

**ZARZĄDZENIE NR 205.2018**  
**WÓJTA GMINY GRĘBOCICE**

z dnia 27 grudnia 2018 r.

**w sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na wyłonienie realizatora „Programu Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice” na 2019 r. oraz zatwierdzenia projektu umowy.**

Na podstawie art. 48 ust. 1 i art. 48 b, w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz.1510 ze zm.) oraz Uchwały nr XX/79/2015 Rady Gminy w Grębocicach z dnia 24 listopada 2015 r. w sprawie realizacji „Programu Polityki Zdrowotnej dla Gminy Grębocice na lata 2016 - 2020” oraz Zarządzenia nr 120/2017 Wójta Gminy Grębocice z dnia 12.06.2017 r. w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego Urzędu Gminy Grębocice § 42 zarządzam co następuje:

**§ 1.** Ustala się szczegółowe warunki konkursu na realizację **Programu Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice” na 2019 r.** 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 w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice” na 2019 r.** wraz z arkuszem ewaluacyjnym oceny merytorycznej programu – w brzmieniu załącznika nr 3 do zarządzenia.

**§ 3.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wójt Gminy Grębocice

**Roman Jabłoński**

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 205.2018

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 27 grudnia 2018 r.

### CZĘŚĆ I.

**Na wyłonienie realizatora „Programu Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice” na 2019 r.**

### CZĘŚĆ I.

**Na wyłonienie realizatora „Programu Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice” na 2019 r.**

### CZĘŚĆ I.

**Na wyłonienie realizatora „Programu Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice” na 2019 r.**

1. Zamawiający	Gmina Grębocice ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 76 8 315501
2. Organizator konkursu	Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 76 8 325306
3. Forma konkursu	Konkurs – przeprowadzony zgodnie z 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 2018 r., poz.1510 ze zm.)
4. Przedmiot konkursu	Przedmiotem konkursu jest: <b>„Programu Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice” na 2019 r.</b> <b>Zakres realizowanego programu:</b> - rehabilitację leczniczą mającą na celu terapię bólu przewlekłego; - zapewnienie normalnego funkcjonowania i realizowania przez chorych samodzielnie funkcji życiowych i czynności samoobsługowych lub z niewielką pomocą osób trzecich; - zapewnienie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób z rynku pracy i życia społecznego; - zapewnienie profesjonalnej rehabilitacji nastawionej na osiągnięcie wymiernych dla chorych rezultatów, w tym ograniczenia przyjmowania środków przeciwbólowych, usamodzielnienia się w czynnościach i funkcjach życiowych, przywrócenia możliwości wykonywania pracy zarobkowej i rolniczej;  <b>Cele szczegółowe programu:</b> 1. Przywracanie sprawności ruchowej pacjentów. 2. Poprawa dostępności do usług rehabilitacyjnych. 3. Usunięcie lub ograniczenie procesów chorobowych. 4. Zapobieganie nawrotom i postępowaniu choroby. 5. Zwalczanie bólu. 6. Zwiększanie siły mięśniowej i zakresu ruchu. 7. Przywracanie prawidłowych stereotypów ruchowych. 8. Zapobieganie niepełnosprawności.

	<p>9. Edukacja zdrowotna.</p> <p><b>Odbiorcami programu będą mieszkańcy gminy Grębocice – zameldowane lub zamieszkujące z zamiarem stałego pobytu na terenie Gminy Grębocice</b></p> <p>b. Szacunkowa liczba osób, które rocznie skorzystają z programu – ok. 200 osób.</p>
5. Realizatorzy	Do konkursu mogą przystąpić podmioty lecznicze prowadzące działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 160, 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	<p>Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. Profilaktyki Zdrowotnej pok. Nr 19 ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice</p> <p><b>od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 21.01.2019 r. od poniedziałku do czwartku w godz. od 7.30 do 15.30 oraz w piątek od 7.30 do 14.00</b></p>
7. Miejsce, sposób i termin składania ofert	<p>Oferty składa się w zamkniętej kopercie w formie pisemnej, czytelnej pod rygorem nieważności z napisem: wyłonienie realizatora „<b>Programu Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice</b>” na 2019 r.</p> <p>- <b>Nie otwierać przed terminem Posiedzenia Komisji Konkursowej</b>, zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych, wypełnionych czytelnie, należy składać w terminie do dnia <b>21.01.2019 r. do godziny 10.00 pok. nr 1 (Centrum Obsługi Mieszkańca) ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice.</b></p> <p>O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.</p>
8. Termin rozpatrzenia ofert	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. 19, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice.
9. Sposób informowania o wynikach konkursu	<p>Wyniki konkursu zostaną podane do wiadomości publicznej po posiedzeniu Komisji w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia otwarcia ofert.</p> <p>Uczestnicy konkursu zostaną powiadomieni pisemnie o wynikach konkursu ofert niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.</p>
10. Istotne postanowienia dotyczące umowy i jej treści	<p>Niniejszy konkurs będzie stanowił podstawę do zawarcia umowy na realizatora „<b>Programu Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice</b>” na 2019 r.</p> <p>Program będzie realizowany do wyczerpania środków finansowych zabezpieczonych w umowie ale nie dłużej niż do <b>31.12.2019 r.</b></p>
11. Zastrzeżenia zamawiającego	<p>1. Oferty, które nie spełniają wymogów określonych w Regulaminie konkursu, są niekompletne oraz złożone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.</p> <p>2. Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany terminów składania ofert bez podania przyczyny.</p>

