Detta placeringsavtal har träffats mellan kommun (namn och org.nr.) och leverantör (namn och org.nr.) efter avrop från ramavtal daterat den 2016-xx- xx

I och med undertecknandet av detta placeringsavtal försäkrar leverantören att leverantör är införstådd med de villkor som gäller för placeringen och som regleras i ramavtalet Socialpsykiatri SÄBO STIC 2016

### **DATUM**

Klicka här för dagens datum.

### **Kontaktpersoner**

***Leverantör:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Organisation/avdelning/nr** |
| Klicka här för att ange namn | Klicka här för att ange text. |
| **Telefon** | **E-mail** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Ev ombuds namn** | **Kontaktuppgifter ombud** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |

***Kommun:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Organisation/avdelning/nr** |
| Klicka här för att ange namn | Klicka här för att ange text. |
| **Telefon** | **E-mail** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Ev ombuds namn** | **Kontaktuppgifter ombud** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |

1. **UPPDRAGSBESKRIVNING**

Ovan angiven kontaktperson för kommunen företräder kommunen i alla frågor som rör placeringen. Leverantörens kontaktperson ska hålla kommunens kontaktperson underrättad om samtliga förhållanden som är av betydelse för uppdraget. Om angiven kontaktperson inte själv har rätt att vidta en åtgärd eller avgöra en fråga rörande placeringen ansvarar kontaktpersonen för att det finns ett erforderligt beslut av behörig beslutsfattare.

1. **Placeringsavtalets giltighet**

Detta avtal gäller från och med 201 - - - till och med 201- - -. Avtalet kan förlängas efter skriftlig överenskommelse mellan parterna.

### **Handlingarnas inbördes rangordning**

1. Ramavtal
2. Placeringsavtal

## **Uppgifter om den enskilde**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Klicka här för att ange text. |
| Pers.nr: | Klicka här för att ange text. |
| Adress: | Klicka här för att ange text. |
| Telenr: | Klicka här för att ange text. |
| E-mail: | Klicka här för att ange text. |
| Närmast anhörig: | Klicka här för att ange text. |
| Uppdragsbeskrivning: | Klicka här för att ange text. |
| Behandlingsinsats: | Klicka här för att ange text. |
| Behandlingshem: | Klicka här för att ange text. |
| Ankomstdag: | Klicka här för att ange text. |
| Avresedag: | Klicka här för att ange text. |

1. **Genomförande**

Uppdraget ska genomföras i enlighet med detta placeringsavtal, ramavtal och genomförandeplan samt eventuella skriftliga anvisningar från kommunen.

Arbetssättet ska planeras så att den enskildes medverkan och inflytande tillgodoses. Den

enskilde ska tillförsäkras delaktighet och påverkansmöjligheter i planering och utformning av

insatsen.

1. **Ersättning**

Ersättningen är xxx kronor per vårddygn. Vid eventuell förlängning utgår ersättning enligt ramavtalet.

1. **Fakturering**

Varje kommun kommer att skriva in sina fakturerings rutiner. I normalfallet utgår ersättning 30 dagar netto och för utförd tjänst. PÅ fakturan ska en särredovisning göras för lokalkostnaderna.

1. **Placeringsavtalets förtida upphörande**

Placeringsavtalet kan skriftligen sägas upp i förtid av båda parter. Uppsägningstiden är ömsesidigt på 30 dagar. Om beställaren säger upp platsen avseende stödboende är uppsägningstiden 10 dagar. I de fall då planerad placering inte blir aktuell på grund av omständigheter som uppdragsgivaren inte kan råda över, är uppsägningstiden 0 dagar och ingen kostnad debiteras beställaren.

1. **Rangordning**

Placeringar kommer i första hand att ske enligt rangordning.[ ]

Detta placeringsavtal tecknas efter bedömning av den enskilde individens behov och frångår därför från rangordning enligt förfrågningsunderlagets punkt *Avrop efter en särskild fördelningsnyckel (brukarens behov).* [ ]

### **Datum och underskrifter**

Ort och Datum

För kommunen För leverantören

Namnförtydligande Namnförtydligande