ZARZĄDZENIE NR 221.2019
WÓJTA GMINY GRĘBOCICE

z dnia 12 grudnia 2019 r.

w sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na wyłonienie realizatora Programu Polityki Zdrowotnej - „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU" na rok 2020 oraz zatwierdzenia projektu umowy.

Na podstawie art. 7 ust. 1, pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2019r., poz. 506 ze zm.) i 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 (tj. Dz. U. z 2019 r., poz.1373 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" zarządzam co następuje:

§ 1. Ustala się szczegółowe warunki konkursu na wyłonienie realizatora Programu Polityki Zdrowotnej - **„BECIKOWE PO GRĘBOCICKU"** na rok 2020 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 2020 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 Jabłoński

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 221.2019

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 12 grudnia 2019 r.

CZĘŚĆ I.
SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU
na realizację Programu Polityki Zdrowotnej – BECIKOWE PO GRĘBOCICKU" na rok 2020

do Zarządzenia Nr 221.2019

Wójta Gminy Grębocice
z dnia 12 grudnia 2019 r.

CZĘŚĆ I.
SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU
na realizację Programu Polityki Zdrowotnej – BECIKOWE PO GRĘBOCICKU" na rok 2020

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 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 2019 r., poz. 1373 ze zm.)
4. Przedmiot konkursu	Przedmiotem konkursu na realizatora Programu Polityki Zdrowotnej – **BECIKOWE PO GRĘBOCICKU"** na rok 2020" jest: **Program dla każdego beneficjenta obejmujący szczepienia przeciwko:** **- rotawirusom roczniki 2019 i 2020,** **- meningokokom roczniki 2018, 2019 i 2020,** **cel:** Celem programu będzie zwiększenie odporności wśród zaszczepionych dzieci, zapobieganie chorobom wywołanym poprzez rotawirusy, meningokoki 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 2018r. i 2019 r. kontynuacja szczepień i 2020r. – rozpoczęcie szczepień. 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 – zameldowane na pobyt stały, na terenie gminy Grębocice**

	(potwierdzone z rejestrem 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 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz.1373 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 19 ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice **od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 08.01.2020r.**
7. Miejsce, sposób i termin składania ofert	Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs: **na realizatora** Programu Polityki Zdrowotnej **– „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU" na rok 2020** zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych wypełnionych czytelnie, należy składać w terminie do dnia **08.01.2020r. do godziny 12.00** w **Centrum Obsługi Mieszkańca (pok. nr 1) Urzędu Gminy Grębocice, ul. Głogowska 3,** 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. 19, 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 2020 na okres od dnia podpisania umowy do dnia **18.12.2020r.**
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. Zasoby kadrowe oferty zapewniają prawidłową realizację zadania. 10. Koszt jednostkowy oferty adekwatny do kosztów realizacji zadania w odniesieniu do zakresu rzeczowego zadania.

Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 221.2019

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 12 grudnia 2019 r.

CZĘŚĆ II.
FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY WYŁONIENIA 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

.....

Oferta programowa w zakresie:
Programu polityki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU" na rok 2020

Czas realizacji od podpisania umowy do 18.12.2020r.

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 2018, 2019 i 2020 roku .

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 2018, 2019 i 2020 roku.

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 –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 2018.**

- szczepionka – meningokoki - typu …… cena szczepionki - …...……

Zasady wyboru preparatu, który zostanie w programie zastosowany:

……

3. **Rocznik 2019.**

- szczepienia rotawirusy: typ …… cena szczepionki - ……..…

- szczepionka – meningokoki - typu …… cena szczepionki - ……

4. **Rocznik 2020.**

- szczepienia rotawirusy: typ …… 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 2018, 2019 i 2020 roku. Szacunkowa ilość dzieci objętych programem – 125 dzieci.

……

Warunki zakwalifikowania dziecka do programu:

1. Zameldowanie dziecka na pobyt stały, na terenie gminy Grębocice (potwierdzone w rejestrze ewidencji ludności);

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 zakwalifikowanych do programu w 2020 r.