	<p>3. Oferty będą oceniane w odniesieniu do najkorzystniejszych warunków przedstawionych przez oferentów ze szczególnym uwzględnieniem dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych a więc odległości placówek tj. wskazanie, co najmniej 2 lokalizacji placówek medycznych bezpośrednio graniczących z gminą Grębocice, w których będą wykonywane świadczenia medyczne w ramach programu.</p>
--	--

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 205.2018

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 27 grudnia 2018 r.

**CZĘŚĆ II.  
FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY REALIZACJI**

**PROGRAMU:  
CZĘŚĆ II.  
FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY REALIZACJI**

**PROGRAMU:**

.....  
1. Oferent (pełna nazwa)

.....  
.....  
.....  
2. Adres, kod pocztowy, telefon i fax. oferenta

.....  
.....  
3. Nazwisko i imię dyrektora instytucji (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

**„Programu Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice” na rok 2019**

**1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO**

**a. Opis problem zdrowotny**

**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, gminy lub powiatu, województwa )*

.....  
.....

**2. CELE PROGRAMU**

**a. Cel główny programu:**

.....

**b. Cele szczegółowe programu:**

.....

**c. Oczekiwane efekty:**

.....

**d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.**

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

.....  
.....  
.....  
.....

**3. ADRESACI PROGRAMU**

**a) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe**

.....

Kryteria zakwalifikowania do programu:

.....  
.....

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

**b. Tryb zapraszania do programu.**

.....  
.....

**4. ORGANIZACJA PROGRAMU:**

.....

**5. Realizacja programu:**

.....  
.....

**a) Planowane interwencje.**

.....

**b) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników**

.....

.....

c) **Zasady udzielania świadczeń w ramach programu**

.....

d) **Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.**

.....

e) **Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości.**

f) **Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

.....

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,

g) **Kompetencje/ warunki niezbędne do realizacji programu:**

**Koordinator programu - .....**

Kwalifikacje: *wykształcenie – 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:

.....

h) **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 programowej*

**5. KOSZTY**

Planowane koszty całkowite - .....

Koszt jednostkowy - .....

a) Źródła finansowania programu – środki finansowane z .....

b) Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne. Zaplanowane na realizację zadań koszty gwarantują szeroki dostęp do programu dla wszystkich potencjalnych pacjentów

.....  
.....

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

.....

a) Ocena jakości świadczeń w programie

.....

b) Ocena efektywności programu

.....

## 7. Okres realizacji programu

Załącznik do programu

Ankieta oceny jakości udzielanych świadczeń

Gmina Grębocice

data wypełnienia ankiety:.....

Proszę o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania.

1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w przychodni? Oceń w skali od 1 do 5 (gdzie 1 oznacza nisko a 5 bardzo dobrze):

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

2. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę? Oceń w skali od 1 do 5 (gdzie 1 oznacza nisko a 5 bardzo dobrze):

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

3. Czy jest Pan(i) zadowolona z czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych?

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

4. Jak Pan(i) ocenia poziom personelu medycznego w trakcie wizyty?

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

a) Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

b) Komunikatywność (wyczerpujące przekazywanie informacji)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

c) Zapewnienie intymności

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5. Inne uwagi

.....

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom

Wymagane załączniki do oferty.

