób, które podczas wypadku doznały urazu narządu ruchu.
  
2. Łączna liczba turnusów to....., z tego:
  - w 2023 roku, ..... turnusów, dla..... (łącznie liczby osób)
  - w 2024 roku, ..... turnusów, dla..... (łącznie liczby osób)
  - w 2025 roku, ..... turnusów, dla..... (łącznie liczby osób)
  - w 2026 roku, ..... turnusów, dla..... (łącznie liczby osób)

W jednym turnusie rehabilitacji leczniczej może maksymalnie uczestniczyć ..... osób.

Każdy turnus będzie trwał 24 dni, a rehabilitacja będzie prowadzona w położonym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej obiekcie:

.....  
.....

*(nazwa i adres obiektu)*

3. Liczba dni pobytu w Ośrodku osób skierowanych przez Zakład nie może przekroczyć łącznej liczby ..... w latach 2023-2026:
  - ..... w 2023 roku,
  - ..... w 2024 roku,
  - ..... w 2025 roku,
  - ..... w 2026 roku.

wynikającej z przemnożenia liczby turnusów przez liczbę osób skierowanych w jednym turnusie oraz przez liczbę dni w turnusie określonych w ust. 2.

4. Zakład może skierować do 20% osób więcej w jednym turnusie rehabilitacyjnym w stosunku do liczby osób określonej w ust. 2, po uzyskaniu zgody Ośrodka, jednak z zastrzeżeniem że:
  - 1) łączna liczba dni pobytu w danym roku obowiązywania Umowy nie przekroczy liczby, o której mowa w ust. 3;
  - 2) dla zwiększonej liczby osób zostaną spełnione wymagania kadrowe, lokalowe i medyczne, określone w załącznikach nr 1 i 2 do Umowy;
  
5. W przypadku wyrażenia przez Ośrodek zgody na skierowanie większej liczby osób, o której mowa w ust. 4, Ośrodek zobowiązany jest do:
  - 1) przesłania informacji, o turnusach, których ma to dotyczyć.
  - 2) przesłania dodatkowego wykazu pokoi zgodnie z którym osoby te będą kwaterowane (załącznik nr 12a).
  
6. Każdy kolejny turnus powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż w dniu następnym po dniu zakończenia turnusu poprzedniego.
  
7. Czas trwania rehabilitacji może być przedłużony lub skrócony w przypadkach określonych w § 7 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. z 2019 r. poz. 277).
  
8. Decyzję w sprawie przedłużenia lub skrócenia czasu trwania rehabilitacji leczniczej podejmuje ordynator Ośrodka, po uprzednim uzyskaniu zgody Zakładu. Wzór wniosku o skrócenie i przedłużenie rehabilitacji leczniczej stanowią odpowiednio załączniki nr 4 i 4a do Umowy.
  
9. W przypadku wniosku o przedłużenie czasu trwania rehabilitacji leczniczej Zakład ma prawo żądać od Ośrodka przesłania nieodpłatnie dokumentacji medycznej osoby, której wniosek dotyczy.

10. Ośrodek nie może żądać od osób skierowanych przez Zakład na rehabilitację leczniczą pokrycia kosztów z tytułu skrócenia pobytu.
11. W przypadku, gdy Zakład nie może skierować na rehabilitację leczniczą liczby osób określonej w ust. 2, Ośrodek może wolne miejsca wykorzystać w inny sposób.
12. Doba pobytu osoby skierowanej przez Zakład w Ośrodku, w tym zakwaterowanie w Ośrodku, rozpoczyna się o godz. 00.01, a kończy się o godz. 24.00.
13. Ośrodek prowadzi żywienie zbiorowe wyłącznie w stołówce znajdującej się w udostępnionym obiekcie i nie ma obowiązku zapewnienia suchego prowiantu osobom, które przebywają poza obiektem.
14. Ośrodek jest zobowiązany przekazać Zakładowi w wersji elektronicznej na adres wskazany w § 14 ust. 10 pkt 1, wraz z podpisaną umową, podpisany przez osoby upoważnione harmonogram turnusów na cały okres obowiązywania umowy, stanowiący załącznik nr 18. Zakład rozpoczyna kierowanie osób uprawnionych do Ośrodka dopiero po uprzednim pisemnym zatwierdzeniu harmonogramu. Każdorazowa zmiana harmonogramu wymaga pisemnej zgody Zakładu.
15. Umowa obowiązuje w okresie od .....r. do ..... r.

## **§ 2.**

### **Warunki realizacji przedmiotu Umowy**

1. Ośrodek zobowiązuje się do zapewnienia w czasie obowiązywania Umowy wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych, określonych w załącznikach nr 1 i 2 do Umowy, w odniesieniu do liczby osób określonej w § 1 ust. 2. W przypadku realizacji kilku umów na rzecz Zakładu w jednym obiekcie Zakład dopuszcza stosowanie zasad określonych w załączniku nr 1a.
2. Ośrodek zobowiązuje się do:



- 1) prowadzenia dokumentacji medycznej z przebiegu rehabilitacji leczniczej obejmującej w szczególności:
  - a) historię choroby z opisem przebiegu diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji, z uwzględnieniem wymagań określonych w załącznikach nr 1 i 2 do Umowy;
  - b) dokumentowanie prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;
  - c) sporządzenie na podstawie zapisów w historii choroby, informacji o przebytej rehabilitacji w postaci załącznika nr 9;
- 2) prowadzenia działalności leczniczej (rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS) w obiekcie, który spełnia warunki higieniczno-sanitarne do prowadzenia działalności zgodnie z przeznaczeniem i spełnia wymogi zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
3. Zmiany obiektu, o którym mowa w § 1 ust. 2, Ośrodek może dokonać po uprzednim uzyskaniu zgody Zakładu.
4. Postanowienia niniejszej Umowy, w części dotyczącej zwiększenia lub zmniejszenia liczby miejsc można zmienić aneksem do Umowy z ważnych przyczyn leżących po stronie Zakładu lub w wypadku konieczności przeprowadzenia remontu Ośrodka. Jeżeli Ośrodek wystąpi do Zakładu o zmniejszenie liczby miejsc z powodu remontu Ośrodka, a Zakład stwierdzi, że zdarzenie to nie miało miejsca, Zakład może rozwiązać Umowę w trybie określonym w § 13 ust. 1 pkt 1.
5. Ośrodek zobowiązuje się do zapewnienia, w czasie obowiązywania Umowy, polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej.
6. W przypadku wygaśnięcia, w trakcie obowiązywania Umowy, polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia, o których mowa w ust. 5, Ośrodek jest zobowiązany do przesłania – w terminie 14 dni od dnia wygaśnięcia – nowych, poświadczonych za zgodność z oryginałem, kopii

dokumentów potwierdzających nieprzerwany okres ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej w okresie obowiązywania Umowy.

7. Ośrodek zobowiązuje się do przedkładania podczas kontroli, o której mowa w § 9, oraz na każde żądanie Zakładu, poświadczoną za zgodność z oryginałem kopii opinii właściwego miejscowo państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, potwierdzającej spełnienie warunków sanitarnych obiektu hotelowego, bazy diagnostyczno-rehabilitacyjnej i bazy żywieniowej.
8. Ośrodek rozpoczyna realizację programu rehabilitacji leczniczej nie wcześniej niż po przekazaniu Ośrodkowi przez osobę skierowaną przez Zakład „Zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS” albo uprzednim potwierdzeniu przez Zakład skierowania tej osoby na turnus rehabilitacyjny.
9. Kadra lekarska i specjalistyczna może udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu rehabilitacji leczniczej na podstawie umowy o pracę, kontraktu lub umowy zlecenia. Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS stanowi załącznik nr 7 do Umowy.
10. Ośrodek ma prawo dokonywać zmian w składzie kadry lekarskiej i specjalistycznej. Osoby dodane do wykazu muszą spełnić wymagania określone w Wymaganiach lokalowych, kadrowych i medycznych – szczegółowych, które stanowią załącznik nr 2 do Umowy. Zakład ma prawo przeprowadzić weryfikację składu kadry. W przypadku zmiany składu kadry Ośrodek zobowiązany jest do niezwłocznego przestania do Zakładu zaktualizowanego załącznika nr 7.
11. Zakład nie dopuszcza wykazywania tego samego fizjoterapeuty/masażysty w innych umowach zawartych z Zakładem albo w umowie i ofercie/ofertach składanych do Zakładu. Niedopuszczalne jest także wykazywanie tego samego fizjoterapeuty jednocześnie jako fizjoterapeuty i masażyście w ofertach albo innych umowach zawartych z Zakładem.
12. W przypadku, gdy Ośrodek wykaże w załączniku nr 7 do Umowy większą liczbę fizjoterapeutów/masażystów niż wynika to z wymagań, Zakład uznaje, że Ośrodek zamierza realizować przy pomocy wykazanych osób program rehabilitacji leczniczej dla tej konkretnej

Umowy. W takim przypadku wymienieni fizjoterapeuci/masażyści nie mogą być wykazywani w innych umowach zawartych z Zakładem albo ofercie/ofertach składanych do Zakładu.

13. W obiekcie, w którym realizowany jest program rehabilitacji leczniczej dla osób skierowanych przez Zakład, winny być wywieszane w ogólnodostępnym miejscu:

- 1) grafik planu pracy / udzielania świadczeń zdrowotnych kadry lekarskiej i specjalistycznej realizującej program rehabilitacji leczniczej, tj. lekarzy, fizjoterapeutów, psychologa wraz z określeniem dni i godzin pracy lub czasu udzielania świadczeń zdrowotnych wraz z numerami gabinetów, w których przyjmowane są osoby poddane rehabilitacji leczniczej, poświadczony przez osobę uprawnioną do jego sporządzenia;
- 2) wykaz pokoi (numery pokoi) przeznaczonych dla osób skierowanych przez Zakład na rehabilitację leczniczą;
- 3) informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez Zakład, która stanowi załącznik nr 11 do Umowy;
- 4) informacja o zapewnieniu przez Ośrodek całodziennego wyżywienia od pierwszego dnia pobytu (od śniadania) do ostatniego dnia pobytu (do kolacji);
- 5) jadłospisy dzienne z uwzględnieniem diet, z określeniem gramatury, wartości kalorycznej i odżywczej posiłków, składu potraw oraz wykazem alergenów, zatwierdzone przez dyplomowanego dietetyka.

14. Ośrodek zobowiązuje się przestrzegać wobec osób skierowanych przez Zakład na rehabilitację leczniczą zasad kultury osobistej, nie naruszać godności osobistej tych osób, nie naruszać w sposób nieuzasadniony potrzebami leczenia i rehabilitacji leczniczej ich nietykalności cielesnej.

15. Gabinety fizykoterapii muszą być wyposażone w stanowiska zgodnie z wymaganiami do Umowy w taki sposób, aby była możliwość korzystania ze wszystkich stanowisk jednocześnie.

16. Sale kinezyterapii muszą być wyposażone w stanowiska zgodnie z wymaganiami do Umowy w taki sposób, aby była możliwość korzystania ze wszystkich jednocześnie.

17. Gabinety lekarskie muszą być wyposażone między innymi w biurko, krzesła i kozetkę do badania.

18. Na każde żądanie Zakładu Ośrodek zobowiązany jest przygotować dane/zestawienia/raporty, związane z realizacją usług określonych w umowie. Zakład może zastrzec termin przesłania przez Ośrodek danych/zestawień/raportów.
19. Na każde żądanie Zakładu Ośrodek zobowiązany jest udzielić – w terminie określonym przez Zakład – odpowiedzi na przesłane przez Zakład zarzuty i uwagi odnoszące się do pobytu osoby skierowanej na turnusie rehabilitacyjnym.
20. W terminie 7 dni od dnia rozpoczęcia turnusu Ośrodek zobowiązany jest do przesłania – na adresy e-mail osób upoważnionych do kontaktów z Ośrodkiem ze strony Zakładu w sprawach związanych z merytoryczną realizacją przedmiotu Umowy wskazanych w § 14 ust. 10 – wykazu osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, zgodnie ze wzorem, który stanowi załącznik nr 3 do Umowy.
21. Ośrodek ma obowiązek kwaterować osoby skierowane na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS jedynie w pokojach wykazanych w Wykazie pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, który stanowi załącznik nr 12 do Umowy. Każdorazowo po dokonaniu czasowej (w okresie trwania danego turnusu) zmiany pokoju dla osoby skierowanej przez Zakład na rehabilitację leczniczą (tj. zmiany pokoju na pokój spoza wykazu stanowiącego załącznik nr 12 do Umowy), Ośrodek zobowiązany jest do przesłania informacji w tym zakresie, nie później niż następnego dnia po zmianie, na adresy e-mail osób upoważnionych do kontaktów z Ośrodkiem ze strony Zakładu w sprawach związanych z merytoryczną realizacją przedmiotu Umowy wskazanych w § 14 ust. 10. W przypadku konieczności zmiany pokoju osoby skierowanej przez Zakład na rehabilitację leczniczą na okres dłuższy niż czas trwania jednego turnusu, Ośrodek zobowiązany jest do przesłania zaktualizowanego załącznika nr 12 do Umowy, w terminie 3 dni od wprowadzenia zmiany, na adresy e-mail osób upoważnionych do kontaktów z Ośrodkiem ze strony Zakładu w sprawach związanych z merytoryczną realizacją przedmiotu Umowy wskazanych w § 14 ust. 10.
22. Ośrodek każdorazowo na żądanie Zakładu, w terminie określonym przez Zakład, udostępni:
  - 1) kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem umowy (dzierżawy, najmu lub użyczenia) z innym podmiotem, dotyczącej udostępnianego obiektu lub bazy diagnostyczno-

rehabilitacyjnej. Umowa dotycząca ww. bazy (obiektu) musi zawierać dokładny adres tego obiektu. Do ww. umowy zostanie załączone oświadczenie podmiotu udostępniającego obiekt lub bazę diagnostyczno-rehabilitacyjną, że przedmiot umowy, tj. baza hotelowa lub diagnostyczno-rehabilitacyjna, nie jest objęty licytacją komorniczą (dotyczącą nieruchomości i ruchomości), egzekucją komorniczą lub innym postępowaniem mogącym mieć wpływ na realizację Umowy – w przypadku, gdy Ośrodek nie posiada własnej bazy hotelowej (określonej w pkt. 2.1 Wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych stanowiących załącznik nr 2 do Umowy) lub diagnostyczno-rehabilitacyjnej (określonej w pkt 2.3 Wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych stanowiących załącznik nr 2 do Umowy).

- 2) oświadczenie, że nie jest objęty licytacją komorniczą (dotyczącą nieruchomości i ruchomości), egzekucją komorniczą lub innym postępowaniem mogącym mieć wpływ na realizację Umowy – w przypadku, gdy Ośrodek posiada własną bazę hotelową (określoną w pkt. 2.1 Wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych stanowiących załącznik nr 2 do Umowy) lub diagnostyczno-rehabilitacyjną (określoną w pkt 2.3 Wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych stanowiących załącznik nr 2 do Umowy).

