ZARZĄDZENIE NR 160.2015
WÓJTA GMINY GRĘBOCICE

z dnia 2 grudnia 2015 r.

w sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na wyłonienie realizatora Programu Polityki Zdrowotnej „Programu profilaktyki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na rok 2016" oraz zatwierdzenia projektu umowy.

Na podstawie art. 48 ust. 1 oraz ust. 4,5, 6, 9 w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2015r., poz. 581 ze zm.) oraz Uchwały nr XX/79/2015 Rady Gminy w Grębocicach z dnia 24 listopada 2015r. w sprawie realizacji „Programu Polityki Zdrowotne dla Gminy Grębocice na lata 2016 - 2020" oraz Zarządzenia nr 111/2014 Wójta Gminy Grębocice z dnia 01.07.2014r. w sprawie Regulaminu Organizacyjnego Urzędu Gminy Grębocice § 42 zarządzam co następuje:

§ 1. Ustala się szczegółowe warunki konkursu na wyłonienie realizatora, **Programu Polityki Zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na rok 2016"** w brzmieniu załącznika nr 1 oraz formularz ofertowy w brzmieniu załącznika nr 2 do zarządzenia.

§ 2. Ustala się projekt umowy na realizację **Programu Polityki Zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na rok 2016"** wraz ze Sprawozdaniem z Oceną Wykonania Programu – w brzmieniu załącznika nr 3 do zarządzenia.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wójt Gminy Grębocice

Roman Jabłońsaki

Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 160.2015

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 2 grudnia 2015 r.

CZĘŚĆ I.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU
na realizację Programu Polityki Zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU" - Na rok 2016"

1. Zamawiający	Gmina Grębocice ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 76 8 315501
2. Organizator konkursu	Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. Profilaktyki Zdrowotnej ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 76 8 325306
3. Podstawa prawna konkursu	Konkurs – przeprowadzony zgodnie art. 48 ust. 1 oraz ust. 4,5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2015r. poz. 581ze zm.)
4. Przedmiot konkursu	Przedmiotem konkursu na realizatora **Programu Polityki Zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na rok 2016"** jest: **Program obejmuje dla każdego beneficjenta szczepienia przeciwko:** **- rotawirusom,** **- pneumokokom,** **- meningokokom,** **cel:** Celem programu będzie zwiększenie odporności wśród zaszczepionych dzieci, zapobieganie chorobom wywołanym poprzez rotawirusy, meningokoki i pneumokoki poprzez dotarcie do jak największej grupy beneficjentów poprzez edukację prozdrowotną rodziców i dzieci, badanie lekarskie i szczepienie dzieci a także wyznaczenie osób z przeciwwskazaniami do szczepień i ocena stanu zdrowia badanej populacji dzieci. **Odbiorcami programu będą dzieci** urodzone w 2014r., 2015r. i 2016r. Szacunkowa ilość dzieci objętych programem – do 125. **Warunki zakwalifikowania dziecka do programu:** **1. Zameldowanie dziecka na pobyt stały, na terenie gminy Grębocice;** **2. Wyrażenie zgody na szczepienie dziecka przez rodzica/opiekuna na piśmie;** **3. Stan zdrowia dziecka pozwalający na wykonanie szczepienia;** **4. Przynajmniej jedno z rodziców/opiekunów dziecka – zameldowanena pobyt stały, na terenie gminy Grębocice (rejestr**