…….

Koszty związane z realizacją programu (średni koszt jednostkowy programu):

…….

b. Szczegółowa kalkulacja kosztów realizacji programu

……..

Szacunkowy roczny koszt realizacji programu na jedno dziecko - ……

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

……..

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

…….

…….

Wybierając program szczepień rotawirusowych, meningokokowych

i 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. ……..…

c. Ocenę efektywności programu ……

7. **OKRES REALIZACJI PROGRAMU.**

……

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, o dysponowaniu wykwalifikowaną kadrę medyczną posiadającą stosowne uprawnienia i kwalifikację do realizacji usług medycznych wymaganych przy realizacji programu,
- 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**,
- Potwierdzenie posiadania tytułu prawnego do dysponowania lokalem, w którym świadczone będą usługi;
- 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: (t. j. Dz. U. z 2018, poz. 2190) - kopia;
- 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 pieczątkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert;

Załącznik nr 1 do formularza ofertowego

OŚWIADCZENIE REALIZATORA

Oświadczam(y), że zapoznałem(liśmy) się i akceptuję (my):

1. Treść ogłoszenia Wójta Gminy Grębocice na świadczenie usług zdrowotnych na rzecz mieszkańców Gminy Grębocice.

2. Wzór Umowy, który został załączony do ogłoszenia i zobowiązuje(my) się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Gminę.

3. Oświadczam(y), że udzielone w ramach niniejszego konkursu ofert ogłoszonego przez Wójta Gminy Grębocice świadczenia zdrowotne nie będą w całości lub w części - powodującej podwójne finansowanie refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a w sytuacji powodującej podwójne finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Gminę Grębocice zobowiązuję się do zwrotu kwoty podwójnego dofinansowania, do budżetu gminy.

4. Oświadczam, że dysponuję wykwalifikowaną kadrę medyczną posiadającą stosowne uprawnienia i kwalifikację do realizacji usług medycznych wymaganych przy realizacji programu,

5. Oświadczam(y), że wypełniono obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (rozporządzenie 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskano w celu ubiegania się o udzielenie dotacji w niniejszym konkursie ofert (w zakresie jakim jest to wymagane).

…… ……..……..

miejscowość, data Imię i nazwisko i podpis oferenta

lub osoby (osób) występujących
w imieniu oferenta

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 221.2019

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 12 grudnia 2019 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 Programu polityki zdrowotnej – **„BECIKOWE PO GRĘBOCICKU"** na rok 2020 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.

1. **REALIZATOR** zobowiązuje się do poddania się kontroli i przygotowywania na każde żądanie **ZAMAWIAJĄCEGO** informacji dotyczących kalkulacji i danych związanych z realizacją programu, z zastrzeżeniem poszanowania praw i wolności beneficjentów 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. Należność za wykonanie usługi będzie rozliczana za okresy miesięczne, na podstawie wystawionej faktury do 7 dnia następnego miesiąca.

2. Kwota o której mowa w § 1 ust. 1 będzie wypłacana w terminie 14 dni od daty jej wpływu do siedziby **ZAMAWIAJACEGO,** na wskazany rachunek bankowy Realizatora nr ……

3. Zmiana numeru rachunku nie jest zmianą wymagającą aneksowania umowy. Świadczeniodawca przekaże **Zleceniodawcy** listownie nowe dane.

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

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

i przedłożenia każdorazowo w raz z rachunkiem, sprawozdania opisowego.

6. Sprawozdanie powinno zawierać:

a) ilość dzieci objętych programem,

b) miejscowość,

c) rodzaj wykonywanej usługi,

d) rodzaj szczepienia

c) inne dane wymagane przez Zleceniodawcę

7. **REALIZATOR** zobowiązuje się do przedłożenia SPRAWOZDANIA Z OCENĄ WYKONANIA PROGRAMU za 2020r. będącego załącznikiem do niniejszej umowy

w terminie 14 dni od zakończenia programu.

