**Smlouva o podmínkách vysílání zaměstnanců na ambulantní rehabilitačně rekondiční péči**

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

zastoupená: Ing. Vladimírem Mattou, generálním ředitelem

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

(dále jen „**ČPZP**“)

(ČPZP a organizace dále společně jen „**smluvní strany**“ nebo samostatně „**smluvní strana**“)

**Preambule**

A) Poskytovatel ambulantní rehabilitačně rekondiční péče:

Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí a.s., Konská 453, 739 61 Třinec

B) Místo plnění ambulantní rehabilitačně rekondiční péče:

Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí a.s., Konská 453, 739 61 Třinec

C) Maximální počet účastníků ambulantní rehabilitačně rekondiční péče:

30

D) Maximální částka hrazená ČPZP poskytovateli:

124 800 Kč

E) Maximální částka hrazená ČPZP poskytovateli za jednoho účastníka za jeden den:

594 Kč

F) Maximální počet dní poskytování ambulantně rehabilitačně rekondiční péče jednomu účastníkovi:

7

G) 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: 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: 25844229 | AGEL Gynekologické centrum s.r.o. |
| IČO: 02560739 | AGEL Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická s.r.o. |

H) Možnost měření základních fyziognomických parametrů těla na přístroji pro měření základních fyziognomických parametrů. Organizace je povinna bez zbytečného odkladu písemně informovat ČPZP o neprovedení diagnostiky fyziognomických parametrů těla zájemci z řad účastníků.

I. Předmět

1. Smluvní strany se touto smlouvou dohodly na podmínkách vysílání zaměstnanců organizace na ambulantní rehabilitačně rekondiční péči (dále jen „**RRP**“) 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 písm. G) preambule této smlouvy], pracující zejména na pracovištích se zvýšeným fyzickým   
a psychickým zatížením.

3. Podrobnosti k poskytování RRP a právům a povinnostem ČPZP a poskytovatele jsou uvedeny ve Smlouvě   
o poskytnutí ambulantní rehabilitačně rekondiční péče pojištěncům ČPZP (2024-2025) – část I. veřejné zakázky (dále jen „**realizační smlouva**“).

II. Závazky organizace

1. Organizace odpovídá za výběr zaměstnanců, kterým bude RRP poskytnuta, a zavazuje se zajistit jejich účast.
2. Úhrada příspěvku na RRP může být provedena pouze za zaměstnance organizace [případně zaměstnaného v dceřiné a další majetkově propojené společnosti organizace uvedené v písm. G) preambule této smlouvy], který je pojištěncem ČPZP po celou dobu čerpání RRP a jehož organizace nevykazuje dluh na zdravotním pojištění vůči ČPZP (dále jen „**účastník**“).
3. Organizace se zavazuje, že na všech propagačních materiálech, které budou propagovat RRP 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 strany ČPZP.
4. Organizace vybaví účastníka poukazem k účasti na RRP (dále též jako „**voucher**“), jehož vzor je obsažen 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 účastníků na RRP.
6. Organizace po dohodě termínu s poskytovatelem zašle ČPZP a zároveň poskytovateli nejpozději týden   
   před nástupem na RRP seznam účastníků, kteří budou čerpat tuto péči a jsou pojištěnci ČPZP, případně včas nahlásí změny, ke kterým došlo ve výběru účastníků v průběhu čerpání RRP.
7. Organizace je povinna poučit účastníky RRP o nutnosti omluvy a přeobjednání se na náhradní termín   
   u poskytovatele, pokud se účastník nemůže ve stanoveném termínu k čerpání služby z vážného důvodu dostavit, a to nejpozději 48 hodin předem. V případě nemoci účastníka nebo jiného vážného důvodu předloží účastník poskytovateli potvrzení od lékaře nebo sdělí, jaký vážný důvod mu bránil v čerpání služby. Maximální počet účastníků RRP za organizaci je specifikován v preambuli pod písmenem C) této smlouvy. Organizace není povinna vyčerpat maximální počet účastníků.
8. Organizace je povinna bez zbytečného odkladu písemně informovat ČPZP o každém jednotlivém neposkytnutí RRP poskytovatelem dohodnutému počtu účastníků nebo o prodlení poskytovatele se zajištěním RRP oproti dohodnutému harmonogramu nástupu účastníků nebo o neposkytnutí požadovaného počtu procedur.
9. Organizace se zavazuje uhradit poskytovateli případné náklady na RRP přesahující dohodnutý celkový limit specifikovaný v preambuli pod písmenem D) této smlouvy, a to ve výši sjednané v realizační smlouvě.