23. W związku z realizacją przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1 niedopuszczalne jest wykonywanie odpłatnie, w trakcie trwania turnusu, dla osoby skierowanej przez Zakład zabiegów kinezyterapii albo fizykoterapii, które mogą być realizowane w ramach programu zleconego przez kadrę lekarską i specjalistyczną, o której mowa w § 2 ust. 9, przez inny podmiot wykonujący zabiegi w obiekcie, w którym przebywa na turnusie ta osoba.

### **§ 3.**

#### **Wynagrodzenie**

1. Wynagrodzenie za wykonane usługi rehabilitacji leczniczej w latach 2023-2026 wyniesie nie więcej niż: ..... zł (słownie:.....)

brutto, w z tego:

- 1) w 2023 roku nie więcej niż..... zł (słownie: .....)brutto,
- 2) w 2024 roku nie więcej niż..... zł (słownie: .....) brutto,
- 3) w 2025 roku nie więcej niż..... zł (słownie: .....) brutto,

4) w 2026 roku nie więcej niż..... zł (słownie: ..... ) brutto.

z zastrzeżeniem, że powyższe kwoty nie uwzględniają waloryzacji, o której mowa w ust. 4.

2. Stawka kosztu jednego dnia pobytu w Ośrodku osoby skierowanej przez Zakład, zwana dalej „ceną pobytu”, na dzień rozpoczęcia obowiązywania Umowy wynosi ..... zł (słownie: ..... ) brutto i obejmuje całkowity koszt realizacji usługi objętej Umową, a z tego:
  - 1) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w kwocie .....zł;
  - 2) pozostałe koszty zawierające w szczególności koszty zakwaterowania i wyżywienia w kwocie .....zł
3. Ośrodkowi przysługuje wynagrodzenie wyłącznie za rzeczywistą realizację przedmiotu Umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1. Wynagrodzenie jest wypłacane w złotych polskich, a jego wysokość wynika z przemnożenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu osób poddanych rehabilitacji leczniczej przez cenę pobytu. Wynagrodzenie płatne jest na podstawie faktury oraz załączonego do niej „Rozliczenia do faktury”, którego wzór stanowi załącznik nr 5 do Umowy.
4. Cena pobytu, o której mowa w ust. 2, podlega waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w poprzednim roku kalendarzowym ogłaszany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Monitorze Polskim, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6. W wyniku przeprowadzonej waloryzacji cena pobytu nie może ulec obniżeniu.
5. Pierwszej waloryzacji ceny pobytu dokonuje się od pierwszego dnia miesiąca po upływie 14 miesięcy obowiązywania Umowy. Drugiej waloryzacji dokonuje się po upływie kolejnych 12 miesięcy.
6. Cena pobytu po waloryzacji dotyczy turnusów rozpoczynających się najwcześniej od pierwszego dnia miesiąca, w którym dokonuje się waloryzacji.

7. O wysokości ceny pobytu po waloryzacji, Zakład poinformuje w formie pisemnej lub elektronicznej Ośrodek do 20 dnia miesiąca, od którego ona obowiązuje.

#### **§ 4.**

##### **Zwrot kosztów przejazdu**

1. Ośrodek zobowiązuje się do zwrotu osobom skierowanym na rehabilitację kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania, zgodnie z adresem na „Zawiadomieniu o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS”, do Ośrodka i z powrotem, najtańszym środkiem komunikacji publicznej, z uwzględnieniem przysługującej tym osobom ulgi na przejazd danym środkiem transportu, bez względu na to, z jakiego tytułu ulga ta przysługuje. W przypadku, gdy adres zamieszkania osoby skierowanej jest inny niż w „Zawiadomieniu o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS”, zwrot kosztów przejazdu następuje zgodnie z aktualnym adresem zarejestrowanym na koncie osoby skierowanej, po jego uprzednim potwierdzeniu przez Zakład.
2. Szczegółowy sposób obliczania kosztów przejazdu został wskazany w „Zasadach dokonywania rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w ramach umów o świadczenie usług rehabilitacyjnych”. Zakład prześle ww. dokument do Ośrodka, na adresy e-mail osób upoważnionych do kontaktów z Zakładem ze strony Ośrodka w sprawach związanych z dokonywaniem rozliczeń, wskazanych w § 14 ust. 9, niezwłocznie po podpisaniu Umowy i po każdej ich nowelizacji.
3. Koszty, o których mowa w ust. 1, są refundowane przez Zakład na podstawie wystawionej przez Ośrodek noty księgowej oraz załączonego do niej „Rozliczenia do noty za zwrot kosztów przejazdu”, którego wzór stanowi załącznik nr 6 do Umowy.

#### **§ 5.**

##### **Opłata uzdrowiskowa**

1. Ośrodek zobowiązuje się do uiszczenia opłaty uzdrowskiej za osoby skierowane na rehabilitację, jeżeli wynika to z przepisów prawa miejscowego.
2. Ośrodek zobowiązuje się do przekazania skanu uchwały rady gminy potwierdzającego wysokość aktualnej stawki opłaty uzdrowskiej i sposobie jej naliczania na każdy rok obowiązywania Umowy, w nieprzekraczalnym terminie 10 dni od daty rozpoczęcia pierwszego turnusu, na adresy e-mail osób upoważnionych do kontaktów z Ośrodkiem ze strony Zakładu w sprawach związanych z dokonywaniem rozliczeń wskazanych w § 14 ust. 10.
3. Ośrodek zobowiązuje się do niezwłocznego przekazania do Zakładu informacji o dokonanych zmianach dotyczących opłaty uzdrowskiej.
4. Koszty opłaty uzdrowskiej, o której mowa w ust. 1, są refundowane przez Zakład na podstawie wystawionej przez Ośrodek noty księgowej oraz załączonego do niej „Rozliczenia do noty za zwrot kosztów opłaty uzdrowskiej”, którego wzór stanowi załącznik nr 8 do Umowy.

## **§ 6.**

### **Rozliczenia i płatności**

1. Ośrodek zobowiązuje się do przedkładania do Zakładu kompletu dokumentów rozliczeniowych zgodnych ze wzorami załączników do Umowy, w osobnej kopercie za każdy turnus, najpóźniej w terminie 10 dni od dnia zakończenia turnusu na adres:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych  
Departament Prewencji i Rehabilitacji  
ul. Szamocka 3, 5  
01-748 Warszawa

2. Dokumentami rozliczeniowymi, o których mowa w ust. 1, są:
  - 1) faktura, o której mowa w § 3 ust. 3;
  - 2) „Rozliczenie do faktury”, o którym mowa w § 3 ust. 3;
  - 3) nota księgowa za zwrot kosztów przejazdu, o której mowa w § 4 ust. 3;



- 4) „Rozliczenie do noty za zwrot kosztów przejazdu”, o którym mowa w § 4 ust. 3;
  - 5) nota księgowa za zwrot opłaty uzdrowiskowej, o której mowa w § 5 ust. 4 – jeżeli Ośrodka dotyczy;
  - 6) „Rozliczenie do noty za zwrot kosztów opłaty uzdrowiskowej”, o którym mowa w § 5 ust. 4 – jeżeli Ośrodka dotyczy;
  - 7) „Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS”, którego wzór stanowi załącznik nr 10 do Umowy.
3. W przypadku wystawienia faktury, o której mowa w ust. 2 pkt 1, podstawą do ustalenia faktycznej liczby osobodni jest łączna liczba dni obecności osób skierowanych w „Zestawieniu wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS”, którego wzór stanowi załącznik nr 10 do Umowy.
  4. W przypadku przedłużenia czasu trwania rehabilitacji osobie skierowanej, całość dokumentacji rozliczeniowej powinna być przesłana po zakończeniu przedłużonego programu rehabilitacji, a koszty za tę osobę powinny być uwzględnione na fakturze i notach księgowych wystawionych do turnusu rehabilitacyjnego, w którym cały program rehabilitacji został zakończony.
  5. Zakład dokonuje rozliczenia kosztów oraz płatności za dany turnus, na podstawie otrzymanego kompletu dokumentów rozliczeniowych, o którym mowa w ust. 2.
  6. Zakład dokonuje płatności na rachunek bankowy Ośrodka nr ....., prowadzony przez ....., w terminie do 30 dni od daty dostarczenia przez Ośrodek prawidłowo sporządzonych dokumentów rozliczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 7.
  7. W przypadku stwierdzenia przez Zakład nieprawidłowości w sporządzonych dokumentach, o których mowa w ust. 2, termin określony w ust. 6 ulegnie przesunięciu i będzie liczony od daty dostarczenia przez Ośrodek do Zakładu ostatniego, prawidłowo skorygowanego dokumentu. Informacja o stwierdzonych nieprawidłowościach w dokumentach rozliczeniowych zostanie

wysłana do ośrodka na adresy e-mail osób upoważnionych do kontaktów z Zakładem w sprawach związanych z dokonywaniem rozliczeń, wskazanych w § 14 ust. 9.

8. Ośrodek zobowiązuje się do przedkładania do Zakładu, na adres o którym mowa w ust. 1, skorygowanych dokumentów rozliczeniowych, najpóźniej w terminie 10 dni od dnia wysłania przez Zakład informacji o stwierdzonych nieprawidłowościach, która jest przesyłana na adresy e-mail osób upoważnionych do kontaktów z Zakładem ze strony Ośrodka w sprawach związanych z dokonywaniem rozliczeń, wskazanych w § 14 ust. 9.

## **§ 7.**

### **Ochrona danych osobowych**

1. Zakład i Ośrodek zobowiązują się do przetwarzania danych osobowych w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami prawa, w tym przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej „RODO”.
2. Ośrodek udostępni Zakładowi dane osobowe personelu, (tj. imię i nazwisko, numer telefonu służbowego, adres poczty elektronicznej) oraz kadry, tj. osób realizujących program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, (tj. imię i nazwisko, sprawowana funkcja, specjalizacje i wymagane certyfikaty) w celu i zakresie niezbędnym do realizacji Umowy.
3. Ośrodek jest zobowiązany do przekazania członkom swojego personelu treści klauzuli informacyjnej związanej z przetwarzaniem danych osobowych przez Zakład, stanowiącej załącznik nr 14 do Umowy.
4. Ośrodek jest zobowiązany przekazać Zakładowi oświadczenie potwierdzające przekazanie członkom swojego personelu klauzuli informacyjnej stanowiącej załącznik nr 14 do Umowy.

5. Ośrodek jest zobowiązany do przekazania osobom realizującym program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS (tj. kadrze) treści klauzuli informacyjnej związanej z przetwarzaniem danych osobowych przez Zakład, stanowiącej załącznik nr 13 do Umowy.
6. Ośrodek jest zobowiązany przekazać Zakładowi oświadczenie potwierdzające przekazanie osobom realizującym program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS klauzuli informacyjnej stanowiącej załącznik nr 13 do Umowy.
7. Zakład ma prawo żądać przekazania dowodów potwierdzających wykonanie zobowiązania określonego w ust. 3 i 5, tj. przekazania członkom personelu Ośrodka oraz osobom realizującym program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS klauzul informacyjnych związanych z przetwarzaniem przez Zakład danych osobowych, stanowiących odpowiednio załączniki nr 13 i 14 do Umowy.

## **§ 8.**

### **Dokumentowanie przebiegu rehabilitacji**

1. Ośrodek zobowiązuje się do prawidłowego sporządzania „Informacji o przebytej wczesnej rehabilitacji powypadkowej w ramach prewencji rentowej ZUS” w postaci załącznika nr 9 do Umowy, w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.
2. Prawidłowe sporządzenie przez Ośrodek załącznika wymienionego w ust. 1 obejmuje w szczególności:
  - 1) wypełnienie wszystkich wymaganych pól;
  - 2) odpowiednią, tj. zgodną z wymaganiami, liczbę kinezyterapii dla danego pacjenta. Mniejsza liczba kinezyterapii każdorazowo wymaga uzasadnienia;
  - 3) zindywidualizowaną treść załącznika nr 9 uwzględniającą ”Ocenę kliniczną w dniu przyjęcia” pacjenta i zawierającą niezbędne informacje dotyczące przebiegu rehabilitacji, jej cel,

- postępy i wyniki. Niedopuszczalne jest kopiowanie takiej samej treści załącznika dla wszystkich pacjentów;
- 4) uwzględnienie w „Wynikach rehabilitacji leczniczej” opinii końcowej o stanie funkcjonalnym osoby po ukończeniu rehabilitacji. Opinia końcowa powinna być sporządzona w sposób wyczerpujący i zawierać wymagane przez Zakład treści;
  - 5) zindywidualizowany opis zaleceń dla każdego pacjenta.
3. Ośrodek zobowiązuje się do przekazania oryginału informacji, o której mowa w ust. 1:
- 1) osobie skierowanej przez Zakład – w ostatnim dniu pobytu w Ośrodku;
  - 2) do oddziału Zakładu – w nieprzekraczalnym terminie nie później niż 7 dni od daty zakończenia turnusu – w oddzielnej, zamkniętej kopercie z następującą adnotacją:  
**Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji**  
**ZUS Oddział w .....**  
ul. ....  
... ..  
„DOKUMENTACJA MEDYCZNA”

## **§ 9.**

### **Kontrola realizacji Umowy**

1. Zakład zastrzega sobie prawo przeprowadzania w każdym czasie i bez uprzedniego powiadomienia, a Ośrodek zobowiązuje się do umożliwienia przeprowadzenia, kontroli realizacji postanowień niniejszej Umowy. Zakład może prowadzić kontrolę w obiekcie w formie stacjonarnej lub w formie zdalnej.
2. Kontrolą, o której mowa w ust. 1, objęte będzie w szczególności prawidłowe:
  - 1) dokumentowanie przebiegu diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji;
  - 2) dokumentowanie prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;
  - 3) przestrzeganie wymagań, o których mowa w § 2 ust. 1-2, ust. 11, ust. 13, ust. 15-17; ust. 23;
  - 4) sporządzanie przez Ośrodek informacji wymienionej w § 8 ust. 1.