	ewidencji ludności); **W sytuacji wątpliwej wymagane jest potwierdzenie na piśmie, przez sołtysa danej miejscowości, faktycznego zamieszkania jednego z rodziców/opiekunów dziecka;** **5. W innych szczególnych i losowych przypadkach o kwalifikacji dziecka do programu będzie decydował Wójt, na wniosek jednego z rodziców lub opiekuna dziecka;** *W przypadku wcześniejszego wykorzystania planowanych środków finansowych lub wyczerpania się limitu dzieci, program może zostać zakończony wcześniej.*
5. Realizatorzy	Do konkursu mogą przystąpić podmioty określone (zgodnie z **art. 5 pkt. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2015r., poz. 581 ze zm.)**, które, świadczą usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.
6. Miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi dotyczącymi przedmiotu konkursu	Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. Profilaktyki Zdrowotnej pok. Nr 16 ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice **od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 23.12.2015r.**
7. Miejsce, sposób i termin składania ofert	Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs: **na realizatora „Programu Polityki Zdrowotnej– „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na rok 2016"** zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych wypełnionych czytelnie, należy składać w terminie do dnia **23.12.2015r. do godziny 10.00** w Sekretariacie Urzędu Gminy Grębocice, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.
8. Termin rozpatrzenia ofert	**Oferty zostaną rozpatrzone** Otwarcie ofert nastąpi na Posiedzeniu Komisji, które powinno odbyć się w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia, w którym upłynął termin składania ofert określony w ogłoszeniu o konkursie w siedzibie organizatora konkursu – Urząd Gminy Grębocice, pok. 16, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice
9. Sposób informowania o wynikach konkursu	Wyniki konkursu zostaną podane do wiadomości publicznej po posiedzeniu Komisji w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia otwarcia ofert. Uczestnicy konkursu zostaną powiadomieni pisemnie o wynikach konkursu ofert niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.
10. Istotne postanowienia dotyczące umowy i jej treści	Niniejszy konkurs będzie stanowił podstawę do zawarcia umowy na: Realizatora **„Programu Polityki Zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na rok 2016"** na okres od dnia podpisania umowy do dnia **31.12.2016r.**
11. Zastrzeżenia zamawiającego	1. Oferty, które nie spełniają wymogów określonych w Regulaminie konkursu, są niekompletne oraz złożone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane. 2. Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany terminów składania ofert bez podania przyczyny.

	3. Warunkiem przyjęcia oferty konkursowej do finansowania jest spełnienie poniższych wymogów: 4.Oferta złożona z wymaganymi oświadczeniami oferenta. 5. Zgodność merytoryczna oferty z zadaniami konkursowymi oraz zadaniami podmiotu. 6. Oferta złożona w terminie na właściwym formularzu podpisana przez oferenta. 7. Załączenie wymaganych dokumentów lub ich kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem. 8. Wkład rzeczowy: określenie warunków lokalowych, wyposażenie i sprzęt medyczny zapewniające realizację programu. 9. Wykazanie kwalifikacji personelu medycznego oraz doświadczenia jednostki w realizacji przedmiotowego zadania. Zasoby kadrowe oferty zapewniają prawidłową realizację zadania. 10. Koszt jednostkowy oferty adekwatny do kosztów realizacji zadania w odniesieniu do zakresu rzeczowego zadania. 11. Ogólna kwota oferty (kwota oferty nie przekracza kwoty zabezpieczonej w budżecie gminy ujętej we wszczęciu postępowania.

Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 160.2015

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 2 grudnia 2015 r.

CZĘŚĆ II.

FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY WYŁONIENIE REALIZATORA PROGRAMU:

……

DANE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OFERTĘ

1. Oferent (pełna nazwa)

.....

.....

2. Adres, kod pocztowy, telefon i fax oferenta

.....

.....

.....

3. Nazwisko i imię osoby upoważnionej do reprezentowania (telefon kontaktowy)

.....

.....

4. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu

.....

.....

5. Nazwa banku i nr konta bankowego

.....

.....

6. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa i data wpisu)

.....

.....

7. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji realizację programu zdrowotnego będącego przedmiotem konkursu

.....

Program Profilaktyki Zdrowotnej:

„Programu polityki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na Rok 2016”

Czas realizacji od podpisania umowy do 31.12.2016r.

