**Smlouva o podmínkách vysílání zaměstnanců**

**na relaxační péči**

uzavřená podle § 1746 odst. 2, zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen smlouva) uzavřená mezi:

**AGEL a.s.**

Sídlo: Vrchlického 1350/102, Košíře, 150 00 Praha 5

IČO: 00534111

DIČ: CZ699000899

Zapsaná ve veřejném rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, sp. zn. B 20225

Zastoupená: Ing. Michal Pišoja, MPH, LL.M., předseda představenstva; MUDr. Marie Marsová, MBA, LL.M., místopředsedkyně představenstva

(dále jen „**organizace**“)

a

**Česká průmyslová zdravotní pojišťovna**

Sídlo: Jeremenkova 161/11, Vítkovice, 703 00 Ostrava

IČO: 47672234

DIČ: není plátcem DPH

Zapsaná ve veřejném rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, sp. zn. AXIV 545

Zastoupená: Ing. Vladimír Matta, generální ředitel

(dále jen „**ČPZP**“)

(ČPZP a organizace dále společně jen jako smluvní strany nebo samostatně jako smluvní strana)

**Preambule**

A) Poskytovatel relaxační péče:

1. Třinecká sportovní, s.r.o., IČO 25399420, se sídlem Tyršova 824, 739 61 Třinec

B) Místo plnění relaxační péče:

RELAX CENTRUM Třinec, Tyršova 824, Třinec

C) Maximální počet účastníků relaxační péče:

37

D) Maximální částka hrazená ČPZP poskytovateli:

277 750 Kč bez DPH a maximálně 322 550 Kč včetně DPH

E) Maximální částka hrazená ČPZP poskytovateli za jednoho účastníka:

7 506 Kč bez DPH. K ceně bude připočtena daň z přidané hodnoty v zákonem stanovené výši platné ke dni uskutečnění zdanitelného plnění u každé jednotlivé aktivity.

F) Příspěvek dle této smlouvy budou čerpat i dceřiné společnosti organizace a další majetkově propojené společnosti

organizace. Dceřiné a další majetkově propojené společnosti organizace jsou tyto:

|  |  |
| --- | --- |
| IČO: 00534111 | AGEL a.s. |
| IČO: 29351073 | AGEL Servis a.s. |
| IČO: 25966618 | AGEL Trade s.r.o. |
| IČO: 26260654 | Avenier a.s. |
| IČO: 25903659 | Dopravní zdravotnictví a.s. |
| IČO: 47668580 | AGEL Hornická poliklinika s.r.o. |
| IČO: 47973927 | Nemocnice AGEL Jeseník a.s. |
| IČO: 25959905 | Kardiologické centrum AGEL a.s. |
| IČO: 16628373 | Laboratoře AGEL a.s. |
| IČO: 01755722 | Mateřská škola AGEL s.r.o. |
| IČO: 26853167 | Medical Systems a.s. |
| IČO: 25897551 | Nemocnice AGEL Český Těšín, a.s. |
| IČO: 27332730 | Nemocnice AGEL Louny a.s. |
| IČO: 25886207 | Nemocnice AGEL Nový Jičín a.s. |
| IČO: 48401129 | Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí a.s. |
| IČO: 26822105 | Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí a.s. |
| IČO: 01968475 | AGEL Diagnostické centrum s.r.o. |
| IČO: 47675934 | Perfect Distribution a.s. |
| IČO: 25319141 | Repharm a.s. |
| IČO: 27797660 | AGEL Středomoravská nemocniční a.s. |
| IČO: 26797917 | AGEL Transfúzní služba a.s. |
| IČO: 60793201 | Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s. |
| IČO: 47668989 | Nemocnice AGEL Podhorská a.s. |
| IČO: 27365867 | Nemocnice AGEL Říčany a.s. |
| IČO: 28819705 | AGEL stomatologické centrum s.r.o. |
| IČO: 02560739 | AGEL Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická s.r.o. |

I. Předmět

1. Smluvní strany se touto smlouvou dohodly na podmínkách vysílání zaměstnanců organizace na relaxační péči (dále jen „RP“) u poskytovatele specifikovaného v preambuli pod písmenem A) této smlouvy(dále jen „poskytovatel“), za niž ČPZP poskytovateli hradí finanční příspěvek dle smlouvy uzavřené mezi ČPZP a poskytovatelem.

2. Příspěvek poskytne ČPZP poskytovateli za pojištěnce ČPZP zaměstnané v organizaci (případně zaměstnané v dceřiných a dalších majetkově propojených společnostech organizace, pokud jsou tyto společnosti specifikovány a vyjmenovány v preambuli této smlouvy), pracující zejména na pracovištích se zvýšeným fyzickým a psychickým zatížením.