3. Ośrodek zobowiązuje się do przedstawienia na każde żądanie upoważnionych do kontroli przedstawicieli Zakładu, informacji i dokumentów niezbędnych do realizacji kontroli w wyznaczonym terminie.
4. Wszystkie wymagane dokumenty, w szczególności dokumentacja medyczna osób skierowanych, muszą być przygotowane:
  - 1) w postaci papierowej w przypadku kontroli stacjonarnej,
  - 2) w postaci elektronicznej w przypadku kontroli zdalnej.
5. Zespół kontrolujący ma prawo wykonać zdjęcia na terenie całego obiektu, w szczególności we wszystkich pomieszczeniach, pokojach, gabinetach, a także zdjęcia aparatury leczniczej i diagnostycznej.
6. Ośrodek umożliwi Zakładowi przeprowadzenie anonimowego badania satysfakcji wśród osób skierowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą w celu oceny prawidłowości i efektywności wykonania realizowanej umowy.
7. Po zakończonej kontroli Zakład przekazuje Ośrodkowi protokół z kontroli, a w przypadku stwierdzonych nieprawidłowości także zalecenia pokontrolne.
8. Ośrodek zobowiązany jest poinformować Zakład o realizacji zaleceń, w terminie wskazanym przez Zakład.
9. Niezależnie od kontroli, o której mowa w ust. 1–8, Zakład zastrzega sobie prawo wezwania Ośrodka do przesłania nieodpłatnie, w określonym terminie, informacji i dokumentów niezbędnych dla oceny prawidłowości i efektywności wykonania niniejszej Umowy, w tym w szczególności:
  - 1) historii choroby z opisem przebiegu diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji;

- 2) dokumentów dotyczących prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;
- 3) dokumentów dotyczących rozliczeń finansowych z Zakładem.

## **§ 10.**

### **Odpowiedzialność Ośrodka**

Ośrodek ponosi odpowiedzialność za:

- 1) proces leczenia, któremu zostanie poddana osoba skierowana przez Zakład;
- 2) szkody powstałe w związku z udzielaniem usług będących przedmiotem Umowy.

## **§ 11.**

### **Zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami**

1. Zadania publiczne powinny być zaprojektowane i realizowane przez Ośrodki w taki sposób, aby nie wykluczały z uczestnictwa w nich osób ze szczególnymi potrzebami. Zapewnienie dostępności oznacza obowiązek osiągnięcia stanu faktycznego, w którym osoba ze szczególnymi potrzebami jako odbiorca zadania publicznego, czyli w tym przypadku rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, może w nim uczestniczyć na zasadzie równości z innymi osobami. Ośrodek ma obowiązek zapewnić osobom ze szczególnymi potrzebami skierowanym przez Zakład na rehabilitację leczniczą, zgodnie z zapisami ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2022 r. poz. 2240), minimalne wymagania, które obejmują:
  - 1) w zakresie dostępności architektonicznej:
    - a) zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków,

- b) instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych (należy przez to rozumieć pomieszczenia przeznaczone dla urządzeń służących do funkcjonowania i obsługi technicznej budynku),
  - c) zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy,
  - d) zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 100, 173, 240);
  - e) zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;
- 2) w zakresie dostępności cyfrowej – wymagania określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. 2023 r. poz. 402);
- 3) w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:
- a) obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2023 r. poz. 20), lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,
  - b) instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
  - c) zapewnienie na stronie internetowej danego podmiotu informacji o zakresie jego działalności – w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,
  - d) zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku.

2. W indywidualnym przypadku, jeżeli Ośrodek nie jest w stanie, w szczególności ze względów technicznych lub prawnych, zapewnić dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 oraz pkt 3, wówczas Ośrodek jest zobowiązany zapewnić takim osobom dostęp alternatywny.
3. Dostęp alternatywny, o którym mowa w ust. 2, polega w szczególności na:
  - 1) zapewnieniu osobie ze szczególnymi potrzebami wsparcia innej osoby, lub
  - 2) zapewnieniu wsparcia technicznego osobie ze szczególnymi potrzebami, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii, lub
  - 3) wprowadzeniu takiej organizacji Ośrodka, która umożliwi realizację potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w niezbędnym zakresie dla tych osób.
4. Ośrodek jest zobowiązany do zapewnienia osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit. d, zakwaterowania z psem asystującym, bez dodatkowej opłaty. Koszty opieki, w tym wyżywienia i opieki weterynaryjnej, pokrywa opiekun psa.
5. W przypadku braku możliwości zapewnienia osobie ze szczególnymi potrzebami dostępności w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, zastosowanie mają przepisy art. 7 ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. 2023 r. poz. 82).
6. Na potwierdzenie spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 1, Ośrodek składa oświadczenie o dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami albo przedkłada kopię certyfikatu dostępności, wydanego na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 4 marca 2021 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakie muszą spełniać podmioty dokonujące certyfikacji dostępności, wzoru wniosku o wydanie certyfikatu dostępności oraz wzoru certyfikatu dostępności (Dz. U. z 2021 r. poz. 412), poświadczoną za zgodność z oryginałem.
7. Wzór oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, stanowi załącznik nr 17 do Umowy.



8. Osoba ze szczególnymi potrzebami lub jej przedstawiciel ustawowy, po wykazaniu interesu faktycznego, ma prawo wystąpić do Zakładu z wnioskiem o zapewnienie dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej, zwanym dalej „wnioskiem”.
9. Wniosek, o którym mowa w ust. 8, Zakład przekazuje niezwłocznie Ośrodkowi, na adres e-mail, o którym mowa w § 14 ust. 9.
10. Zapewnienie przez Ośrodek dostępności, w zakresie określonym we wniosku, następuje bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku.
11. Jeżeli zapewnienie dostępności, w zakresie określonym we wniosku, nie jest możliwe w terminie, o którym mowa w ust. 10, Ośrodek powiadamia Zakład, w terminie 3 dni od dnia wpływu wniosku, o przyczynach opóźnienia i wskazuje nowy termin zapewnienia dostępności nie dłuższy niż 2 miesiące od dnia złożenia wniosku.

## **§ 12.**

### **Realizacja Umowy w sytuacjach nadzwyczajnych**

1. W okresie obowiązywania stanu nadzwyczajnego, stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w ramach realizacji niniejszej umowy Ośrodek może przyjąć jedynie te osoby skierowane przez Zakład na rehabilitację leczniczą, które spełniają warunki do udziału w turnusie rehabilitacyjnym określone w przepisach prawa powszechnie obowiązującego.
2. W okresach, o których mowa w ust. 1, Zakład ma prawo przekazać Ośrodkowi wytyczne dotyczące funkcjonowania Ośrodka w tych okresach, które Ośrodek zobowiązuje się spełniać.
3. W przypadku braku możliwości spełnienia wymagań określonych w wytycznych, o których mowa w ust. 2, każda ze Stron ma prawo rozwiązać Umowę w trybie określonym w § 13 ust. 1 pkt 1.

### § 13.

#### Rozwiązanie Umowy i kary umowne

1. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze Stron:
  - 1) bez wypowiedzenia, w przypadku zdarzeń spowodowanych siłą wyższą lub niedotrzymaniem warunków Umowy;
  - 2) za trzymiesięcznym wypowiedzeniem.
  
2. Przez sytuacje niedotrzymania warunków Umowy, o których mowa w ust. 1 pkt 1, Strony rozumieją:
  - 1) naruszenie przez Ośrodek warunków Umowy, o których mowa w § 2 ust. 1-5, ust. 7-8, ust. 11-12, ust. 14, ust. 22-23 i § 12 ust. 1;
  - 2) uniemożliwienie przez Ośrodek przeprowadzenia kontroli, o której mowa w § 9 ust. 1, poszczególnych czynności kontrolnych lub nieprzesłania przez Ośrodek informacji i dokumentów, o których mowa w § 9 ust. 7-8, w terminie określonym przez Zakład;
  - 3) niewykonywanie Umowy.
  
3. Zakład każdorazowo, w przypadku stwierdzenia niespełnienia przez Ośrodek któregokolwiek z wymagań, o których mowa w § 2 ust. 4-5, ust. 7, ust. 11-12, ust 23, § 9 ust. 1 i ust. 8 oraz w § 11 ust. 1, z przyczyn leżących po stronie Ośrodka, nalicza karę umowną w wysokości 1,0% kwoty wynagrodzenia określonego w § 3 ust. 1, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości przedmiotu Umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, w roku, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące naliczenie kary.
  
4. Jeżeli Ośrodek nie spełni któregokolwiek z wymagań, o których mowa w § 2 ust. 1, z przyczyn leżących po stronie Ośrodka, Zakład nakłada na Ośrodek karę umowną w wysokości:
  - 1) 0,1% - dla wagi 1;
  - 2) 0,5% - dla wagi 2;
  - 3) 1,0% - dla wagi 3;kwoty wynagrodzenia określonego w § 3 ust. 1, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości przedmiotu Umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, w roku, w którym nastąpiło zdarzenie

powodujące naliczenie kary – za każde niespełnione wymaganie (bez względu na stwierdzoną liczbę przypadków niespełnienia danego wymagania). Szczegółowe przypisanie wag do poszczególnych wymagań, zawarte jest w załącznikach nr 1 i 2 do Umowy.

5. Zakład nakłada na Ośrodek karę umowną w wysokości 0,3% kwoty wynagrodzenia określonego w § 3 ust. 1, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości przedmiotu Umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, w roku, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące naliczenie kary, w przypadku naruszenia obowiązku określonego w § 2 ust. 2 pkt 2.
6. Zakład nakłada na Ośrodek karę umowną w wysokości 0,1% kwoty wynagrodzenia określonego w § 3 ust. 1, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości przedmiotu Umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, w roku, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące naliczenie kary, każdorazowo w przypadku:
  - 1) naruszenia obowiązku określonego w § 2 ust. 3, ust. 15-17;
  - 2) każdorazowo w przypadku niezrealizowania obowiązku, o którym mowa w § 9 ust. 4 i ust. 7;
  - 3) wystąpienia przez Ośrodek z wnioskiem, o którym mowa w § 1 ust. 8, po upływie terminu stanowiącego ostatni dzień pobytu osoby skierowanej przez Zakład w danym turnusie;
  - 4) nieuprawnionej modyfikacji przez Ośrodek któregokolwiek załącznika, stanowiącego integralną część niniejszej Umowy;
  - 5) niedostarczenia na żądanie Zakładu dokumentacji medycznej, w przypadku wniosku o przedłużenie czasu rehabilitacji leczniczej, o których mowa w § 1 ust. 9;
  - 6) naruszenia obowiązku określonego w art. 7 ustawy, o której mowa w § 11 ust. 1 pkt 3.
7. Zakład nakłada na Ośrodek karę umowną w wysokości 0,01% kwoty wynagrodzenia określonego w § 3 ust. 1, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości przedmiotu Umowy, w roku, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące naliczenie kary, o którym mowa w § 1 ust. 1, każdorazowo w przypadku niezrealizowania obowiązku, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 1, ust. 18–19, § 7 ust. 4 i ust. 6, § 8 ust. 1–2 za każdy nieprawidłowo wypełniony załącznik nr 9 oraz niedotrzymania terminów, o których mowa w § 2 ust. 6, ust. 20–22 oraz § 6 ust. 1 i ust. 8, za każdy dzień opóźnienia.

8. Zakład zastrzega sobie prawo do potrącenia kar umownych, wraz z ustawowymi odsetkami, z bieżących należności przysługujących Ośrodkowi od Zakładu.
9. W przypadku zatwierdzenia w ustawie budżetowej na dany rok środków finansowych w wysokości niewystarczającej na pokrycie zobowiązań wynikających z zawartych umów na realizację zadań z zakresu prewencji rentowej, Zakład jednostronnie zastrzega sobie prawo do odpowiedniego zmniejszenia przedmiotu zamówienia lub rozwiązania Umowy za trzymiesięcznym wypowiedzeniem.
10. Rozwiązanie Umowy, o którym mowa w ust. 1–2 i ust. 9, dla swej ważności wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
11. Rozwiązanie Umowy w trybie, o którym mowa ust. 1 pkt 2 i ust. 9, następuje po upływie 3 miesięcy kalendarzowych ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
12. Zakład może dochodzić odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych na zasadach ogólnych kodeksu cywilnego.

#### **§ 14.**

#### **Postanowienia końcowe**

1. W sprawach nieunormowanych niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy:
  - 1) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. 2019 poz. 277);
  - 2) ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1360, 2337, 2339, z 2023 r. poz. 326).
2. Ewentualne spory mogące wyniknąć z realizacji niniejszej Umowy będą rozpatrywane wg prawa polskiego przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Centrali Zakładu.

3. Zmiany niniejszej Umowy dla swej ważności wymagają formy pisemnej z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Zawarcia aneksu nie wymagają następujące zmiany:
  - 1) harmonogramu turnusów, który stanowi załącznik nr 18,
  - 2) wykazu pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, który stanowi załącznik nr 12,
  - 3) dodatkowego wykazu pokoi, który stanowi załącznik nr 12a,
  - 4) wykazu kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, który stanowi załącznik nr 7,
  - 5) wzorów załączników, o których mowa w ust. 6 i ust.7.
5. Zmiany danych dotyczących adresu Ośrodka lub reprezentacji oraz zmiany danych o których mowa w ust. 9 i 10 nie wymagają zawarcia aneksu do Umowy. Wymagają natomiast powiadomienia drugiej Strony w formie pisemnej lub elektronicznej.
6. Załączniki do niniejszej Umowy stanowią jej integralną część. Wzory załączników mogą być jednostronnie modyfikowane wyłącznie przez Zakład.
7. Zakład zastrzega sobie prawo zmiany treści załącznika nr 11. Ośrodek jest zobowiązany do każdorazowego wywieszenia aktualnej treści załącznika nr 11 na terenie Ośrodka w miejscu ogólnodostępnym dla osób skierowanych przez Zakład.
8. Ośrodek nie może powierzyć zobowiązań ani też przenieść wierzytelności wynikających z niniejszej Umowy na osoby trzecie bez pisemnej zgody Zakładu, pod rygorem nieważności.
9. Osobą/ami upoważnioną/yymi do kontaktów z Zakładem ze strony Ośrodka jest/są:
  - 1) ..... – tel. (..) ..... , e-mail: .....  
– w sprawach związanych z merytoryczną realizacją przedmiotu Umowy, tj. rehabilitacją leczniczą osób skierowanych przez Zakład;
  - 2) ..... – tel. (..) ..... , e-mail: .....  
– w sprawach związanych z dokumentami rozliczeniowymi.

10. Osoba/ami upoważnioną/yymi do kontaktów z Ośrodkiem ze strony Zakładu jest/są:

- 1) ..... – tel. (..) ..... , e-mail: .....  
– w sprawach związanych z merytoryczną realizacją przedmiotu Umowy, tj. rehabilitacją leczniczą osób skierowanych przez Zakład;
- 2) ..... – tel. (..) ..... , e-mail: .....  
– w sprawach związanych z dokumentami rozliczeniowymi.