1. **OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO**

a. Problem zdrowotny

……

b. Epidemiologia

(krótkie przedstawienie następstw choroby lub stanu zdrowia – wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej ze szczególnym uwzględnieniem danych regionalnych)

…….

…….

c. Populacja do, której kierowany jest program (charakterystyka i liczba uczestników programu)

- Ogólna liczba mieszkańców Gminy Grębocice – ……

- Grupa docelowa populacji, do której program jest skierowany:

Odbiorcami programu będą dzieci

urodzone w 2014r. 2015r. i 2016r. Szacunkowa ilość dzieci objętych programem – do 125

……..

d. Dostępne, finansowane ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie problemu zdrowotnego objętego programem wraz ze wskazaniem, czy działania programu mają uzupełniać dostępne świadczenia.

……

e. Zasadność potrzeby wdrażania programu

……

……

2. **CELE PROGRAMU**

a. Cel główny programu:

……

b. Cele szczegółowe programu:

……

c. Oczekiwane efekty wynikające z realizacji programu:

……

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.

……

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.

- *ocena jakości świadczeń w programie (np. ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców, specjalistyczna ocena ekspercka itp.)*

…….

…….

…….....

……..

3. **ADRESACI PROGRAMU (populacja)**

a. Oszacowanie populacji (odnieść się do pkt c)

- Ogólna liczba mieszkańców Gminy Grębocice – …….....

Odbiorcami programu będą dzieci urodzone w 2014r., 2015r. i 2016r. Szacunkowa ilość dzieci objętych programem – do 125.

Szacunkowa liczba dzieci spełniająca powyższe kryterium to – 125 uczestników programu.

Kryteria zakwalifikowania do programu:

1. Zameldowanie dziecka na pobyt stały, na terenie gminy Grębocice;
2. Wyrażenie zgody na szczepienie dziecka przez rodzica/opiekuna na piśmie;
3. Stan zdrowia dziecka pozwalający na wykonanie szczepienia;
4. Przynajmniej jedno z rodziców/opiekunów dziecka – wcześniej - (minimum rok i powyżej) zameldowane na pobyt stały, na terenie gminy Grębocice (rejestr ewidencji ludności)

W sytuacji wątpliwej wymagane jest potwierdzenie na piśmie, przez sołtysa danej miejscowości, faktycznego zamieszkania jednego z rodziców/opiekunów dziecka;

5. W innych szczególnych i losowych przypadkach o kwalifikacji dziecka do programu będzie decydował Wójt, na wniosek jednego z rodziców lub opiekuna dziecka;

Przy kwalifikacji dzieci do programu zostanie zachowana zasada równości dostępu do świadczeń programu dzieci spełniających kryteria kwalifikacji.

b. Tryb zapraszania do programu.

……

……

4. **ORGANIZACJA PROGRAMU**

a. Części składowe programu - Etapy wdrażania programu:

…….

…….

b. Planowane interwencje.

……..

Produkt leczniczy zastosowany w programie to szczepionki:

(Podać wszystkie szczepionki jakie zostaną w programie wykorzystane)

Zasady wyboru preparatu, który zostanie w programie zastosowany:

2. **Rocznik 2014 i 2015**

- rotawirusy: typ ……. cena szczepionki - ……
- szczepionka: pneumokoki - typu …….. cena szczepionki - ……
- szczepionka – meningokoki - typu …….. cena szczepionki - ……

Zasady wyboru preparatu, który zostanie w programie zastosowany:

……

3. **Rocznik 2016**

- rota wirusy: typ …… cena szczepionki - ……..…
- szczepionka: pneumokoki - typu …… cena szczepionki - ……
- szczepionka – meningokoki - typu …… cena szczepionki - ……

Zasady wyboru preparatu, który zostanie w programie zastosowany:

……

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu

Odbiorcami programu będą dzieci urodzone w 2014r., 2015 i 2016r. Szacunkowa ilość dzieci objętych programem – 125 dzieci.