II. Závazky organizace

1. Organizace odpovídá za výběr zaměstnanců (dále jen „účastníků“), kterým bude RP poskytnuta, a zavazuje se zajistit jejich účast.
2. Úhrada příspěvku na RP může být provedena pouze za zaměstnance organizace, který je pojištěncem ČPZP po celou dobu čerpání RP a jehož organizace nevykazuje dluh na zdravotním pojištění vůči ČPZP.
3. Organizace se zavazuje, že na všech propagačních materiálech, které budou propagovat RP a které bude organizace distribuovat svým zaměstnancům, bude logo ČPZP, včetně názvu pojišťovny a jejího kódu (205). Organizace se zavazuje distribuovat mezi všechny své zaměstnance propagační letáky ČPZP, které jí ČPZP k distribuci předá. Organizace se dále zavazuje, že na všech svých komunikačních kanálech, které provozuje (firemní časopis, intranet, firemní televizní kanál, apod.), bude alespoň dvakrát ročně propagovat ČPZP, a to na základě podkladů dodaných ze stany ČPZP.
4. Organizace vybaví účastníka poukazem k účasti na RP (dále též „voucherem“) obsahujícím údaje specifikované v příloze č. 1 této smlouvy. Voucher je nepřenosný a po vyčerpání celého balíčku bude účastníkem a oprávněným zástupcem poskytovatele podepsán a odevzdán poskytovateli.
5. Organizace projedná nástupní termíny a konkrétní počet účastníků s poskytovatelem nejpozději týden před plánovaným nástupem účastníka na RP.
6. Organizace zašle ČPZP a zároveň poskytovateli nejpozději týden před nástupem na RP seznam účastníků, kteří budou čerpat tuto péči a jsou pojištěnci ČPZP, případně včas nahlásí změny, ke kterým došlo ve výběru účastníků v průběhu čerpání RP.
7. Organizace je povinna poučit účastníky RP o nutnosti omluvy a přeobjednání se na náhradní termín u poskytovatele, pokud se účastník nemůže ve stanoveném termínu k absolvování RP aktivity dostavit, a to nejpozději 48 hodin před plánovaným začátkem RP aktivity. Pokud se účastník včas nedostaví na sjednaný termín, ať už řádný nebo náhradní, procedura propadne a nebude ani ze strany ČPZP uhrazena. V případě nemoci účastníka předloží účastník poskytovateli potvrzení od lékaře.
8. Individuální termíny nástupů k jednotlivým aktivitám RP budou dohodovány individuálně mezi jednotlivými účastníky RP a poskytovatelem.
9. Počet účastníků je specifikován v preambuli pod písmenem C) této smlouvy. Organizace není povinna vyčerpat plný počet účastníků.
10. Organizace je povinna bezodkladně nahlásit ČPZP, pokud poskytovatelem nebude účastníkovi poskytnuta RP, případně konkrétní dohodnutá aktivita.

III. Závazky ČPZP

1. Smluvní strany jsou si vědomy, že ČPZP za zaměstnance organizace a zaměstnance dceřiných či dalších majetkově propojených společností organizace dle specifikace v preambuli této smlouvy, pokud jsou tyto v preambuli smlouvy uvedeny, uvedené v seznamu účastníků vyhotoveném dle čl. II., odst. 6. této smlouvy, kteří splnili další podmínky dle této smlouvy, zejména ty stanovené v čl. II., odst. 2. této smlouvy, hradí poskytovateli náklady na RP maximálně do výše specifikované v preambuli pod písmenem D) této smlouvy, dle smlouvy uzavřené mezi ČPZP a poskytovatelem. V případě dovršení částky specifikované v preambuli pod písmenem D) této smlouvy se ČPZP zavazuje poskytovatele a organizaci vyrozumět o vyčerpání příspěvku ČPZP na RP pro organizaci. Sjednané ceny jsou konečné.

2. Smluvní strany jsou si vědomy, že dle smlouvy uzavřené mezi ČPZP a poskytovatelem, ČPZP uhradí poskytovateli za RP poskytnutou účastníkům, kteří jsou pojištěnci ČPZP, částku ve výši stanovené smlouvou uzavřenou mezi ČPZP a poskytovatelem. V případě předčasného ukončení RP účastníkem uhradí ČPZP pouze skutečně vyčerpanou péči dle počtu poskytnutých aktivit (dle Přílohy č. 1), které budou průběžně zapisovány poskytovatelem do voucheru účastníka.

IV. Ostatní ujednání

1. Organizace je povinna poučit všechny účastníky, že každý účastník, kterému bude poskytnuta RP, nese odpovědnost za škodu způsobenou:

* porušením provozního řádu poskytovatele;
* na majetku poskytovatele v prostorách a vybavení objektu poskytovatele, ve kterém bude poskytnuta RP;
* porušením jiného závazného právního předpisu.

2. Vzniklou škodu je účastník RP, kterému je poskytována RP, povinen uhradit formou peněžité náhrady na základě protokolu o způsobené a vyčíslené škodě podepsaného odpovědným zástupcem poskytovatele a účastníkem. Organizace je povinna účastníka předem informovat o povinnosti nahradit poskytovateli způsobenou škodu.