11. Przy weryfikacji dochowania terminu przesłania do ZUS wskazanych w Umowie dokumentów, decydująca jest:

- 1) w przypadku przesłanych na adres e-mail wskazany w ust. 10 – data wpływu poczty elektronicznej;
- 2) w przypadku przesłania za pośrednictwem operatora pocztowego (podmiot wpisany do rejestru operatorów pocztowych, prowadzonego przez Prezesa Urzędu Komunikacji Elektronicznej (Prezesa UKE), zgodnie z art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe (Dz. U. z 2022 r. poz. 896), dalej zwane prawem pocztowym) – data wpływu do ZUS;
- 3) w przypadku przesłania za pośrednictwem operatora wyznaczonego (operatora pocztowego obowiązującego do świadczenia usług powszechnych, zgodnie z Prawem pocztowym) – data nadania w placówce operatora wyznaczonego.

12. Dokumentacja zawierająca dane osobowe przesyłana pomiędzy Zakładem i Ośrodkiem musi być zabezpieczona przed dostępem osób nieupoważnionych.

13. Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których dwa otrzymuje Zakład, a jeden Ośrodek.

Wykaz załączników:

- Załącznik nr 1 Wymagania lokalowe, kadrowe i medyczne – ogólne.
- Załącznik nr 1a Wymagania Zakładu w przypadku realizacji kilku umów w obiekcie.
- Załącznik nr 2 Wymagania lokalowe, kadrowe i medyczne – szczegółowe.
- Załącznik nr 3 Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą.
- Załącznik nr 4 Wniosek o skrócenie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS.
- Załącznik nr 4a Wniosek o przedłużeniu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS.
- Załącznik nr 5 Rozliczenie do faktury.

- Załącznik nr 6 Rozliczenie do noty za zwrot kosztów przejazdu.
- Załącznik nr 7 Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.
- Załącznik nr 8 Rozliczenie do noty za zwrot kosztów opłaty uzdrowiskowej.
- Załącznik nr 9 Informacja o przebytej wczesnej rehabilitacji powypadkowej w ramach prewencji rentowej ZUS.
- Załącznik nr 10 Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS.
- Załącznik nr 11 Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS.
- Załącznik nr 12 Wykaz pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, stanowiący załącznik nr 1 do formularza oferty.
- Załącznik nr 12a Dodatkowy wykaz pokoi, stanowiący załącznik nr 1a do formularza oferty.
- Załącznik nr 13 Wzór klauzuli informacyjnej – dla kadry.
- Załącznik nr 14 Wzór klauzuli informacyjnej – dla personelu.
- Załącznik nr 15 Kopia pełnomocnictwa Dyrektora Departamentu Prewencji i Rehabilitacji / Wicedyrektora Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.
- Załącznik nr 16 Wykaz osób upoważnionych do podpisywania faktur, not księgowych oraz innych dokumentów rozliczeniowych do Umowy o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS.
- Załącznik nr 17 Oświadczenie o spełnieniu wymagań wynikających z ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, stanowiący załącznik nr 4 do formularza oferty.
- Załącznik nr 18 Harmonogram turnusów za każdy rok kalendarzowy obowiązywania Umowy.
- Załącznik nr 19 Właściwy dokument rejestrowy

## ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

## OŚRODEK

.....

*(podpis przedstawiciela Zakładu)*

.....

*( podpis osoby uprawnionej ze strony Ośrodka)*

.....

*( podpis osoby uprawnionej ze strony Ośrodka)*

<b>PROGRAM WCZESNEJ REHABILITACJI POWYPADKOWEJ dla osób, które podczas wypadku doznały urazu narządu ruchu</b>			<b>Waga naruszenia</b>
<b>Lp.</b>	<b>1. WYMAGANIA OGÓLNE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW</b>		
<b>definicja obiektu rehabilitacyjnego:</b> "obiektem rehabilitacyjnym" jest budynek, w którym zakwaterowane są osoby skierowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwane dalej „osobami skierowanymi”			
<b>1.1</b>	<b>lokalizacja oddziału wczesnej rehabilitacji</b>	<b>1.1.1.</b>	podmiot leczniczy (szpital) wykonujący całodobową stacjonarną działalność leczniczą o profilu urazowo – ortopedyczno – rehabilitacyjnym, tj. spełniający warunki dla profilu komórki organizacyjnej „ <i>Ortopedia i traumatologia narządu ruchu</i> ” określone w załączniku nr 3 „Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej” stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.
		<b>1.1.2</b>	do obiektu rehabilitacyjnego jest możliwy dojazd ogólnodostępnymi środkami komunikacji. Odległość od przystanku do obiektu rehabilitacyjnego nie może przekraczać 500 m. W przypadku, kiedy odległość jest większa, w dniu przyjazdu i wyjazdu ośrodek zapewnia transport pomiędzy ośrodkiem rehabilitacyjnym a przystankiem komunikacyjnym z uwzględnieniem rozkładu jazdy obowiązującego dla tego przystanku
<b>1.2</b>	<b>kwaterowanie</b>	<b>1.2.1.</b>	ośrodek zapewnia osobom skierowanym zakwaterowane w wydzielonym na potrzeby ZUS obiekcie lub jego części, od pierwszego do ostatniego dnia pobytu, w pokojach wskazanych w załączniku do umowy
		<b>1.2.2.</b>	dysponowanie w obiekcie windą osobową dojeżdżającą z parteru do każdej kondygnacji, na której znajdują się pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia rehabilitacji, gabinety, pokoje - nie dotyczy obiektu, w którym umowa realizowana jest wyłącznie na parterze



		<b>1.2.3.</b>	ośrodek zapewnia osobom z niepełnosprawnością narządu ruchu, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich: a) dostęp za pomocą platformy lub podjazdu, spełniającego normy budowlane do obiektu i pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetów, pokoi bez konieczności opuszczania obiektu; b) co najmniej 50% łóżek w pokojach z łazienkami dostosowanymi do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich; c) dodatkowej ogólnodostępnej łazienki dostosowanej do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich d) bezpłatne miejsce parkingowe dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim	<b>1</b>
		<b>1.2.4.</b>	ośrodek zapewnia właściwe, wynikające z odpowiednich przepisów warunki sanitarne w pomieszczeniach przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetach i pokojach	<b>3</b>
		<b>1.2.5.</b>	ośrodek zapewnia: a) wyposażenie każdego pokoju w czajnik elektryczny, b) na jedną osobę 2 ręczniki, w tym jeden kąpielowy o wymiarach minimum 50x100 cm, oraz ich wymianę, co najmniej raz na tydzień, c) wymianę bielizny pościelowej, co najmniej raz na tydzień, d) prześcieradła do zabiegów fizykalnych	<b>1</b>
		<b>1.2.6.</b>	ośrodek dysponuje świetlicą dla pacjentów	<b>1</b>
<b>1.3</b>	<b>standardy żywienia</b>	<b>1.3.1.</b>	ośrodek zapewnia całodzienne wyżywienie od pierwszego dnia pobytu do ostatniego dnia pobytu, przy czym przez „całodziennie wyżywienie” należy rozumieć co najmniej 3 posiłki, które muszą odpowiadać normom Instytutu Żywności i Żywienia – obecnie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy oraz uwzględniać diety zgodnie ze wskazaniami medycznymi	<b>2</b>
<b>1.4</b>	<b>kadra lekarska, pielęgniarska i specjalistyczna</b>	<b>1.4.1.</b>	ośrodek zapewnia: a) codzienny dostępu do lekarza prowadzącego leczenie - nie dotyczy sobót i dni ustawowo wolnych od pracy, b) całodobową, stacjonarną opiekę lekarską w obiekcie, w którym przebywają osoby skierowane, c) całodobową, stacjonarną opiekę pielęgniarską w obiekcie, w którym przebywają osoby skierowane	<b>3</b>
		<b>1.4.2.</b>	ośrodek zatrudnia pielęgniarki w liczbie gwarantującej sprawowanie całodobowej opieki nad osobami skierowanymi	<b>3</b>
<b>1.5</b>	<b>wymagania ogólne dotyczące zakresu</b>	<b>1.5.1.</b>	każda osoba skierowana rozpoczyna zlecony program rehabilitacji w drugim dniu pobytu - nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy	<b>3</b>

i organizacji programu	1.5.2.	ośrodek prowadzi dokumentację z przebiegu rehabilitacji w historii choroby z uwzględnieniem: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) wstępnego badania lekarskiego wykonanego w pierwszej dobie po przyjeździe,</li> <li>b) wyznaczenia celu rehabilitacji (krótko- i długoterminowego),</li> <li>c) zleconego programu rehabilitacji opracowanego w pierwszej dobie po przyjeździe,</li> <li>d) kontrolnego badania lekarskiego wykonanego co najmniej raz w tygodniu,</li> <li>e) wstępnej konsultacji ortopedycznej</li> <li>f) diagnozy psychologicznej,</li> <li>g) oceny stanu funkcjonalnego dokonanej przez fizjoterapeutę co najmniej raz w tygodniu,</li> <li>h) oceny stanu funkcjonalnego dokonanej przez terapeutę zajęciowego jeden raz w tygodniu,</li> <li>i) wyników innych konsultacji i badań dodatkowych,</li> <li>j) badania końcowego i epikryzy wykonanych w ostatniej dobie pobytu w oddziale - nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy</li> </ul>	3
	1.5.3.	w karcie zabiegowej dokumentowane jest uczestnictwo osoby skierowanej we wszystkich zabiegach fizjoterapeutycznych, oddziaływaniach psychologicznych, terapii zajęciowej i edukacji zdrowotnej przez osoby wykonujące w/w procedury	2
	1.5.4.	karta zabiegowa powinna zawierać dane dotyczące: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) rodzaju zabiegu,</li> <li>b) okolicy zabiegu,</li> <li>c) daty zabiegu i pozostałych oddziaływań,</li> <li>d) godziny rozpoczęcia zabiegu i pozostałych oddziaływań</li> </ul>	2
	1.5.5.	ośrodek zobowiązany jest do: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) zapewnienia leczenia farmakologicznego w niezbędnym zakresie, wynikającym ze wskazań medycznych,</li> <li>b) wykonania niezbędnych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych wynikających ze wskazań medycznych</li> </ul>	2
	1.5.6.	ośrodek zapewnia edukację zdrowotną z uwzględnieniem tematów: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych,</li> <li>b) podstawowa wiedza o procesie chorobowym ukierunkowana na profil schorzenia,</li> <li>c) czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy,</li> <li>d) podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i pracownika,</li> <li>e) zasady prawidłowego żywienia,</li> <li>f) profilaktyka uzależnień</li> </ul>	2

		<b>1.5.7.</b>	ośrodek realizuje indywidualny program rehabilitacji leczniczej ukierunkowany na leczenie następstw przebytego wypadku stanowiących podstawę skierowania na rehabilitację i chorób współistniejących przez 6 dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku w trzech cyklach zabiegowych, a w soboty w dwóch cyklach zabiegowych	<b>3</b>
		<b>1.5.8.</b>	program rehabilitacji powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż o godz. 8:30	<b>2</b>
<p>W przypadku zawarcia aneksu zwiększającego liczbę osób w turnusie dopuszcza się zmiany w zakresie wymagań dotyczących bazy hotelowej, kadry lekarskiej i specjalistycznej oraz wyposażenia w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną określonych w części 2 „Wymagania szczegółowe dla świadczeniodawców” proporcjonalnie do zwiększonej liczby osób skierowanych. Zmiana wymagań nie dotyczy zwiększenia do 20% przedmiotu umowy w zakresie liczby osób kierowanych w ramach jednego turnusu z wyjątkiem zapewnienia dla większej liczby osób skierowanych pokoi nie większych niż dwuosobowe.</p>				

**Wysokość kary w zależności od wagi naruszenia:**

**1 - 0,1%**

**2 - 0,5%**

**3 - 1,0%**

### **Wymagania Zakładu w przypadku realizacji kilku umów w obiekcie**

- 1) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – jeden psycholog może prowadzić oddziaływanie psychologiczne:
  - a) do 200 osób włącznie, gdy psycholog prowadzi oddziaływanie psychologiczne dla umów NR, UK, UO, NR.A, UK.A, UKT.A – pod warunkiem zatrudnienia psychologa w wymiarze pełnego etatu, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień.
  - b) do 100 osób włącznie, gdy psycholog prowadzi oddziaływanie psychologiczne dla umowy OGP lub NGL lub PS oraz dodatkowo dla umów NR lub UK lub UO lub NR.A lub UK.A lub UKT.A – pod warunkiem zatrudnienia psychologa w wymiarze pełnego etatu, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień.

W tym przypadku liczba gabinetów psychologicznych musi być równa liczbie psychologów.
- 2) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – Ośrodek może udostępnić jeden wspólny gabinet zabiegowy z wymaganym wyposażeniem. Ośrodek może udostępnić także gabinet pielęgniarstwa wspólny z gabinetem zabiegowym. Niemożliwe jest połączenie gabinetu pielęgniarstwa lub gabinetu zabiegowego wspólnie z innymi gabinetami.
- 3) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – Ośrodek może udostępnić następującą liczbę sal do ćwiczeń grupowych:
  - a) jedna sala do ćwiczeń grupowych na – nie więcej niż 149 osób;
  - b) od 150 do 299 osób – dwie sale ćwiczeń grupowych;
  - c) od 300 do 449 osób – trzy sale do ćwiczeń grupowych;
  - d) od 450 do 599 osób – cztery sale do ćwiczeń grupowych.
- 4) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie (dotyczy rehabilitacji narządu ruchu) - akceptujemy jedną wannę do masażu podwodnego wyposażoną w końcówkę ciśnieniową na 200 osób.
- 5) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie (dotyczy rehabilitacji narządu ruchu) - akceptujemy jedno stanowisko do zabiegów polem elektromagnetycznym wysokiej częstotliwości na 200 osób.