……

Warunki zakwalifikowania dziecka do programu:

1. Zameldowanie dziecka na pobyt stały, na terenie gminy Grębocice;
2. Wyrażenie zgody na szczepienie dziecka przez rodzica/opiekuna na piśmie;
3. Stan zdrowia dziecka pozwalający na wykonanie szczepienia;
4. Przynajmniej jedno z rodziców/opiekunów dziecka powinno zameldowane być na pobyt stały, na terenie gminy Grębocice (rejestr ewidencji ludności).

W sytuacji wątpliwej wymagane jest potwierdzenie na piśmie, przez sołtysa danej miejscowości, faktycznego zamieszkania jednego z rodziców/opiekunów dziecka;

5. W innych szczególnych i losowych przypadkach o kwalifikacji dziecka do programu będzie decydował Wójt, na wniosek jednego z rodziców lub opiekuna dziecka;

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu:

……..

……..

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

……..

…….....

f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu.

Zakończenie udziału w programie –……..……

……..

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

W programie zostaną użyte następujące szczepionki:

……

Działania niepożądane:

……..

Zobowiązania wykonawcy;

- Wykonawca programu zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.
- Wykonawca zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej oraz zachowaniem poufności danych osobowych,

h. Kompetencje/ warunki niezbędne do realizacji programu:

Koordynator programu - ……..,

Kwalifikacje: *wykształcenie wyższe – specjalność, ukończone szkolenia*

……..

Osoby współpracujące – pielęgniarki – posiadanie odpowiednie wykształcenie - *prawo wykonywania zawodu pielęgniarki (inne jeśli są wymienić jakie)*

……

Imię i nazwisko	zawód	uzyskany stopień specjalizacji

Warunki niezbędne do realizacji świadczeń:

Odpowiednio przystosowane zaplecze:

……

……

i. Dowody skuteczności planowanych działań.

- *opinie ekspertów klinicznych na temat planowanych w programie działań, (podać dowody skuteczności),*
- *powołanie się na zalecenia kliniczne dotyczące postępowania w danym problemie zdrowotnym,*
- *dowody skuteczności działań, analizy (wskazane jest załączyć do oferty- opisać)*

……

……

(Wskazane jest załączyć do oferty programowej

5. **KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU**

a.

Przewidywana kwota wydatków dla szacunkowej liczby dzieci urodzonych w latach 2014- 2016

Koszty związane z realizacją programu:

……..

……..

Koszt realizacji programu ogółem …… Zł.

b. Źródła finansowania programu – środki finansowane z …….

……..

c. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

…….

…….

Wybierając program szczepień rotawirusowych, meningokokowych

i pneumokokowych samorząd kierował się ;

…….

……

6. **MONITOROWANIE I EWALUACJA** (ocena jakości programu)

Realizator programu przedstawi po realizacji, SPRAWOZDANIE Z OCENĄ WYKONANIA PROGRAMU

a. Ocenę zgłaszalności do programu – liczba …….. % populacji do której program jest kierowany,

b. Ocenę jakości świadczeń w programie

7. **OKRES REALIZACJI PROGRAMU**

……

Załączniki :

1. ……..
2. …….
3. …….

Wymagane załączniki do oferty

Oferty powinny zawierać:

1) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z:

- treścią ogłoszenia,
- warunkami konkursu
- warunkami umowy
- oświadczenie oferenta powinno zawierać informację, że świadczenia konkursowe nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami oraz to, że wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

2) dane o oferencie:

nazwę i siedzibę zakładu opieki zdrowotnej/podmiotu;

3) aktualny odpis potwierdzający wpis do właściwej ewidencji lub rejestru (dotyczy statusu prawnego oferenta składającego ofertę i prowadzonej przez niego działalności);

4) inne dokumenty mogące mieć wpływ w ocenie oferenta na merytoryczną wartość składanej oferty;

5) określenie warunków lokalowych, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny;