3. Smluvní strany jako správci osobních údajů odpovídají za plnění svých povinností ve vztahu ke zpracování osobních údajů při plnění této smlouvy a v souvislosti s ní. Smluvní strany se zavazují přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich změně, zničení či ztrátě, neoprávněným přenosům, k jejich jinému neoprávněnému zpracování, jakož i k jinému zneužití osobních údajů.

V. Závěrečná ustanovení

1. Tato smlouva se uzavírá na dobu určitou do 30. 11. 2024.
2. Tato smlouva se vyhotovuje ve dvou vyhotoveních, přičemž každá smluvní strana obdrží po jednom vyhotovení.
3. Změny a doplňky k této smlouvě je možné učinit pouze písemně po vzájemné dohodě smluvních stran formou vzestupně číslovaných dodatků.
4. Od této smlouvy může ČPZP před uplynutím dohodnuté doby odstoupit s okamžitou platností v případě legislativních změn, které nadále neumožní ČPZP tuto smlouvu plnit nebo v případě ukončení smlouvy uzavřené mezi ČPZP a poskytovatelem. Odstoupení od smlouvy musí být provedeno písemně.
5. Smluvní strany výslovně souhlasí s uveřejněním této smlouvy v jejím plném rozsahu včetně příloh a dodatků v Registru smluv. Plněním povinnosti uveřejnit tuto smlouvu podle zákona č. 340/2015 Sb., o registru smluv, ve znění pozdějších předpisů, je pověřena ČPZP.
6. Tato smlouva nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti dnem uveřejnění v Registru smluv.
7. Všechny přílohy této smlouvy tvoří její nedílnou součást.
8. Smluvní strany shodně prohlašují, že si tuto smlouvu před jejím podpisem přečetly a že byla uzavřena po vzájemném projednání podle jejich pravé a svobodné vůle určitě, vážně a srozumitelně a že se dohodly o celém jejím obsahu, což stvrzují svými podpisy.

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Poukaz k účasti na RP (voucher)

ČPZP: 17. 9. 2024 Organizace:

23. 9. 2024

…………………………………… ……………………………………

Ing. Vladimír Matta Ing. Michal Pišoja, MPH, LL.M.

generální ředitel předseda představenstva AGEL a.s.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

20. 9. 2024

……………………………………

MUDr. Marie Marsová, MBA, LL.M.

místopředsedkyně představenstva AGEL a.s.

Příloha č. 1: Poukaz k účasti na relaxační péči (voucher)



**P O U K A Z**

**k účasti na rekondiční relaxační péči v zařízení 1. Třinecká sportovní, s.r.o. (RELAX CENTRUM Třinec)**

**v roce 2024**

Jméno a příjmení ..........................................................................

Vysílající organizace: …………………………………………………………………………..……………………….……………………………………………

Pracovní zařazení účastníka, pracoviště v organizaci …………………………..…………………………………………………………………….

Číslo účastníka v organizaci…………………………………………………………

Souhlasím s absolvováním relaxační péče (dále jen RP) v uvedeném místě a termínu.

Datum převzetí poukazu .................................................... Datum platnosti poukazu:……………………………………………

Podpis účastníka při převzetí poukazu..………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **Čerpané aktivity** | **Podpis, razítko poskytovatele** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Potvrzení o absolvování RP**

Závěrečné vyhodnocení RP:…………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Datum …………………………………………

Podpis a razítko zaměstnance poskytovatele: ……………………….……………………….…………………………..

Podpis účastníka po absolvování RP …………………………………………………………………………………………..

Příloha voucheru: Seznam aktivit v Balíčku relaxační péče

Tabulka č. 1

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Části Balíčku** | **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** |
|
|  | Vstupní prohlídka a diagnostika na přístroji určeném k měření základních fyziognomických parametrů a sestavení ozdravného programu | 2x fyzioterap. péče | **C.1**  8x terapie v solné a bylinkové sauně  nebo: | **D.1**  6x regeneračně – redukční kúra  nebo: | **E.1**  2x wellness  nebo: | Výstupní prohlídka a sestavení výstupní zprávy o výsledku relaxační péče fyzioterapeutem, včetně edukace účastníka k návykům zdravého způsobu života |
|  | **C.2**  3x fitness s trenérem se sestavením vhodné individuální série cviků  nebo: | **D.2**  3x zdravotní masáž  nebo: | **E.2**  Pohybový kurz  nebo: |
|  |  | **C.3**  16x fitness individuální | **D.3**  3x konzultace s výživovým poradcem | **E.3**  10x fitness individuální |  |

**Bližší informace k jednotlivým aktivitám jsou poskytovány u poskytovatele: RELAX CENTRUM TŘINEC**

**Kontakt (recepce):** tel:558 988 250

**Pracovní doba:** Po-Pá 08:00-21:00

So-Ne 09:00-21:00

(Tento poukaz je nepřenosný, po vyčerpání vybraného balíčku odevzdejte poukaz v zařízení poskytovatele RELAX CENTRUM TŘINEC)

**Na relaxační péči pojištěncům ČPZP přispívá**

**Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205).**