<b>PROGRAM WZESNEJ REHABILITACJI POWYPADKOWEJ dla osób, które podczas wypadku doznały urazu narządu ruchu (30 osób w turnusie)</b>				<b>Waga naruszenia</b>
<b>2. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW</b>				
<b>2.1</b>	<b>baza hotelowa</b>	<b>2.1.1.</b>	kwaterowanie w jednym obiekcie lub wydzielonej części obiektu	<b>1</b>
		<b>2.1.2.</b>	udostępnienie pokoi jedno- i dwuosobowych z pełnym węzłem sanitarnym, dostosowanym dla potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich, przy czym co najmniej 6 łóżek w pokojach jednoosobowych zgodnie z załącznikiem do umowy	<b>1</b>
		<b>2.1.3.</b>	a) powierzchnia udostępnionych pokoi, z wyłączeniem powierzchni łazienki, przedpokoju, aneksów, tarasów itp., a w przypadku skosów mierzona zgodnie z prawem budowlanym, powinna wynosić, co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 metrów kwadratowych w pokojach jednoosobowych,</li> <li>- 14 metrów kwadratowych w pokojach dwuosobowych,</li> </ul> b) pokój powinien być wyposażony w: <ul style="list-style-type: none"> <li>- łóżko albo łóżka ortopedyczne,</li> <li>- stół,</li> <li>- krzesło – jedno na osobę,</li> <li>- szafki z wysuwaniem stolikiem przy każdym łóżku</li> </ul> c) przedpokój lub aneks wyposażony w szafę ubraniową, dopuszcza się umieszczenie szafy w pokoju, o ile nie utrudni to swobodnego poruszania się osobie z niepełnosprawnością ruchową	<b>1</b>
<b>2.2</b>	<b>kadra lekarska i specjalistyczna</b>	<b>2.2.1.</b>	zatrudnienie dwóch lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, lekarz prowadzi leczenie i dokumentację nie więcej niż 20 pacjentów	<b>3</b>
		<b>2.2.2.</b>	zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty chorób wewnętrznych	<b>3</b>
		<b>2.2.3.</b>	zapewnienie konsultacji specjalisty lekarza ortopedy, lekarz ortopeda przeprowadza wstępną konsultację u każdego pacjenta nie później niż drugiego dnia pobytu - nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy	<b>3</b>
		<b>2.2.4.</b>	zatrudnienie co najmniej 8 fizjoterapeutów z tytułem magistra z co najmniej pięcioletnim doświadczeniem w rehabilitacji pacjentów po urazach narządu ruchu. Fizjoterapeuta prowadzi indywidualną rehabilitację leczniczą nie więcej niż 4 pacjentów	<b>3</b>
		<b>2.2.5.</b>	zatrudnienie co najmniej 1 terapeuty zajęciowego prowadzącego adaptację i trening czynności codziennych zależnie od możliwości i potrzeb pacjenta	<b>3</b>
		<b>2.2.6.</b>	zatrudnienie psychologa klinicznego lub psychologa z co najmniej 5 - letnim stażem klinicznym.	<b>3</b>

		2.2.7.	zatrudnienie dyplomowanego dietetyka, który odpowiada za prawidłowe ułożenie jadłospisów, które muszą odpowiadać normom Instytutu Żywności i Żywienia – obecnie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy oraz uwzględniać diety zgodnie ze wskazaniami medycznymi	3
2.3	Wyposażenie w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną	<b>Pomieszczenia, urządzenia i sprzęt w udostępnionym obiekcie:</b>		
		2.3.1.	gabinet lekarski	3
		2.3.2.	dyżurka pielęgniarek	3
		2.3.3.	gabinet zabiegowy wyposażony między innymi w: a) jeden aparat EKG, b) zestaw przeciwwstrząsowy, rurki ustno-gardłowe, zestaw do resuscytacji, c) defibrylator	3
		2.3.4.	gabinet psychologa	3
		2.3.5.	sala do treningów relaksacyjnych wyposażona w 10 stanowisk	3
		2.3.6.	sala do terapii zajęciowej wyposażona w sprzęt i materiały terapeutyczne	3
		2.3.7.	trzy wózki do transportu pacjentów w pozycji siedzącej	3
		2.3.8.	trzy balkoniki lub podpórki z regulacją wysokości ułatwiające chodzenie	3
		2.3.9.	sześć par kul łokciowych z regulacją wysokości	3
		<b>Sala lub sale do kinezyterapii indywidualnej wyposażone w:</b>		
		2.3.10.	dwa materace gimnastyczne i dwie drabinki rehabilitacyjne	3
		2.3.11.	co najmniej trzy Uniwersalne Gabinety Usprawniania Leczniczego (UGUL) lub inne systemy spełniające ich funkcję	3
		2.3.12.	co najmniej trzy stanowiska do ćwiczeń oporowych kończyn górnych	3
		2.3.13.	co najmniej jedna bieżnia	3
		2.3.14.	co najmniej jeden cykloergometr	3
		2.3.15.	co najmniej jeden cykloergometr poziomy	3
		2.3.16.	co najmniej jeden trener eliptyczny	3
		2.3.17.	wielostanowiskowy stół do ćwiczeń manualnych	3
		2.3.18.	co najmniej jedna szyna CPM stawu biodrowego	3
		2.3.19.	co najmniej jedna szyna CPM stawu kolanowego	3
		2.3.20.	co najmniej jedna szyna CPM stawu skokowego	3
2.3.21.	co najmniej jedna szyna CPM stawu barkowego	3		

		<b>2.3.22.</b>	co najmniej jedna szyna CPM stawu łokciowego	<b>3</b>
		<b>2.3.23.</b>	co najmniej jedna szyna CPM stawu nadgarstkowego	<b>3</b>
		<b>2.3.24.</b>	co najmniej 5 stołów do ćwiczeń indywidualnych	<b>3</b>
		<b>2.3.25.</b>	poręczce do nauki chodzenia	<b>3</b>
		<b>Stanowiska do zabiegów fizykoterapeutycznych urządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami:</b>		
		<b>2.3.26.</b>	jedno stanowisko wyposażone w urządzenie do krioterapii miejscowej (z zastosowaniem ciekłego azotu lub dwutlenku węgla lub zimnego powietrza)	<b>3</b>
		<b>2.3.27.</b>	gabinet z jednym stanowiskiem do masażu leczniczego	<b>3</b>
		<b>2.3.28.</b>	jedno stanowisko do zabiegów polem magnetycznym wielkiej częstotliwości	<b>3</b>
		<b>2.3.29.</b>	trzy stanowiska do zabiegów polem magnetycznym małej częstotliwości	<b>3</b>
		<b>2.3.30.</b>	trzy stanowiska do zabiegów z zakresu elektroterapii (w tym elektrostymulacji)	<b>3</b>
		<b>2.3.31.</b>	jedno stanowisko do laseroterapii	<b>3</b>
		<b>2.3.32.</b>	dwa stanowiska do zabiegów światłolecznicych	<b>3</b>
		<b>2.3.33.</b>	jedno stanowisko do zabiegów ultradźwiękami	<b>3</b>
		<b>2.3.34.</b>	jedno urządzenie do masażu wirowego kończyn górnych	<b>3</b>
		<b>2.3.35.</b>	jedno urządzenie do masażu wirowego kończyn dolnych	<b>3</b>
<b>2.4</b>	<b>wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu</b>	<b>2.4.1.</b>	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji leczniczej, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych, nie mniej niż 6 zabiegów leczniczych dziennie, w tym co najmniej 3 zabiegów kinezyterapii indywidualnej, a w soboty nie mniej niż 4 zabiegów, w tym co najmniej 2 zabiegi kinezyterapii indywidualnej	<b>3</b>
		<b>2.4.2.</b>	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie terapii zajęciowej (zależnie od wskazań) – codziennie indywidualnej lub / i 3 razy w tygodniu terapii grupowej	<b>3</b>
		<b>2.4.3.</b>	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie codziennej terapii psychologicznej, tj.: wstępnego badania diagnostycznego każdego pacjenta, terapii indywidualnej lub grupowej (w zależności od wskazań medycznych), psychoedukacji oraz serii terapeutycznej treningów relaksacyjnych, tj. nie mniej niż trzy treningi w tygodniu prowadzone w grupach nie większych niż 10 osobowe	<b>3</b>

**Wysokość kary w zależności od wagi naruszenia:**

**1 - 0,1%**

**2 - 0,5%**

**3 - 1,0%**

<b>PROGRAM Wczesnej Rehabilitacji Powypadkowej dla osób, które podczas wypadku doznały urazu narządu ruchu (10 osób w turnusie)</b>				<b>Waga naruszenia</b>
<b>2. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW</b>				
<b>2.1</b>	<b>baza hotelowa</b>	<b>2.1.1.</b>	kwatowanie w jednym obiekcie lub wydzielonej części obiektu	<b>1</b>
		<b>2.1.2.</b>	udostępnienie pokoi jedno- i dwuosobowych z pełnym węzłem sanitarnym, dostosowanym dla potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich, przy czym co najmniej 2 łóżka w pokojach jednoosobowych zgodnie z załącznikiem do umowy	<b>1</b>
		<b>2.1.3.</b>	a) powierzchnia udostępnionych pokoi, z wyłączeniem powierzchni łazienki, przedpokoju, aneksów, tarasów itp., a w przypadku skosów mierzona zgodnie z prawem budowlanym, powinna wynosić, co najmniej: - 10 metrów kwadratowych w pokojach jednoosobowych, - 14 metrów kwadratowych w pokojach dwuosobowych, b) pokój powinien być wyposażony w: - łóżko albo łóżka ortopedyczne, - stół, - krzesło – jedno na osobę, - szafki z wysuwającym stolikiem przy każdym łóżku c) przedpokój lub aneks wyposażony w szafę ubraniową, dopuszcza się umieszczenie szafy w pokoju, o ile nie utrudni to swobodnego poruszania się osobie z niepełnosprawnością ruchową	<b>1</b>
<b>2.2</b>	<b>kadra lekarska i specjalistyczna</b>	<b>2.2.1.</b>	zatrudnienie co najmniej jednego lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej	<b>3</b>
		<b>2.2.2.</b>	zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty chorób wewnętrznych	<b>3</b>
		<b>2.2.3.</b>	zapewnienie konsultacji specjalisty lekarza ortopedy, lekarz ortopeda przeprowadza wstępną konsultację u każdego pacjenta nie później niż drugiego dnia pobytu (nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy)	<b>3</b>
		<b>2.2.4.</b>	zatrudnienie co najmniej 4 fizjoterapeutów z tytułem magistra z co najmniej pięcioletnim doświadczeniem w rehabilitacji pacjentów po urazach narządu ruchu. Fizjoterapeuta prowadzi indywidualną rehabilitację leczniczą nie więcej niż 4 pacjentów	<b>3</b>
		<b>2.2.5.</b>	zatrudnienie co najmniej 1 terapeuty zajęciowego prowadzącego adaptację i trening czynności codziennych zależnie od możliwości i potrzeb pacjenta	<b>3</b>
		<b>2.2.6.</b>	zatrudnienie psychologa klinicznego lub psychologa z co najmniej 5 - letnim stażem klinicznym,	<b>3</b>
		<b>2.2.7.</b>	zatrudnienie dyplomowanego dietetyka, który odpowiada za prawidłowe ułożenie jadłospisów, które muszą odpowiadać	<b>3</b>



		normom Instytutu Żywności i Żywienia – obecnie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy oraz uwzględniać diety zgodnie ze wskazaniami medycznymi		
<b>2.3</b>	<b>Wyposażenie w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną</b>	<b>Pomieszczenia, urządzenia i sprzęt w udostępnionym obiekcie:</b>		
		<b>2.3.1.</b>	gabinet lekarski	<b>3</b>
		<b>2.3.2.</b>	dyżurka pielęgniarek	<b>3</b>
		<b>2.3.3.</b>	gabinet zabiegowy wyposażony między innymi w: a) jeden aparat EKG, b) zestaw przeciwwstrząsowy, rurki ustno-gardłowe, zestaw do resuscytacji, c) defibrylator	<b>3</b>
		<b>2.3.4.</b>	gabinet psychologa	<b>3</b>
		<b>2.3.5.</b>	sala do treningów relaksacyjnych wyposażona w 10 stanowisk	<b>3</b>
		<b>2.3.6.</b>	sala do terapii zajęciowej wyposażona w sprzęt i materiały terapeutyczne	<b>3</b>
		<b>2.3.7.</b>	jeden wózek do transportu pacjentów w pozycji siedzącej	<b>3</b>
		<b>2.3.8.</b>	jeden balkonik lub podpórka z regulacją wysokości ułatwiająca chodzenie	<b>3</b>
		<b>2.3.9.</b>	dwie pary kul łokciowych z regulacją wysokości	<b>3</b>
		<b>Sala lub sale do kinezyterapii indywidualnej wyposażone w:</b>		
		<b>2.3.10.</b>	dwa materace gimnastyczne i dwie drabinki rehabilitacyjne	<b>3</b>
		<b>2.3.11.</b>	co najmniej jeden Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego (UGUL) lub inne systemy spełniające ich funkcję	<b>3</b>
		<b>2.3.12.</b>	co najmniej jedno stanowisko do ćwiczeń oporowych kończyn górnych	<b>3</b>
		<b>2.3.13.</b>	co najmniej jedna bieżnia	<b>3</b>
		<b>2.3.14.</b>	co najmniej jeden cykloergometr	<b>3</b>
		<b>2.3.15.</b>	co najmniej jeden cykloergometr poziomy	<b>3</b>
		<b>2.3.16.</b>	co najmniej jeden trener eliptyczny	<b>3</b>
		<b>2.3.17.</b>	wielostanowiskowy stół do ćwiczeń manualnych	<b>3</b>
		<b>2.3.18.</b>	co najmniej jedna szyna CPM stawu biodrowego	<b>3</b>
		<b>2.3.19.</b>	co najmniej jedna szyna CPM stawu kolanowego	<b>3</b>
		<b>2.3.20.</b>	co najmniej jedna szyna CPM stawu skokowego	<b>3</b>
<b>2.3.21.</b>	co najmniej jedna szyna CPM stawu barkowego	<b>3</b>		
<b>2.3.22.</b>	co najmniej jedna szyna CPM stawu łokciowego	<b>3</b>		

		<b>2.3.23.</b>	co najmniej jedna szyna CPM stawu nadgarstkowego	<b>3</b>
		<b>2.3.24.</b>	co najmniej 3 stoły do ćwiczeń indywidualnych	<b>3</b>
		<b>2.3.25.</b>	poręczce do nauki chodzenia	<b>3</b>
		<b>Stanowiska do zabiegów fizykoterapeutycznych urządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami:</b>		
		<b>2.3.26.</b>	jedno stanowisko wyposażone w urządzenie do krioterapii miejscowej (z zastosowaniem ciekłego azotu lub dwutlenku węgla lub zimnego powietrza)	<b>3</b>
		<b>2.3.27.</b>	gabinet z jednym stanowiskiem do masażu leczniczego	<b>3</b>
		<b>2.3.28.</b>	jedno stanowisko do zabiegów polem magnetycznym wielkiej częstotliwości	<b>3</b>
		<b>2.3.29.</b>	dwa stanowiska do zabiegów polem magnetycznym małej częstotliwości	<b>3</b>
		<b>2.3.30.</b>	jedno stanowisko do zabiegów z zakresu elektroterapii (w tym elektrostymulacji)	<b>3</b>
		<b>2.3.31.</b>	jedno stanowisko do laseroterapii	<b>3</b>
		<b>2.3.32.</b>	jedno stanowisko do zabiegów światłolecznicych	<b>3</b>
		<b>2.3.33.</b>	jedno stanowisko do zabiegów ultradźwiękami	<b>3</b>
		<b>2.3.34.</b>	jedno urządzenie do masażu wirowego kończyn górnych	<b>3</b>
		<b>2.3.35.</b>	jedno urządzenie do masażu wirowego kończyn dolnych	<b>3</b>
<b>2.4</b>	<b>wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu</b>	<b>2.4.1.</b>	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji leczniczej, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych, nie mniej niż 6 zabiegów leczniczych dziennie, w tym co najmniej 3 zabiegów kinezyterapii indywidualnej, a w soboty nie mniej niż 4 zabiegów, w tym co najmniej 2 zabiegi kinezyterapii indywidualnej	<b>3</b>
		<b>2.4.2.</b>	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie terapii zajęciowej (zależnie od wskazań) – codziennie indywidualnej lub / i 3 razy w tygodniu terapii grupowej	<b>3</b>
		<b>2.4.3.</b>	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie codziennej terapii psychologicznej, tj.: wstępnego badania diagnostycznego każdego pacjenta, terapii indywidualnej lub grupowej (w zależności od wskazań medycznych), psychoedukacji oraz serii terapeutycznej treningów relaksacyjnych, tj. nie mniej niż trzy treningi w tygodniu prowadzone w grupach nie większych niż 10 osobowe	<b>3</b>

