

Den specifika överenskommelsen utgår från ovanstående ramavtal, vilket reglerar parternas åtaganden. Det innebär att parterna i denna specifika överenskommelse fullt ut ska följa vad som sägs i ramavtalets samtliga paragrafer.

Överenskommelse från

Norrköpings kommun, Organisationsnummer: 21 20 00 – 0456
Vård- och omsorgskontorets myndighetsutövning, 601 81 Norrköping.

Ansvarig: (för- och efternamn)

Telefon: (telefonnummer)

E-post: (e-postadress)

Överenskommelsen avser

Namn: (för- och efternamn)

Personnummer: (12 siffror)

Adress: (gatuadress)

Postadress: (postnummer och ort)

Eventuell telefon: (telefonnummer)

Eventuell anhörig: (namn, telefonnummer)

Enskild placering tillhandahålls av: (utförarens namn)

för perioden: (from-tom)

Utförarens kontaktperson

Ansvarig: (för- och efternamn)

Telefon: (telefonnummer)

E-post: (e-postadress)

Omfattning

Del av sovande jour kl. 22.00 - 07.00

Del av vaken natt kl. 22.00 - 07.00

Ytterligare bemanning dag/kväll; klockan from-tom: = X timmar

Ytterligare bemanning natt; klockan from-tom = X timmar

Ersättning för uppdraget utgår med

Grundersättning med sovande jour är lika med: X kronor per dygn

Grundersättning med vaken natt är lika med: X kronor per dygn

När avropande myndighet gör bedömningen att brukarens behov överstiger angiven bemanning ersätts utföraren med timersättning enligt:

Ytterligare bemanning dag/kväll: X timmar á X kronor

Ytterligare bemanning natt: X timmar á X kronor

Fakturering

Faktura innehållande vem det avser (initialer, födelseår), antal närvarodygn á dygnskostnad i boendet och i förekommande fall antal timmar ytterligare bemanning dag/kväll á kronor och antal timmar ytterligare bemanning natt á kronor skickas till:

Norrköpings kommun, Fakturaskanningen, 601 69 Norrköping

På fakturan ska referensnummer: anges

Uppsägningstid

Information om att den enskilda placeringen upphör ska ske skriftligt av ansvarig person hos vård- och omsorgskontorets myndighetsutövning och vara utföraren tillhanda (antal dagar, månad, månader) innan placeringen upphör.

Övrigt

NORRKÖPINGS KOMMUN
Vård- och omsorgskontoret

(ange ORT)
 (ange utförarens namn)

Den (ange datum)

Den

(namnteckning)
Underskrift

Underskrift

(textat namn)
Namnförtydligande

Namnförtydligande

Bilagor