6) informację o kwalifikacjach zawodowych, poparte kopiami dokumentów, potwierdzających kwalifikacje zawodowe kadry przewidzianej do realizacji programu;

7) wykazanie doświadczenia oferenta w realizacji programów zdrowotnych;

8) proponowaną kwotę należności za realizację zadania;

9) szczegółową kalkulację kosztów;

10) jednostkowy koszt realizacji programu;

11) proponowany czas trwania umowy;

12) kopie statutu jednostki lub inny aktualny dokument określający cel i zadania podmiotu;

13) kopię zaświadczenia NIP;

14) kopię zaświadczenia REGON;

15) kopię polisy ubezpieczeniowej OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;

Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację „za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym" oraz pieczątkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert;

Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr160.2015

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 2 grudnia 2015 r.

Projekt

UMOWA NR ……... RO.OZ. ……..

zawarta dnia **……..** pomiędzy Gminą Grębocice, w imieniu której działa:

Roman Jabłoński – Wójt Gminy Grębocice

przy kontrasygnacie Barbary Jurcewicz – Skarbnika Gminy

zwaną w dalszej części umowy **ZAMAWIAJĄCYM**

a

……

reprezentowanym przez:

- ……..

zwanego dalej **REALIZATOREM**, o następującej treści:

§ 1. 1. **REALIZATOR** zobowiązuje się do realizacji na rzecz mieszkańców Gminy Grębocice **„Programu polityki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na Rok 2016"** za kwotę, która nie przekroczy **……..zł. brutto** słownie: (…… …… zł. 0/100 brutto).

2. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany umowy przez zwiększenie wartości ogólnej programu, przy zachowaniu cen wskazanych w ofercie.

3. Oferta programowa **REALIZATORA** programu stanowi integralną część umowy.

4. **REALIZATOR** programu jest zobowiązany do podania, do wiadomości publicznej w mediach lokalnych informacji o planowanej realizacji programu.

5. **REALIZATOR** programu zobowiązany jest do zamieszczenia w widocznym miejscu w placówce realizującej zadanie informacji, że prowadzony program zdrowotny jest finansowany ze środków budżetu Gminy Grębocice.

§ 2. REALIZATOR będzie realizował program, o którym mowa § 1 w okresie od ……do ……

§ 3. 1. Strony przewidują, iż przedmiotem niniejszej umowy zostanie objętych …… dzieci.

2. Określenie populacji uprawnionej do świadczeń zdrowotnych oraz zasady organizacji programu, znajdują się w ofercie programowej stanowiącej integralną część umowy.

§ 4. 1. **REALIZATOR** jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej na

zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.

2. **REALIZATOR** jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej

na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.

3. **REALIZATOR** zobowiązuje się do poddania się kontroli i przygotowywania na każde żądanie ZAMAWIAJĄCEGO informacji dotyczących kalkulacji i danych związanych z realizacją programu.

4. **REALIZATOR** jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz do

wykonywania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy

medycznej i zasadami etyki zawodowej.

5. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją programu, o którym mowa w §1 ust. 1 odpowiedzialność ponosi **REALIZATOR**.

§ 5. 1. Kwota, o której mowa w § 1 ust. 1 będzie wypłacana w ratach, przelewem na konto **REALIZATORA**, w okresie 14 dni od daty przedłożenia rachunku, z tym że za miesiąc grudzień przelanie zobowiązania nastąpi do ……. 2016r. Wysokość każdej raty zależała będzie od ilości świadczeń medycznych wykonanych na rzecz uczestników programu."

2. W grudniu rachunek będzie wystawiony nie później niż do ……..

3. **REALIZATOR** zobowiązuje się do rozliczenia usługi, o której mowa w §1

i przedłożenia każdorazowo w raz z rachunkiem, sprawozdania opisowego.