**Wysokość kary w zależności od wagi naruszenia:**

**1 - 0,1%**

**2 - 0,5%**

**3 - 1,0%**

<b>PROGRAM Wczesnej REHABILITACJI POWYPADKOWEJ dla osób, które podczas wypadku doznały urazu narządu ruchu (20 osób w turnusie)</b>				<b>Waga naruszenia</b>
<b>2. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW</b>				
<b>2.1</b>	<b>baza hotelowa</b>	<b>2.1.1.</b>	kwatrowanie w jednym obiekcie lub wydzielonej części obiektu	<b>1</b>
		<b>2.1.2.</b>	udostępnienie pokoi jedno- i dwuosobowych z pełnym węzłem sanitarnym, dostosowanym dla potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich, przy czym co najmniej 4 łóżka w pokojach jednoosobowych zgodnie z załącznikiem do umowy	<b>1</b>
		<b>2.1.3.</b>	a) powierzchnia udostępnionych pokoi, z wyłączeniem powierzchni łazienki, przedpokoju, aneksów, tarasów itp., a w przypadku skosów mierzona zgodnie z prawem budowlanym, powinna wynosić, co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 metrów kwadratowych w pokojach jednoosobowych,</li> <li>- 14 metrów kwadratowych w pokojach dwuosobowych,</li> </ul> b) pokój powinien być wyposażony w: <ul style="list-style-type: none"> <li>- łóżko albo łóżka ortopedyczne,</li> <li>- stół,</li> <li>- krzesło – jedno na osobę,</li> <li>- szafki z wysuwaniem stolikiem przy każdym łóżku</li> </ul> c) przedpokój lub aneks wyposażony w szafę ubraniową, dopuszcza się umieszczenie szafy w pokoju, o ile nie utrudni to swobodnego poruszania się osobie z niepełnosprawnością ruchową	<b>1</b>
<b>2.2</b>	<b>kadra lekarska i specjalistyczna</b>	<b>2.2.1.</b>	zatrudnienie co najmniej jednego lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, lekarz prowadzi leczenie i dokumentację nie więcej niż 20 pacjentów	<b>3</b>
		<b>2.2.2.</b>	zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty chorób wewnętrznych	<b>3</b>
		<b>2.2.3.</b>	zapewnienie konsultacji specjalisty lekarza ortopedy, lekarz ortopeda przeprowadza wstępną konsultację u każdego pacjenta nie później niż drugiego dnia pobytu - nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy	<b>3</b>
		<b>2.2.4.</b>	zatrudnienie co najmniej 6 fizjoterapeutów z tytułem magistra z co najmniej pięcioletnim doświadczeniem w rehabilitacji pacjentów po urazach narządu ruchu. Fizjoterapeuta prowadzi indywidualną rehabilitację leczniczą nie więcej niż 4 pacjentów	<b>3</b>
		<b>2.2.5.</b>	zatrudnienie co najmniej 1 terapeuty zajęciowego prowadzącego adaptację i trening czynności codziennych zależnie od możliwości i potrzeb pacjenta	<b>3</b>
		<b>2.2.6.</b>	zatrudnienie psychologa klinicznego lub psychologa z co najmniej 5 - letnim stażem klinicznym	<b>3</b>
		<b>2.2.7.</b>	zatrudnienie dyplomowanego dietetyka, który odpowiada za prawidłowe ułożenie jadłospisów, które muszą odpowiadać	<b>3</b>

		normom Instytutu Żywności i Żywienia – obecnie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy oraz uwzględniać diety zgodnie ze wskazaniami medycznymi		
<b>2.3</b>	<b>Wyposażenie w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną</b>	<b>Pomieszczenia, urządzenia i sprzęt w udostępnionym obiekcie:</b>		
		<b>2.3.1.</b>	gabinet lekarski	<b>3</b>
		<b>2.3.2.</b>	dyżurka pielęgniarek	<b>3</b>
		<b>2.3.3.</b>	gabinet zabiegowy wyposażony między innymi w: a) jeden aparat EKG, b) zestaw przeciwwstrząsowy, rurki ustno-gardłowe, zestaw do resuscytacji, c) defibrylator	<b>3</b>
		<b>2.3.4.</b>	gabinet psychologa	<b>3</b>
		<b>2.3.5.</b>	sala do treningów relaksacyjnych wyposażona w 10 stanowisk	<b>3</b>
		<b>2.3.6.</b>	sala do terapii zajęciowej wyposażona w sprzęt i materiały terapeutyczne	<b>3</b>
		<b>2.3.7.</b>	dwa wózki do transportu pacjentów w pozycji siedzącej	<b>3</b>
		<b>2.3.8.</b>	dwa balkoniki lub podpórki z regulacją wysokości ułatwiające chodzenie	<b>3</b>
		<b>2.3.9.</b>	cztery pary kul łokciowych z regulacją wysokości	<b>3</b>
		<b>Sala lub sale do kinezyterapii indywidualnej wyposażone w:</b>		
		<b>2.3.10.</b>	dwa materace gimnastyczne i dwie drabinki rehabilitacyjne	<b>3</b>
		<b>2.3.11.</b>	co najmniej dwa Uniwersalne Gabinety Usprawniania Leczniczego (UGUL) lub inne systemy spełniające ich funkcję	<b>3</b>
		<b>2.3.12.</b>	co najmniej dwa stanowiska do ćwiczeń oporowych kończyn górnych	<b>3</b>
		<b>2.3.13.</b>	co najmniej jedna bieżnia	<b>3</b>
		<b>2.3.14.</b>	co najmniej jeden cykloergometr	<b>3</b>
		<b>2.3.15.</b>	co najmniej jeden cykloergometr poziomy	<b>3</b>
		<b>2.3.16.</b>	co najmniej jeden trener eliptyczny	<b>3</b>
		<b>2.3.17.</b>	wielostanowiskowy stół do ćwiczeń manualnych	<b>3</b>
		<b>2.3.18.</b>	co najmniej jedna szyna CPM stawu biodrowego	<b>3</b>
		<b>2.3.19.</b>	co najmniej jedna szyna CPM stawu kolanowego	<b>3</b>
		<b>2.3.20.</b>	co najmniej jedna szyna CPM stawu skokowego	<b>3</b>
		<b>2.3.21.</b>	co najmniej jedna szyna CPM stawu barkowego	<b>3</b>
<b>2.3.22.</b>	co najmniej jedna szyna CPM stawu łokciowego	<b>3</b>		

		<b>2.3.23.</b>	co najmniej jedna szyna CPM stawu nadgarstkowego	<b>3</b>
		<b>2.3.24.</b>	co najmniej 4 stoły do ćwiczeń indywidualnych	<b>3</b>
		<b>2.3.25.</b>	poręczce do nauki chodzenia	<b>3</b>
		<b>Stanowiska do zabiegów fizykoterapeutycznych urządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami:</b>		
		<b>2.3.26.</b>	jedno stanowisko wyposażone w urządzenie do krioterapii miejscowej (z zastosowaniem ciekłego azotu lub dwutlenku węgla lub zimnego powietrza)	<b>3</b>
		<b>2.3.27.</b>	gabinet z jednym stanowiskiem do masażu leczniczego	<b>3</b>
		<b>2.3.28.</b>	jedno stanowisko do zabiegów polem magnetycznym wielkiej częstotliwości	<b>3</b>
		<b>2.3.29.</b>	dwa stanowiska do zabiegów polem magnetycznym małej częstotliwości	<b>3</b>
		<b>2.3.30.</b>	dwa stanowiska do zabiegów z zakresu elektroterapii (w tym elektrostymulacji)	<b>3</b>
		<b>2.3.31.</b>	jedno stanowisko do laseroterapii	<b>3</b>
		<b>2.3.32.</b>	dwa stanowiska do zabiegów światłolecznicych	<b>3</b>
		<b>2.3.33.</b>	jedno stanowisko do zabiegów ultradźwiękami	<b>3</b>
		<b>2.3.34.</b>	jedno urządzenie do masażu wirowego kończyn górnych	<b>3</b>
		<b>2.3.35.</b>	jedno urządzenie do masażu wirowego kończyn dolnych	<b>3</b>
<b>2.4</b>	<b>wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu</b>	<b>2.4.1.</b>	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji leczniczej, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych, nie mniej niż 6 zabiegów leczniczych dziennie, w tym co najmniej 3 zabiegów kinezyterapii indywidualnej, a w soboty nie mniej niż 4 zabiegów, w tym co najmniej 2 zabiegi kinezyterapii indywidualnej	<b>3</b>
		<b>2.4.2.</b>	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie terapii zajęciowej (zależnie od wskazań) – codziennie indywidualnej lub / i 3 razy w tygodniu terapii grupowej	<b>3</b>
		<b>2.4.3.</b>	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie codziennej terapii psychologicznej, tj.: wstępnego badania diagnostycznego każdego pacjenta, terapii indywidualnej lub grupowej (w zależności od wskazań medycznych), psychoedukacji oraz serii terapeutycznej treningów relaksacyjnych, tj. nie mniej niż trzy treningi w tygodniu prowadzone w grupach nie większych niż 10 osobowe	<b>3</b>

Wysokość kary w zależności od wagi naruszenia:

1 - 0,1%

2 - 0,5%

3 - 1,0%

.....  
Pieczęć Ośrodka**Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą**

Nazwa obiektu \* .....

w turnusie od ..... do ..... Umowa nr .....

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr pokoju**	Oddział ZUS	Data przyjazdu***
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>Liczba osób, które stawiły się w obiekcie</b>					

.....  
podpis i pieczęć osoby upoważnionej

\* dla każdego obiektu należy sporządzić osobny wykaz

\*\* podać nr pokoju, w którym jest zakwaterowana osoba skierowana na rehabilitację leczniczą

\*\*\*w przypadku nie stawienia się danej osoby do obiektu należy wpisać wyraz „NIE”.

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 4  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

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

**Wniosek o skrócenie  
rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS**

Pani/Pan.....

PESEL .....

Data **rozpoczęcia** rehabilitacji leczniczej – pierwszy dzień pobytu .....

Wnioskowana data **skrócenia** rehabilitacji – ostatni dzień pobytu .....

Rozpoznanie wg **ICD10** .....

Powód skrócenia pobytu.....

**Zwrotny adres email** .....

.....  
Podpis i pieczęć ordynatora lub  
lekarza prowadzącego leczenie

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyraża zgodę na skrócenie turnusu rehabilitacji zgodnie z wnioskowaną datą skrócenia.**

.....  
Podpis i pieczęć lekarza lub mgr fizjoterapii  
Departamentu Prewencji i Rehabilitacji

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 4a  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

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

**Wniosek o przedłużenie  
rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS**

Pani/Pan .....

PESEL .....

Zawód .....

Data **rozpoczęcia** rehabilitacji leczniczej – pierwszy dzień pobytu .....

Wnioskowana data **przedłużenia** rehabilitacji – ostatni dzień pobytu .....

Rozpoznanie (w języku polskim) .....

.....

Dotychczasowe osiągnięte rezultaty rehabilitacji.....

.....

Cel rehabilitacji w związku z przedłużeniem turnusu .....

.....

Po przedłużeniu rehabilitacji ubezpieczony **rokuje** odzyskanie zdolności do pracy.

**Zwrotny adres email** .....

.....  
Podpis i pieczęć ordynatora lub  
lekarza prowadzącego leczenie

**Zgoda/brak zgody** ZUS na przedłużenie rehabilitacji.

Data ostatniego dnia pobytu.....

Warszawa, dnia .....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza Departamentu  
Prewencji i Rehabilitacji

Podstawa prawna: § 7 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. z 2019 r. poz. 277).



.....  
Nazwa Ośrodka

**Rozliczenie do faktury nr ..... za turnus od ..... do .....**

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Okres pobytu		Liczba dni pobytu (5-4)	Okres nieobecności		Liczba dni nieobecności (8-7)	Liczba osobodni (6-9)	Koszt rehabilitacji (10*stawka za osobodzień)
			data przyjęcia	data wypisu		od dnia	do dnia			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
								Razem		

.....  
Podpi

Załącznik nr 6 do umowy nr .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
zawartej z Zakładem

dem Ubezpieczeń Społecznych

.....  
Nazwa Ośrodka

**Rozliczenie do noty nr ..... za zwrot kosztów przejazdu w turnusie od ..... do .....**

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Miejsce zamieszkania (zgodnie z Zawiadomieniem o skierowaniu na rehabilitację)*	Podstawa zwrotu: bilet/oświadczenie z miejsca zamieszkania do ośrodka (zgodnie z kol. 4)	Kwota zwrotu za przejazd (zgodnie z kol. 5)	Podpis osoby skierowanej
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
				<b>Razem</b>		

\* - zmiana adresu wyłącznie po uzgodnieniu z Zakładem

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

Załącznik nr 7  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

.....  
Pieczęć Ośrodka

**Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS\***

nr z wymagań (podać odpowiedni nr z wymagań)	Nazwisko i Imię	Funkcja (np. ordynator, asystent fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk ....)	Specjalizacje i wymagane certyfikaty**	Uwagi:	Godziny pracy kadry lekarskiej i specjalistycznej (podać dziennie w godzinach od-do)					
					Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob

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

Zatwierdził .....  
(imię i nazwisko, pieczęć)

\* należy wypełnić uwzględniając odpowiednią liczbę kadry lekarskiej i specjalistycznej

\*\* w przypadku fizjoterapeutów dopuszcza się jedynie osoby z Prawem Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty, w przypadku masażyści dopuszcza się jedynie dyplom technika lub fizjoterapeuty

Załącznik nr 8

do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

.....  
Nazwa Ośrodka

Rozliczenie do noty nr ..... za zwrot poniesionych kosztów opłaty uzdrowiskowej w turnusie od ..... do .....

