

Umowa Nr...../2009

o przekazaniu środków publicznych, zawarta w dniu.....2009r. pomiędzy **Województwem Opolskim** zwanym „Przekazującym” reprezentowanym przez:

1.
2.

a

SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii w Opolu im. Prof. T. Koszarowskiego zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym w Opolu pod numerem KRS 0000001712, zwanym dalej „Przyjmującym” reprezentowanym przez:

Dyrektora SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii w Opolu im. prof. T Koszarowskiego
lek. med. Wojciecha Redelbacha

Na podstawie art. 55 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), ustawy z dnia 30 czerwca 2005r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 z późn.) **Przekazujący i Przyjmujący** zawierają umowę o następującej treści:

§ 1

1. **Przekazujący** przekazuje środki publiczne w wysokości: **145.000,00 zł (słownie: sto czterdzieści pięć tysięcy złotych 00/100)** dla SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii w Opolu im. prof. T. Koszarowskiego **Przyjmującego** z przeznaczeniem na zakup aparatu do znieczulenia.
2. Realizację zadania ustala się **do dnia 28 grudnia 2009r.**

§ 2

Przyjmującego zobowiązuje się do:

1. wydatkowania środków publicznych, o których mowa w § 1 zgodnie z określonym celem **do dnia 28 grudnia 2009r.,**
2. Odpowiedniego stosowania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2007r. Nr 223, poz. 1655 z późn. zm.),
3. przedstawienia w terminie **do dnia 31 grudnia 2009r.** końcowego rozliczenia wykorzystania przekazanych środków, wg wzoru stanowiącego załącznik do niniejszej umowy, kserokopie faktur opisanych merytorycznie przez odpowiedzialne służby Centrum i zatwierdzonych przez Dyrektora Centrum oraz potwierdzonych za zgodność z oryginałem.
4. Przedstawienia kopii dokumentów finansowych potwierdzających wydatkowanie dotacji w danym roku budżetowym, potwierdzonych przez Dyrektora Centrum.

§ 3

Dotacja zostanie przekazana przez **Przekazującego** na konto **Przyjmującego**: PKO S.A. I O/Opole numer 82 1240 1633 1111 0000 2651 5908, **do dnia 22 grudnia 2009r.**

§ 4

Przekazujący upoważniony jest do kontroli **Przyjmującego** w zakresie prawidłowości realizacji niniejszej umowy, w tym wydatkowania przekazanych środków.

§ 5

Umowa niniejsza wygasa:

1. z upływem terminu, na który została zawarta,
2. w przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających wykonanie umowy, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności.

§ 6

Niniejszą umowę zawiera się na okres **do dnia 31 grudnia 2009r.**, a jej termin nie podlega przedłużeniu.

§ 7

1. Dotacja celowa niewykorzystana na cel, na który została udzielona, podlega zwrotowi w całości lub w części proporcjonalnej do poniesionych wydatków na ten cel, nie później niż **do 31 grudnia 2009r.**
2. W przypadku zwrotu całości lub części dotacji celowej stosuje się odpowiednie przepisy ustawy z dnia 30 czerwca 2005r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 z późn. zm.).

§ 8

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej.

§ 9

W sprawach nie uregulowanych w niniejszej umowie zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 30 czerwca 2005r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 z późn. zm.) oraz przepisy Kodeksu cywilnego z dnia 23 kwietnia 1964r. (Dz. U. z 1964r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.).

§ 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących, po jednym egzemplarzu dla każdej strony.

Przyjmujący:

Przekazujący:

.....
(pieczęć nagłwkowa samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej)

**Rozliczenie otrzymanej dotacji przez SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii
w Opolu im. prof. T.Koszarowskiego
z przeznaczeniem na zakup aparatu do znieczulenia**

Całkowita wartość zadania	Wartość zadania w 2009 r.	Kwota przyznanej dotacji z budżetu Samorządu Województwa Opolskiego w 2009 r.		Wkład własny		Inne źródła finansowania	
		w zł	% wartości zadania	w zł	% wartości zadania	w zł	% wartości zadania

Lp	Wyszczególnienie zakresu wykonanych robót	Nr faktury/ z dnia	Kwota na jaką została wystawiona faktura	w tym: źródła finansowania			Wykorzystanie dotacji na dzień
				przyznana dotacja	wkład własny	inne	
1.							
2. ...							
						razem:	

Sporządził:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(stanowisko)

.....
(nr telefonu)

.....
(sprawdził i zatwierdził pod względem
merytorycznym i finansowym)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika
zakładu opieki zdrowotnej)