§ 6. 1. Każda ze Stron, jako administrator danych osobowych uzyskanych od drugiej Strony w związku z realizacją Umowy, zobowiązana jest do przestrzegania właściwych przepisów o ochronie danych osobowych, w szczególności 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/RODO), w tym do zrealizowania obowiązków informacyjnych określonych w jego art. 13 i 14 (dalej również jako przekazanie klauzuli informacyjnej).

2. W związku z realizacją Umowy będzie dochodziło do przekazywania sobie przez Strony danych osobowych (między administratorami danych):

a) osób reprezentujących drugą Stronę przy podpisaniu Umowy,

b) osób upoważnionych przez **Realizatora** do wystawienia faktury,

c) osób upoważnionych przez Strony do realizacji Umowy.

3. Osoby wskazane w ust. 2 pod lit. a) przy podpisaniu Umowy zapoznają się z klauzulą informacyjną zamieszczoną w Załączniku nr 2 i 3 do niniejszej umowy.

4. Strony oświadczają, że osoby wymienione w ust. 2 pod lit. b) i c) w zakresie swoich obowiązków zostaną zaznajomione z niniejszą Umową, w tym zapoznają się z klauzulą informacyjną zamieszczoną w Załączniku nr 2 i 3.

5. Niezależnie od postanowień powyżej, każda ze Stron jeśli w ramach realizacji niniejszej umowy udostępni drugiej Stronie dane osób innych niż wymienione w ust. 2 pod lit. a) – c), zrealizuje obowiązek informacyjny w imieniu i na rzecz drugiej Strony poprzez przekazanie tym osobom treści klauzuli informacyjnej zamieszczonej odpowiednio w Załączniku Nr 2 lub 3.

§ 7. 1. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo rozliczenia płatności wynikających z umowy za pośrednictwem metody podzielonej płatności (ang. *split payment*) przewidzianego w przepisach ustawy o podatku od towarów i usług.

2. Realizator oświadcza, że rachunek bankowy wskazany w Umowie:

a) jest rachunkiem umożliwiającym płatność w ramach mechanizmu podzielonej płatności , o którym mowa powyżej,

b) jest rachunkiem znajdującym się w elektronicznym wykazie podmiotów prowadzonym od 1 września 2019 r. przez Szefa Krajowej Administracji Skarbowej, o którym mowa w ustawie o podatku od towarów i usług.

3. W przypadku gdy rachunek bankowy Realizatora nie spełnia warunków określonych w pkt. 2, opóźnienie w dokonaniu płatności w terminie określonym w umowie, powstałe wskutek braku możliwości realizacji przez Gminę płatności wynagrodzenia z zachowaniem mechanizmu podzielonej płatności bądź dokonania płatności na rachunek objęty wykazem, nie stanowi dla Realizatora podstawy do żądania od Zleceniodawcy jakichkolwiek odsetek / odszkodowań lub innych roszczeń z tytułu dokonania nieterminowej płatności.

§ 8. 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.

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

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

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

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

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

ZAMAWIAJĄCY **REALIZATOR**

Załącznik nr 1

do umowy nr ……..

z dnia……..

SPRAWOZDANIE Z OCENĄ WYKONANIA PROGRAMU
Programu profilaktyki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU" na rok 2020

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 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:

…….

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

Załącznik nr 2
do Umowy nr …..…..
z dnia…….

Klauzula informacyjna Gminy dla osób reprezentujących Stronę, upoważnionych do realizacji Umów

KLAUZULA INFORMACYJNA Z ART. 13 RODO

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 **programu polityki zdrowotnej w ramach:** Programu Polityki Zdrowotnej „Programu profilaktyki zdrowotnej – **„BECIKOWE PO GRĘBOCICKU"** na rok 2020 nr sprawy RO.8010.16.2019 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 **programu polityki zdrowotnej w ramach: Programu Polityki Zdrowotnej „Programu profilaktyki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- na rok 2020"**

Nr sprawy: RO.8010.16.2019 na podstawie art. 48 ust. 1 i art. 48a ust.1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. oświadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz 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.8010.14.2018

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.