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Okres pobytu		Liczba dni pobytu (5-4)	Okres nieobecności		Liczba dni nieobecności (8-7)	Liczba osobodni (6-9)	Stawka opłaty uzdrowiskowej	Koszt opłaty uzdrowiskowej
			data przyjęcia	data wypisu		od dnia	do dnia				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
								Razem		Razem	

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....  
Pieczęć Ośrodka

Nr ks. gł. ....

Numer pokoju .....

**NRW****INFORMACJA O PRZEBYTEJ WZCZESNEJ REHABILITACJI POWYPADKOWEJ** w ramach prewencji rentowej  
ZUS

Nazwisko i imię ..... PESEL .....

Adres zamieszkania: kod .....-..... miejscowość .....

ul. .... nr ..... nr lokalu.....

**Rodzaj świadczenia:** zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, renta, bez świadczenia (*właściwe podkreślić*)data przyjęcia ..... data wypisu ..... **liczba dni pobytu** .....nieobecności od ..... do ..... **liczba dni nieobecności** .....**liczba dni zabiegowych** .....**Rozpoznanie ustalone przez lekarza orzecznika ZUS:**

..... nr stat. ....

**Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym:**

choroba podstawowa ..... nr stat. ....

choroby współistniejące ..... nr stat. ....

..... nr stat. ....

Zawód wykonywany ..... Zawód wyuczony .....

Cel rehabilitacji.....

Czy cel rehabilitacji został osiągnięty:	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
--	------------	------------

**Opinia końcowa o zmianie stanu funkcjonalnego na dzień wypisu:**

Poprawa stanu funkcjonalnego	Bez zmiany stanu funkcjonalnego	Pogorszenie stanu funkcjonalnego związane z chorobą będącą przyczyną skierowania na rehabilitację	Pogorszenie stanu funkcjonalnego nie związane z chorobą będącą przyczyną skierowania na rehabilitację
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>UZASADNIENIE</b>			

**Ocena kliniczna w dniu przyjęcia:**

**a) wywiad** (zgłaszane dolegliwości, przebieg choroby i stosowane leczenie, przebyte inne choroby, operacje, wywiad rodzinny, nałogi):

.....  
.....

**b) badanie przedmiotowe** (zakres ruchomości, siła mięśniowa, czucie, odruchy, objawy ubytkowe, funkcja kończyn górnych, chód):

.....  
.....

**Badania dodatkowe niezbędne dla ustalenia i realizacji programu rehabilitacji leczniczej** (rodzaj, data wykonania, wynik):

- Pomiary RR: .....
- Masa ciała: początkowa ..... końcowa ..... wzrost ..... BMI /przy wypisie/ .....

**Konsultacje:**

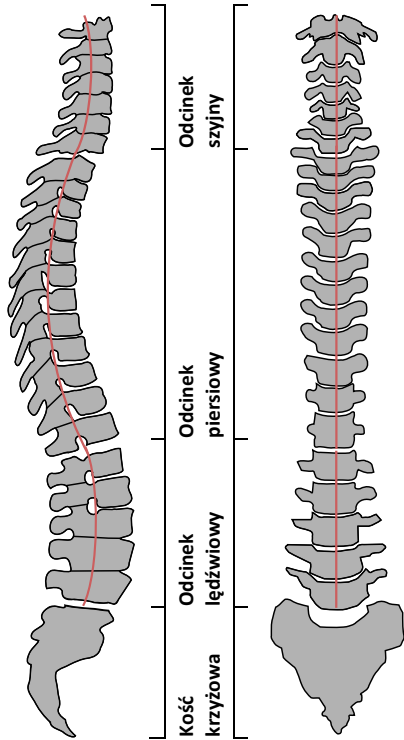
.....  
.....

# KARTA POMIAROWA NARZĄDU RUCHU WG. METODY ODNIESIENIA DO POZYCJI „0”

Opis odchyłeń od stanu prawidłowego stwierdzonych w dniu:

badania wstępnego (W) ..... i końcowego (K) .....

## KRĘGOSŁUP

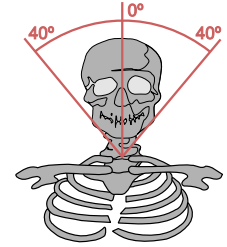
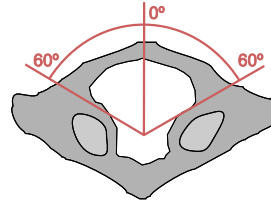
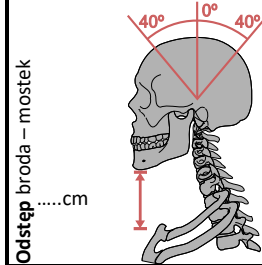


## KRĘGOSŁUP SZYJNY

	Ruch	
	Zgięcie	Prostowanie
N	40° - 0°	0° - 40°
W		
K		

	Rotacja	
	w lewo	w prawo
N	60° - 0°	0° - 60°
W		
K		

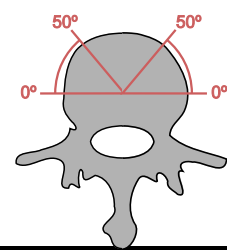
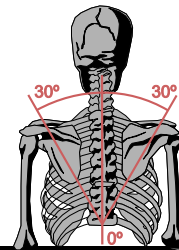
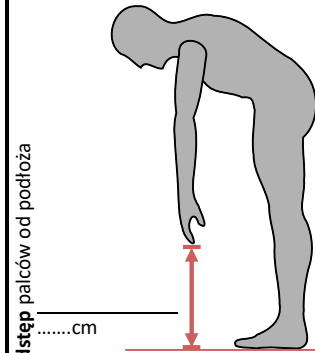
	Nachylenie boczne	
	w prawo	w lewo
N	40° - 0°	0° - 40°
W		
K		



## KRĘGOSŁUP PIERSIOWY I L-S

	Nachylenie boczne	
	w lewo	w prawo
N	30° - 0°	0° - 30°
W		
K		

	Rotacja	
	w lewo	w prawo
N	50° - 0°	0° - 50°
W		
K		

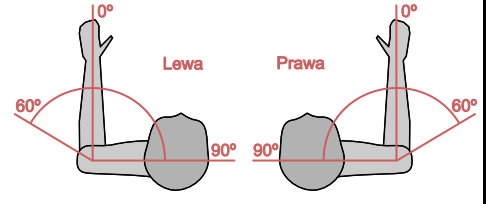
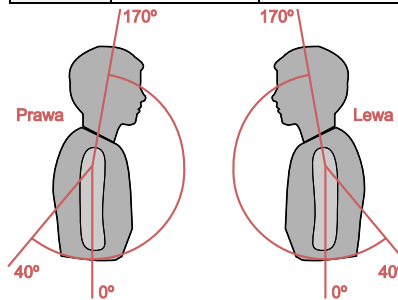
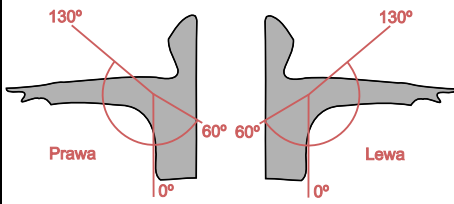


## STAW BARKOWY

	Ruch	
	Odwodzenie	Przywodzenie
Norma	130° - 0°	0° - 60°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		

	Ruch	
	Zgięcie	Wyprost
Norma	170° - 0°	0° - 40°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		

	Rotacja	
	Wewnętrzna	Zewnętrzna
Norma	90° - 0°	0° - 60°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



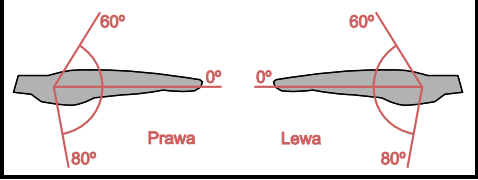
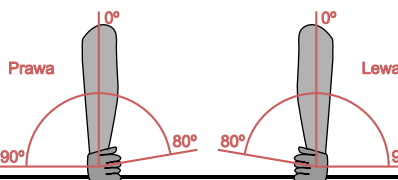
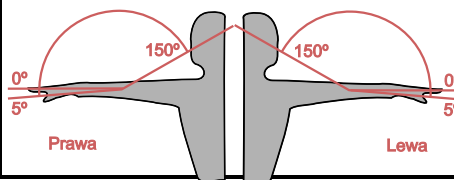
## STAW ŁOKCIOWY

	Ruch	
	Zgięcie	Wyprost
Norma	150° - 0°	0° - 5°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		

	Ruch	
	Supinacja	Pronacja
Norma	90° - 0°	0° - 80°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		

## STAW NADGARSTKOWY

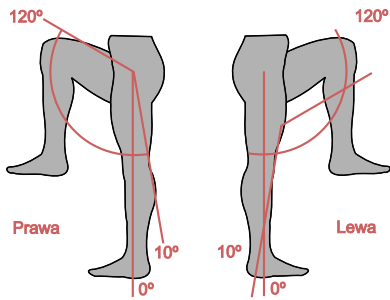
	Zgięcie	
	Dłoniowe	Grzbietowe
Norma	80° - 0°	0° - 60°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



### STAW BIODROWY

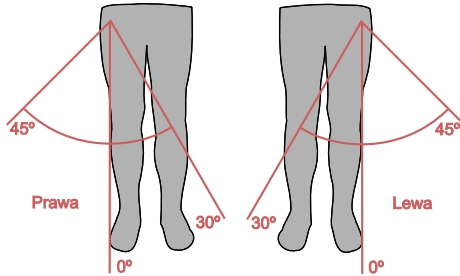
#### Ruch

	Zgięcie	Wyprost
Norma	120° - 0°	0° - 10°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



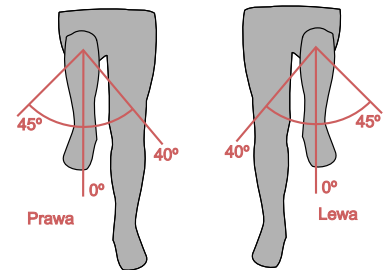
#### Ruch

	Odwodzenie	Przywodzenie
Norma	45° - 0°	0° - 30°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



#### Rotacja

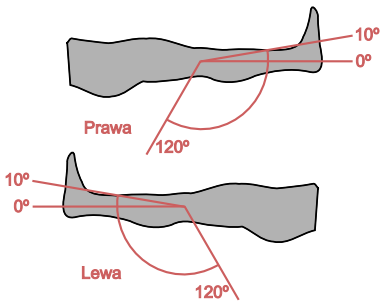
	Wewnętrzna	Zewnętrzna
Norma	45° - 0°	0° - 40°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



### STAW KOLANOWY

#### Ruch

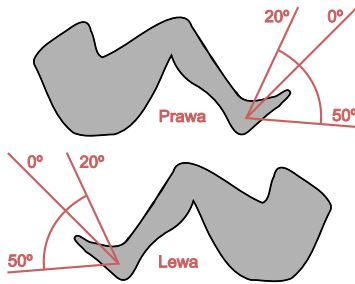
	Zgięcie	Wyprost
Norma	120° - 0°	0° - 10°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



### STAW SKOKOWY

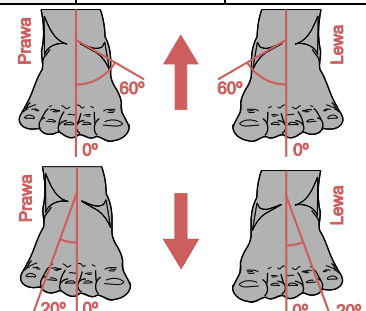
#### Zgięcie

	Grzbietowe	Podeszwowe
Norma	20° - 0°	0° - 50°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



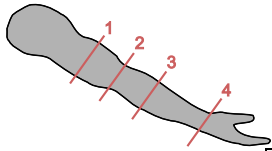
#### Ruch

	Supinacja	Pronacja
Norma	60° - 0°	0° - 20°
Prawa W		
Prawa K		
Lewa W		
Lewa K		



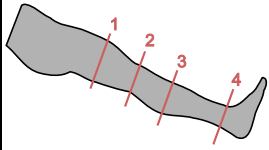


**OBWODY**



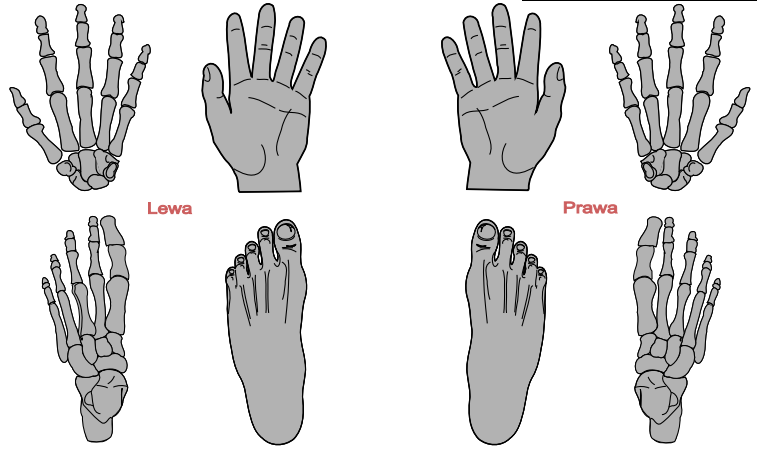
**Kończyny  
górne**

	Prawa	Lewa
1 W		
1 K		
2 W		
2 K		
3 W		
3 K		
4 W		
4 K		



**Kończyny  
dolne**

	Prawa	Lewa
1 W		
1 K		
2 W		
2 K		
3 W		
3 K		
4 W		
4 K		



**1. Rehabilitacja lecznicza:**

Kinezyterapia	Rodzaj zabiegu	Okolica, na którą zastosowano zabiegi	Liczba zabiegów zleconych	Liczba zabiegów wykonanych
Indywidualna				
<b>Razem</b> liczba zabiegów				

Fizykoterapia	Rodzaj zabiegu	Okolica, na którą zastosowano zabiegi	Liczba zabiegów zleconych	Liczba zabiegów wykonanych
Krioterapia miejscowa				
Elektroterapia				
Zabiegi światłolecznice				
Hydroterapia				
Pole magnetyczne w.cz				
Pole magnetyczne n.cz				
Ultradźwięki				
Laser				
Masaż klasyczny				
Inne				
<b>Razem</b> liczba zabiegów				

**2. Formy oddziaływania psychologicznego:**

	Daty przeprowadzonych oddziaływań	Liczba
Terapia indywidualna		
Psychoedukacja		
Treningi relaksacyjne		
Inne		
<b>Razem</b> liczba oddziaływań psychologicznych		

**3. Edukacja zdrowotna:**

	Data	Liczba
Czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych		
Podstawowa wiedza o procesie chorobowym ukierunkowana na profil schorzenia		
Czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy		
Podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i pracownika		
Zasady prawidłowego żywienia		
Profilaktyka uzależnień		
Inne		
<b>Razem</b> liczba zajęć		

#### 4. Terapia zajęciowa

	Daty przeprowadzonych oddziaływań	Liczba
Terapia indywidualna		
Terapia grupowa		
Inne		
<b>Razem</b> liczba oddziaływań		

#### 5. Leczenie farmakologiczne:

.....  
.....