III. Závazky ČPZP

1. Smluvní strany jsou si vědomy, že ČPZP za zaměstnance organizace a zaměstnance dceřiných či dalších majetkově propojených společností organizace specifikovaných v písm. G) preambule této smlouvy, kteří jsou uvedeni   
v seznamu účastníků vyhotoveném dle čl. II. odst. 6. této smlouvy a splnili další podmínky dle této smlouvy (zejména podmínky stanovené v čl. II. odst. 2. této smlouvy), hradí poskytovateli náklady na RRP maximálně   
do výše specifikované v preambuli pod písm. E) této smlouvy a do maximální souhrnné výše specifikované v preambuli pod písm. 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 RRP pro organizaci.

2. Smluvní strany jsou si vědomy, že dle realizační smlouvy ČPZP uhradí poskytovateli za RRP poskytnutou účastníkům, kteří jsou pojištěnci ČPZP, částku ve výši stanovené realizační smlouvou. V případě předčasného ukončení RRP účastníkem uhradí ČPZP pouze rehabilitačně rekondiční péči podle počtu dnů, ve kterých byla rehabilitačně rekondiční péče účastníkem čerpána.

IV. Ostatní ujednání

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

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

2. Vzniklou škodu je účastník RRP, kterému je poskytována RRP, 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. Sankce

1. V případě, kdy účastník nahlášený poskytovateli s potvrzenou účastí nenastoupí bez uvedení důvodu na RRP, zaplatí organizace poskytovateli na jeho výzvu smluvní pokutu 500 Kč za každou jednotlivou neabsolvovanou proceduru účastníkem s tím, že smluvní pokuta se vztahuje k bezdůvodnému nenastoupení na RRP každým jednotlivým účastníkem samostatně.

2. Smluvní pokuta je splatná do 30 dnů ode dne doručení písemné výzvy oprávněné strany k jejímu zaplacení.

VI. Závěrečná ustanovení

1. Tato smlouva se uzavírá na dobu určitou do 30. 11. 2025.
2. Změny a doplňky k této smlouvě je možné učinit pouze písemně po vzájemné dohodě smluvních stran formou vzestupně číslovaných dodatků.
3. Od této smlouvy, resp. od dosud nesplněné části může ČPZP před uplynutím dohodnuté doby odstoupit s okamžitou účinností v případě legislativních změn, které nadále neumožní ČPZP tuto smlouvu plnit, nebo v případě předčasného ukončení realizační smlouvy. Odstoupení od smlouvy musí být provedeno písemně.
4. 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.
5. Tato smlouva nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti dnem uveřejnění v Registru smluv.
6. Všechny přílohy této smlouvy tvoří její nedílnou součást.
7. 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.
8. Tato smlouva je vyhotovena v elektronické podobě a podepsána smluvními stranami elektronicky.

Seznam příloh:

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

ČPZP: Organizace:

V Ostravě, dne 10. 3. 2025 V ……………………………………., dne 13. 3. 2025

…………………………………… ……………………………………

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

generální ředitel předseda představenstva

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna AGEL a.s.

Dne 12. 3. 2025

……………………………………

MUDr. Marie Marsová, MBA, LL.M.

místopředsedkyně představenstva

AGEL a.s.

Příloha č. 1: Poukaz k účasti na ambulantní rehabilitačně rekondiční péči (voucher)

****



**P O U K A Z**

**k účasti na ambulantní rehabilitačně rekondiční péči (RRP) v roce 2025**

Jméno a příjmení účastníka: ..................................................................... rok narození: ...........................................

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

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

Poskytovatel zdravotních služeb:.……………………………………………………………………..…………………………………………………….

Počet dnů rehabilitačně rekondiční péče: 7

Termín: .......................................................................

Souhlasím s absolvováním rehabilitačně rekondiční péče v uvedeném místě a termínu.

Datum převzetí poukazu ..................................

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Potvrzení o absolvování RRP – doplní poskytovatel zdravotních služeb**

Závěrečné vyhodnocení RRP: ..........................................................................................................................

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

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

Účastník byl poskytovatelem informován o možnosti provedení diagnostiky fyziognomických parametrů těla. Účastník tuto možnost využil: ANO - NE[[1]](#footnote-1)

Datum ...................................

Podpis a razítko lékaře poskytovatele...................................................

Podpis účastníka rehabilitačně rekondiční péče: ………………………………………………………………..……………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Potvrzený poukaz po ukončení RRP:**

odevzdat u poskytovatele

Pokud se účastník nebude moci dostavit ve sjednaný den na RRP, je nutné to nahlásit poskytovateli nejpozději do 48 hod.   
před sjednaným termínem.

**Na rehabilitačně rekondiční péči pojištěncům ČPZP přispívá Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.**

1. Nehodící se škrtněte. [↑](#footnote-ref-1)