ZAMAWIAJĄCY **REALIZATOR**

Załącznik do klauzuli
<u>Oświadczenie w związku z obowiązkiem informacyjnym</u>

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14RODO[1)] 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 3
do Umowy nr …..…..
z dnia…….

1. Dane osobowe osób reprezentujących każdą ze Stron, wymienionych w części wstępnej Umowy oraz osób wyznaczonych do kontaktów i zaangażowanych w realizację Umowy po każdej ze Stron, udostępniane będą drugiej Stronie, która stanie się administratorem danych osobowych i przetwarzane przez nią w celu realizacji Umowy. Udostępnieniu **Zamawiającemu** podlegać będą również dane osobowe osób upoważnionych przez **Realizatora** do wystawienia faktury.

2. Strony realizują obowiązek informacyjny poprzez zamieszczoną niżej klauzulę:

a) Podstawę prawną udostępnienia danych oraz ich przetwarzania stanowić będzie prawnie usprawiedliwiony interes każdego z administratorów (każdej ze Stron), o którym mowa w art. 6 ust.1 lit. f) 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), związany z realizacją niniejszej Umowy, w tym udokumentowania jej zawarcia oraz rozliczenia, z uwzględnieniem potrzeb kontrolnych lub audytowych.

b) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, z tym że podanie danych: a) osób reprezentujących każdą ze Stron stanowi warunek umożliwiający zawarcie umowy; b) osób wyznaczonych do kontaktów i dokonywania bieżących uzgodnień pomiędzy Stronami oraz osób upoważnionych do wystawienia faktury stanowi warunek dopuszczenia do realizacji czynności.

c) Strony podają, że dane te będą przetwarzały w okresie koniecznym do realizacji i rozliczenia Umowy, w tym przez czas konieczny do udokumentowania czynności z udziałem danej osoby, z uwzględnieniem okresu przedawnienia oraz przepisów podatkowych.

d) Z administratorem danych osobowych „MCZ" S.A. można kontaktować się listownie pod podanym w części wstępnej Aneksu adresem, zaś z wyznaczonym przez niego inspektorem ochrony danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania ujawnionych danych poprzez e – mail: k.wlosek@pws-kancelaria.pl.

e) Z administratorem danych osobowych Zamawiającym można kontaktować się listownie pod podanym w części wstępnej Umowy adresem, zaś z wyznaczonym przez niego inspektorem ochrony danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania ujawnionych danych poprzez e – mail: ….

f) Każda z osób wymienionych w pkt 1 powyżej posiada prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych z związku z przetwarzaniem w oparciu o prawnie usprawiedliwiony interes administratora, z przyczyn związanych z szczególną sytuacją, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w wypadku uznania, że administrator naruszył przepisy o ochronie danych osobowych.

g) Czynności przetwarzania nie będą obejmowały podejmowania decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

h) Dane osobowe mogą być ujawniane uprawnionym pracownikom Stron oraz podmiotom i ich pracownikom świadczącym na ich rzecz usługi wymagające dostępu do danych – w tym: prawne, finansowe, księgowe i informatyczne.

3. Każda ze Stron oświadcza, że osoby wymienione w pkt 1 powyżej zapoznają się z niniejszą Umową, w tym w szczególności – w celu zapoznania się z informacjami o przetwarzaniu ich danych osobowych – z zapisami w pkt 2 powyżej, ewentualnie, jeśli będzie to konieczne, każda ze Stron przekaże w/w osobom właściwe klauzule informacyjne w przyjęty przez siebie sposób.

ZAMAWIAJĄCY **REALIZATOR**