**Oferta powinna zawierać:**

1) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z:

- treścią ogłoszenia,
- warunkami konkursu,
- warunkami umowy,
- oświadczenie o przechowywaniu dokumentacji medycznej uczestników programu przez okres 5 lat,
- oświadczenie, 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.
- **Oświadczenie, o wypełnieniu obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\*) wobec osób fizycznych,**
- wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego oraz kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- statut podmiotu leczniczego – nie dotyczy przedsiębiorców, zgodnie z art. 23 i 24 w związku z art. 42 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 160, ze zm.).
- kopię zaświadczenia NIP;
- kopię zaświadczenia REGON;
- 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 pieczętkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert;**

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 205.2018

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 27 grudnia 2018 r.

**KLAUZULA INFORMACYJNA Z ART. 13 RODO**  
**pod nazwą:**  
**Oświadczenie w związku z obowiązkiem informacyjnym**

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:*

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Grębocice, ul. Głogowska 3 ,  
59 – 150 Grębocice.

2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Gminie Grębocice jest Pan Tomasz Wadas *kontakt:* :  
iodo@nsi.net.pl tel. (+48) 76 835 88 01.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na zadanie:

wyłonienie realizatora **rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu – mieszkańców gminy Grębocice”**

**pod nazwą:**

**Program Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice na 2019 r.**

nr sprawy RO.8010.24.2018 prowadzonym w trybie konkursu ofert;

4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO w celu realizacji ustawowych zadań Gminy Grębocice związanych z ogłoszonym konkursem ofert na realizację **Program Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice na 2019 r.**

*Nr sprawy: RO.8010.24.2018* na podstawie art. 14 ust. 1 w związku z art. 2 pkt. 3 i 4 art. 13 pkt 3 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym oraz wewnętrznych regulacji.

5. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;

6. posiada Pani/Pan:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania

danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;

- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy

Nr sprawy RO.8010. 24.2018

7. Nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. e RODO.

***Załącznik do klauzuli***

**Oświadczenie w związku z obowiązkiem informacyjnym**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o realizację programu polityki zdrowotnej w niniejszym postępowaniu.

Składamy niniejszą ofertę konkursową we własnym imieniu.

.....  
*Podpis osoby zobowiązanej do przekazania obowiązku informacyjnego*

Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 205.2018

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 27 grudnia 2018 r.

**UMOWA NR .....RO.OZ . ..... . 2019**

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 usług rehabilitacji ramach: **Programu Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice na 2019 r.** za kwotę, która nie przekroczy ..... **zł. brutto** słownie: ( ..... zł. 0/100 brutto ). w tym:

- usługi w zakresie rehabilitacji pacjentów – kwota: ..... zł,

- koszty reklamy i promocji programu – kwota: ..... zł.

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

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

**§ 2.** Program będzie realizowany od ..... do ..... lub do wyczerpania środków finansowych zabezpieczonych w umowie, ale nie dłużej niż do .....

**§ 3. 1.** Jednostkowy koszt realizacji programu przypadający na jednego uczestnika programu wynosi ..... zł.

2. Określenie populacji uprawnionych do świadczeń zdrowotnych i zasady organizacji programu znajdują się w ofercie 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 na każde żądanie

**ZAMAWIAJĄCEGO.**

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 wypłacona przelewem na konto **REALIZATORA**, na podstawie faktur częściowych za okresy miesięczne, w terminie 14 dni od daty przedłożenia faktury.

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

i przedłożenia każdorazowo wraz z fakturą, sprawozdania opisowego.

3. Sprawozdanie powinno zawierać:

- a) ilość osób objętych programem,
- b) podanie miejscowości zamieszkania beneficjentów programu,
- c) ilość i rodzaj wykonywanych pakietów.

4. **REALIZATOR** zobowiązuje się po zakończeniu programu, w terminie 7 dni od wpływu faktury rozliczeniowej, do przedłożenia rozliczenia - „Sprawozdanie z oceną wykonania zadania”, zrealizowanego w 2019r. 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. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

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

**ZAMAWIAJĄCY**

**REALIZATOR**

Załącznik

do umowy nr .....2018

z dnia .....

### SPRAWOZDANIE Z OCENĄ WYKONANIA ZADANIA

.....  
.....

Nazwa Zadania

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 (np. ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców, specjalistyczna ocena ekspercka),  
.....

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 Faktury/rachunku	Data wystawienia	Nazwa wydatku	Kwota (zł)

--	--	--	--	--

- 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:

1. ....
2. ....

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