4. Sprawozdanie powinno zawierać:

a) ilość osób objętych programem,

b) rodzaj wykonywanej usługi,

5. REALIZATOR zobowiązuje się w terminie do 15 stycznia 2017r., do przedłożenia SPRAWOZDANIE Z OCENĄ WYKONANIA PROGRAMU w 2016r. będącego załącznikiem do niniejszej umowy.

§ 6. 1. Umowa może zostać przez **ZAMAWIAJĄCEGO** rozwiązana ze skutkiem

natychmiastowym w przypadku naruszenia jej postanowień, nieterminowego oraz nienależytego jej wykonania.

2. Z tytułu nienależytego wykonania umowy **REALIZATOR** zapłaci **ZAMAWIAJĄCEMU** karę umowną w wysokości 10% wartości przedmiotu umowy.

§ 7. REALIZATOR nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom.

§ 8. ZAMAWIAJACY zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy z miesięcznym okresem wypowiedzenia.

§ 9. Zmiany postanowień niniejszej umowy wymagają dla swej ważności, formy pisemnej w postaci aneksu.

§ 10. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 11. Umowę spisano w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których dwa otrzymuje **ZAMAWIAJĄCY**, jeden otrzymuje **REALIZATOR**.

ZAMAWIAJĄCY **REALIZATOR**

Załącznik

do umowy nr ……..

z dnia……..

SPRAWOZDANIE Z OCENĄ WYKONANIA PROGRAMU
„Programu profilaktyki zdrowotnej– „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na Rok 2016"

określonego w umowie nr ……..... , zawartej w dniu …….……

Dane realizatora programu:

1. Nazwa placówki/jednostki realizującej program…….

2. Dokładny adres jednostki…….

3. Koordynator programu lub osoba odpowiedzialna za realizację…….

4. Czas realizacji programu…….

5. Charakterystyka populacji objętej programem…….

6. Liczba osób, które skorzystały z programu…….

Ogólna liczba objętych programem ……

Określić stopnia osiągnięcia głównego celu po realizacji programu.

7. Główny cel programu.

……

8. Cele szczegółowe programu.

……

Które z ww. celów szczegółowych zostały zrealizowane, a których nie zrealizowano i dlaczego?

……..

……..

Analiza statystyczna:

9. Realizatorzy zadań programowych, podać ich kwalifikacje i zrealizowane przez nich zadania.

Wykaz imienny	Kwalifikacje

10. Zakres zrealizowanych zadań programowych

Liczba przyjętych pacjentów i udzielonych świadczeń w ramach programu:

Rodzaj udzielonych świadczeń	Liczba uczestników
Badania ……	
Szczepienia …….	
Inne ……..	

11. **MONITOROWANIE I EWALUACJA** (ocena jakości programu)

a. Ocena zgłaszalności do programu – …….

b. Ocena jakości świadczeń w programie

……

c. Ocena efektywności programu:

……..

……..…

12. Forma i sposób realizacji oświaty zdrowotnej :

…….

Sposób przeprowadzenia akcji informacyjno- reklamowej skierowanej do adresatów programu: ……..…..

13. Wnioski i uwagi z realizacji programu:

…….……

…….…

14. ROZLICZENIE FINANSOWE PROGRAMU

Zestawienie faktur (rachunków)

L.p.	Numer	Data	Nazwa wydatku	Kwota (zł)

	Faktury/rachunku	wystawienia		

- ogólny koszt programu …….
- wysokość kwoty zabezpieczonej w umowie ……
- wykorzystanie środków finansowych w zł. w % ……

15. Proszę podać kwotę, która nie została wykorzystana w programie.

……..

16. W przypadku kiedy kwota nie została wykorzystana w całości podać powód.

……

Załączniki:

…….

Oświadczam (my), że:

1) od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny podmiotu,
2) wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
3) wszystkie kwoty wymienione w zestawieniu faktur (rachunków) zostały faktycznie poniesione.

.....

Pieczęć podmiotu realizującego

program