#### Testy funkcjonalne:

##### Ocena:

1 - norma

2 do 3 - nasilenie badanej cechy w sensie ujemnym

4 - brak możliwości wykonania funkcji

Badanie:	badanie wstępne ocena od 1 do 4	badanie końcowe ocena od 1 do 4
Test bólu		
Test wydolności fizycznej		
Test ruchu		
Test czynności codziennych		
Test siły mięśniowej		
Test lokomocyjny		

#### Wyniki rehabilitacji leczniczej:

*(opinia końcowa o zmianie stanu funkcjonalnego ze szczególnym uwzględnieniem: zakresu ruchomości, siły mięśniowej, czucia, odruchów, objawów ubytkowych i chodu)*

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

#### Zalecenia dla osoby skierowanej przez Zakład:

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

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

.....  
Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 10  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Nr ks. gł. .... Nazwisko i imię ..... PESEL .....

**Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS**

w turnusie od ..... do .....

dzień rehabilitacji	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
data																								
Podpis lekarza wykonującego badanie lekarskie																								
Podpis osoby wykonującej badania fizjoterapeutyczne i diagnostyczne lub konsultacje																								
Podpis osoby wykonującej zabiegi fizykalne i kinezyterapii																								
Podpis lekarza decydującego o zwolnieniu pacjenta z zabiegów z przyczyn medycznych																								
Podpis osoby prowadzącej oddziaływania psychologiczne lub edukację zdrowotną																								
Podpis pacjenta potwierdzający korzystanie z basenu																								
Podpis pacjenta potwierdzający korzystanie z kriokomory																								
Podpis pacjenta potwierdzający realizację w/w czynności* lub poświadczający obecność w ośrodku																								

Legenda: W każdym dniu rehabilitacji wymagane są podpisy potwierdzające zrealizowanie poszczególnych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) przez osoby odpowiedzialne za ich wykonanie

\*W przypadku braku podpisu pacjenta potwierdzającego realizację w/w czynności w danym dniu rehabilitacji, traktuje się ten dzień jako dzień nieobecności pacjenta, mimo widniejących podpisów osób odpowiedzialnych za wykonanie poszczególnych czynności.

**Liczba dni obecności pacjenta w ośrodku .....**

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

.....  
podpis i pieczęć lekarza  
prowadzącego leczenie

.....  
podpis i pieczęć ordynatora  
ośrodka rehabilitacyjnego

<b>Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS – rehabilitacja lecznicza w systemie stacjonarnym</b>	
1.	rehabilitacja powinna odbywać się przez 6 dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku w dwóch cyklach zabiegowych – przed południem i po południu, a w soboty w jednym cyklu zabiegowym – przed południem
2.	lekarz prowadzący leczenie decyduje o zabiegach leczniczych
3.	ośrodek zapewnia codzienny dostęp do co najmniej jednego z lekarzy prowadzących leczenie (nie dotyczy sobót i dni ustawowo wolnych od pracy)
4.	pacjent powinien mieć zapewnioną całodobową, stacjonarną opiekę lekarską i pielęgniarską
5.	zabiegi nie mogą rozpoczynać się wcześniej niż o 8 <sup>30</sup>
6.	ośrodek zapewnia zakwaterowanie od pierwszego do ostatniego dnia turnusu
7.	ośrodek decyduje o kwaterowaniu w poszczególnych pokojach
8.	ośrodek zapewnia całodzienne wyżywienia od pierwszego dnia turnusu (od śniadania) do ostatniego dnia turnusu (do kolacji), ośrodek nie udostępnia suchego prowiantu
9.	ośrodek zapewnia prześcieradła do zabiegów fizykalnych
10.	ośrodek udostępnia ręczniki kąpielowe, które powinny być wymieniane, co najmniej raz na tydzień oraz bieliznę pościelową, która powinna być zmieniana co najmniej raz w trakcie turnusu
11.	ośrodek zapewnia pacjentom możliwość przygotowania we własnym zakresie ciepłych napojów
12.	ZUS ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej osób kierowanych, łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego i z powrotem (najtańszym środkiem komunikacji publicznej, z uwzględnieniem przysługującej ulgi na przejazd danym środkiem transportu)
13.	Doba pobytu osoby skierowanej przez Zakład w Ośrodku, w tym zakwaterowanie w Ośrodku, rozpoczyna się o godz. 00.01, a kończy się o godz. 24.00.
14.	Każda osoba skierowana, która ma zastrzeżenia do udzielanych świadczeń zdrowotnych albo chce zasięgnąć informacji o przysługujących jej prawach pacjenta, może zwrócić się do Rzecznika Praw Pacjenta: a) telefonicznie pod nr telefonu: <b>800 190 590</b> (połączenie bezpłatne); b) mailowo na adres: <b>kancelaria@rpp.gov.pl</b> ; c) listownie na adres: <b>Biuro Rzecznika Praw Pacjenta ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa.</b>

.....  
pieczęć OferentaZałącznik nr 12  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych**Wykaz pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą\***

Nazwa obiektu .....

Adres obiektu .....

<b>Liczba łóżek wydzielonych dla ZUS w obiekcie</b>				.....
<b>Winda w obiekcie (wpisać TAK lub NIE)</b>				.....
<b>Liczba łóżek ogółem w obiekcie</b>				.....
Lp.	Piętro	Numer pokoju	Liczba łóżek w pokoju	Powierzchnia pokoju (m <sup>2</sup> )
<b>Pokój dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich **</b>				
1				
Pozostałe pokoje				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

.....  
/Podpis i pieczęć osoby upoważnionej/

\* wykaz należy sporządzić odrębnie dla każdego obiektu

\*\* brak łóżek w pokojach przystosowanych dla osób na wózkach inwalidzkich jest równoznaczny z niespełnieniem wymagania określonego w pkt 1.2.3 Wymagań ogólnych dla świadczeniodawców

**Dodatkowy wykaz pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą\***

Nazwa obiektu .....

Adres obiektu .....

Liczba łóżek wydzielonych dla ZUS w obiekcie				.....
Winda w obiekcie (wpisać TAK lub NIE)				.....
Liczba łóżek ogółem w obiekcie				.....
Lp.	Piętro	Numer pokoju	Liczba łóżek w pokoju	Powierzchnia pokoju (m <sup>2</sup> )
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

.....  
/Podpis i pieczęć osoby upoważnionej/

\* wykaz należy sporządzić odrębnie dla każdego obiektu

## Klauzula informacyjna

- I. Zgodnie z art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, Zakład informuje, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) - Centrala: ul. Szamocka 3, 5, 01-748 Warszawa.
- II. Pani/ Pana dane osobowe jako osoby realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS: *imię i nazwisko, sprawowana funkcja, specjalizacje i informacje o posiadanych certyfikatach* zostały nam przekazane przez .....
- III. Pani/Pana dane osobowe jako osoby realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu spełnienia obowiązku prawnego wynikającego z przepisów rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne z dnia 12 października 2001 r. oraz ustawy z dnia 23 kwietnia 2004 r. Kodeks cywilny, w związku z bieżącą realizacją umowy oraz nałożonymi na administratora obowiązkami związanymi z weryfikacją niezbędnych uprawnień, kwalifikacji i innych okoliczności faktycznych związanych z postępowaniem, którymi muszą wykazać się osoby fizyczne wskazane przez Ośrodek oraz w celu przeprowadzania czynności audytowych i kontrolnych.
- IV. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby lub podmioty, które w ramach sprawowania uprawnień kontrolnych lub nadzoru nad Zakładem zażądamy udostępniania umowy wraz z załącznikami i którym Zakład będzie zobowiązany do udostępnienia zawartej umowy na podstawie przepisów prawa.
- V. Dane osobowe mogą zostać udostępnione kancelariom prawnym, firmom doradczym i dostawcom systemów informatycznych, z którymi współpracuje administrator.
- VI. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat licząc od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia realizacji umowy, co jest związane z czasem w jakim Umowa podlega wykonaniu oraz obowiązkowi jej archiwizacji.
- VII. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- VIII. Posiada Pani/Pan:
  - 1) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - 2) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych\*;
  - 3) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO\*\*;
  - 4) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;



IX. Nie przysługuje Pani/Panu:

- 1) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- 2) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- 3) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

X. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się w następujący sposób:

1) listownie na adres:

Inspektor Ochrony Danych

Zakład Ubezpieczeń Społecznych,

ul. Szamocka 3, 5,

01-748 Warszawa,

2) przez e-mail: [ODO@zus.pl](mailto:ODO@zus.pl).

\* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą oraz jej załączników.

\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

## Klauzula informacyjna

- I. Zgodnie z art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, Zakład informuje, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) - Centrala: ul. Szamocka 3, 5, 01-748 Warszawa.
- II. Pani/ Pana dane osobowe jako
  - osoby reprezentującej Ośrodek (*imię i nazwisko, stanowisko służbowe, umocowanie do reprezentowania*)
  - osoby będącej członkiem personelu Ośrodka (*imię i nazwisko, nr telefonu, adres email*)zostały nam przekazane przez .....
- III. Pani/Pana dane osobowe jako osoby reprezentującej Ośrodek są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu spełnienia obowiązku prawnego wynikającego z przepisów regulujących zasady reprezentacji (w szczególności ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, ustawy z dnia 23 kwietnia 2004 r. Kodeks cywilny), a także w związku z bieżącą realizacją umowy ..... oraz w celu przeprowadzania czynności audytowych i kontrolnych.
- IV. Pani/Pana dane osobowe jako osoby będącej członkiem personelu Ośrodka są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu spełnienia obowiązku prawnego wynikającego z przepisów rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne z dnia 12 października 2001 r. oraz ustawy z dnia 23 kwietnia 2004 r. Kodeks cywilny w związku z bieżącą realizacją umowy oraz nałożonymi na administratora obowiązkami związanymi z weryfikacją niezbędnych uprawnień, kwalifikacji i innych okoliczności faktycznych związanych z postępowaniem, którymi muszą wykazać się osoby fizyczne wskazane przez Ośrodek oraz w celu przeprowadzania czynności audytowych i kontrolnych.
- V. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby lub podmioty, które w ramach sprawowania uprawnień kontrolnych lub nadzoru nad Zakładem zażądają udostępnienia umowy wraz z załącznikami i którym Zakład będzie zobowiązany do udostępnienia zawartej umowy na podstawie przepisów prawa.
- VI. Dane osobowe mogą zostać udostępnione kancelariom prawnym, firmom doradczym i dostawcom systemów informatycznych, z którymi współpracuje administrator.
- VII. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, przez okres 10 lat licząc od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia realizacji umowy, co jest związane z czasem w jakim umowa podlega wykonaniu oraz obowiązkowi jej archiwizacji.
- VIII. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- IX. Posiada Pani/Pan:

- 1) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
- 2) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych\*;
- 3) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO\*\*;
- 4) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

X. Nie przysługuje Pani/Panu:

- 1) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- 2) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- 3) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

XI. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się w następujący sposób:

1) listownie na adres:

Inspektor Ochrony Danych

Zakład Ubezpieczeń Społecznych,

ul. Szamocka 3, 5,

01-748 Warszawa,

2) przez e-mail: [ODO@zus.pl](mailto:ODO@zus.pl).

\* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą oraz jej załączników.

\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/Pieczętka ośrodka /

**Umowa nr:**

**Wykaz osób upoważnionych do podpisywania faktur, not księgowych oraz innych dokumentów rozliczeniowych do umowy o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS**

L.P	Imię i nazwisko	Pełniona funkcja	Wzajemne zależności	Wzór podpisu/parafy
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

.....  
/podpis i pieczętka upoważniającego/

Załącznik nr 4 do formularza oferty

Załącznik nr 17

Do umowy nr .....

Zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

.....  
Pieczęć Oferenta

.....  
(miejsowość, data)

## O Ś W I A D C Z E N I E

o spełnieniu wymagań wynikających z ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami

Niniejszym oświadczam, że ..... (pełna nazwa Oferenta) zapewni osobom ze szczególnymi potrzebami, skierowanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej:

1. **minimalne wymagania służące dostępności, określone w art. 6** ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240)\* tj.:

1) w zakresie dostępności architektonicznej:

- a) zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków;
- b) instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych;
- c) zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy;
- d) zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, 173, 240);
- e) zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;

- 2) w zakresie dostępności cyfrowej – wymagania określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych;
  - 3) w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:
    - a) obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r. poz. 20), lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,
    - b) instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
    - c) zapewnienie na stronie internetowej informacji o zakresie działalności – w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,
    - d) zapewnienie komunikacji, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, w formie określonej w tym wniosku;
2. **dostęp alternatywny, określony w art. 7** ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240)\* – w przypadku, gdy Ośrodek nie jest w stanie, w szczególności ze względów technicznych lub prawnych, zapewnić dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, tj.:
- 1) zapewnienie osobie ze szczególnymi potrzebami wsparcia innej osoby;
  - 2) zapewnienie wsparcia technicznego osobie ze szczególnymi potrzebami, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii;
  - 3) wprowadzenie takiej organizacji Ośrodka, która umożliwi realizację potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w niezbędnych dla tych osób zakresie.

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Oferenta)

\* - niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczęć Ośrodka)

.....  
(nr umowy)

### Harmonogram turnusów rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS na rok ....\*

w schorzeniach \*\*: NR  NR.A  UK  UK.A  UKT.A  UO  PS  NGL

OGP  NRW  OUN

Nazwa i adres obiektu:  
.....

Turnus***	Data początkowa turnusu	Data końcowa turnusu	Liczba miejsc w turnusie	Uwagi/dodatkové miejsca
I				
II				
III				
IV				
V				
VI				
VII				
VIII				
IX				
X				
XI				
XII				
XIII				
XIV				

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

.....  
sprawdził (data, podpis)\*\*\*\*

.....  
zaakceptował (data, podpis)\*\*\*\*

\* ośrodek wypełnia na każdy rok obowiązywania umowy

\*\* zaznacz właściwe schorzenie: NR – narząd ruchu, NR.A – narząd ruchu w systemie ambulatoryjnym, NRW – narząd ruchu powypadkowy, UK – układ kręgosłupa, UKT.A – układ kręgosłupa, w tym monitorowany telemedycznie, UO – układ oddechowy, PS – psychosomatyczne, NGL – narządu głosu, OGP – onkologiczne po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, OUN – ośrodkowy układ nerwowy

\*\*\* liczba turnusów w roku określona jest w umowie

\*\*\*\* wypełnia DPR