

**ZARZĄDZENIE NR 38.2020**  
**WÓJTA GMINY GRĘBOCICE**

z dnia 10 marca 2020 r.

**w sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na wyłonienie realizatora programu pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie próchnicy i higieny jamy ustnej, dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2020r.” 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 pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie próchnicy i higieny jamy ustnej, dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2019r.” w brzmieniu załącznika nr 1 oraz formularz ofertowy dotyczący realizacji programu – w brzmieniu załącznika nr 2 do zarządzenia.

§ 2. Ustala się projekt umowy na realizację – programu pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie próchnicy i higieny jamy ustnej, dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2020r.” wraz ze Sprawozdaniem z Oceną Wykonania Zadania – w brzmieniu załącznika nr 3 do zarządzenia.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Wójt Gminy Grębocice

**Roman Jabłoński**

**CZĘŚĆ I.****SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE****„Programu polityki zdrowotnej w zakresie próchnicy i higieny jamy ustnej, dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2020r.”**

1. Zamawiający	Gmina Grębocice ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 076 8 315501
2. Organizator konkursu	Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. Profilaktyki Zdrowotnej ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 076 8 325306
3. Forma 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 jest: - badanie, - nauka szczotkowania zębów, - rozmowy indywidualne, - lakowanie zębów trzonowych (zębów szóstych i siódmych), zębów przedtrzonowych (czwórek i piątek) – zdrowych; - grupa dzieci, która nie była poddana lakowaniu w roku poprzednim, - dzieci do ponownego lakowania, w przypadku kiedy lak wypadł z (bruzdy/zagłębienia) powierzchni zęba, Cele: -przeciwdziałanie próchnicy poprzez lakowanie zębów, -wyrabianie u dzieci i młodzieży nawyków higienicznych, -obniżenie występowania próchnicy przez wczesne wykrycie i działania profilaktyczne, Odbiorcami programu będą: dzieci – zameldowane lub zamieszkujące z zamiarem stałego pobytu, na terenie gminy Grębocice, w wieku szkolnym na poziomie szkoły podstawowej, co stanowi podstawowe kryterium udziału w programie. Wielkość całej populacji, to 437 dzieci, z których szacunkowo (ze szczególnym uwzględnieniem dzieci najmłodszych) weźmie udział w programie ok. 40 % -46% tj. ok 200 dzieci. Ogólna liczba mieszkańców - 5 358
5. Realizatorzy	Do konkursu mogą przystąpić podmioty określone (zgodnie z <b>art. 5 pkt. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b> (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	Urząd Gminy Grębocice

można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi dotyczącymi przedmiotu konkursu	Inspektor ds. Profilaktyki Zdrowotnej Pok. Nr 19 ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice <b>od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 30.03.2020r.</b>
7. Miejsce, sposób i termin składania ofert	Oferty składane są w zamkniętych kopertach z napisem konkurs na realizatora: „Programu polityki zdrowotnej w zakresie próchnicy i higieny jamy ustnej, dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2020r.” zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych wypełnionych czytelnie, należy składać w terminie do dnia <b>30.03.2020 r. do godziny 12.00</b> w Sekretariacie Urzędu Gminy Grębocice, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.
8. Termin rozpatrzenia ofert	<b>Oferty zostaną rozpatrzone</b> Otwarcie i rozpatrzenie ofert nastąpi na Posiedzeniu Komisji, którego termin i miejsce ustali Przewodniczący Komisji. 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 zdrowotnego, na okres od dnia podpisania umowy do wyczerpania środków finansowych zabezpieczonych w umowie, jednak nie dłużej niż do 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.

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

**PR.**.....

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/nich 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 zdrowotny pt.:**

**„Programu polityki zdrowotnej**

**w zakresie próchnicy i higieny jamy ustnej, dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2020r.”**

**1. OPIS (problemów) 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

.....

**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.**

- *zglaszalność do programu – liczba ..... - % populacji do której program jest kierowany*

.....

.....

.....

**3. ADRESACI PROGRAMU (populacja programu)**

**a. Oszacowanie populacji** (odnieść się do pkt 1 / c)

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

Szacunkowa liczba osób spełniająca powyższe kryterium to – ok. .... uczestników programu.

Kryteria zakwalifikowania do programu:

.....

.....

Przy kwalifikacji 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 :

.....  
Zasady wyboru preparatu, który zostanie w programie zastosowany:

**c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu**

.....  
.....

**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 produkty lecznicze:  
.....

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:**

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

Kwalifikacje: (wykształcenie, specjalność, ukończone szkolenia)

.....  
.....

Imię i nazwisko	zawód	uzyskany stopień specjalizacji

**Warunki niezbędne do realizacji świadczeń:**

Odpowiednio przystosowane zaplecze( medyczne, posiadany sprzęt, procedury medyczne zapewniające prawidłową realizację zadania) :

.....  
.....  
**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, publikacje)

.....  
.....  
(Wskazane jest załączyć do oferty programowej)

**5. KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU**

Szczegółowa kalkulacja kosztów.

- wartość jednostkowego badania stomatologicznego w zł. - .....
- wartość lakowania zęba w zł. - .....
- szacunkowa ilość beneficjentów biorących udział w programie - .....

.....  
a. Całkowity koszt przypadający na jednego pacjenta uwzględniając wszystkie koszty programu (Koszty jednostkowe) - .....

b. Koszt całkowity realizacji programu - .....

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

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

.....  
Wybierając program samorząd

kierował się .....

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

Wykonawca programu przedstawi po realizacji, na arkuszu ewaluacyjnym:

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

.....  
**7. OKRES REALIZACJI PROGRAMU**

Mając na wadzę uzyskanie celów programowych, program zostanie zrealizowany

.....  
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 informacyjnej 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 2020, poz. 295) - 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 pieczętę, 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).

.....

.....

miejsce, data

Imię i nazwisko i podpis oferenta

lub osoby (osób) występujących

w imieniu oferenta



## Projekt

### UMOWA NR ....RO.OZ. ....2020

Zawarta dnia .....2020r. 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

.....reprezentow  
anym przez:

.....zwanym  
dalej **REALIZATOREM**, o następującej treści:

§ 1. 1. **REALIZATOR** zobowiązuje się do realizacji na rzecz mieszkańców Gminy Grębocice programu pn.; **Program polityki zdrowotnej w zakresie próchnicy i higieny jamy ustnej, dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2020r.**” za kwotę, która nie przekroczy ..... zł brutto. słownie:

( ..... zł 0/100 brutto).

2. Koszt jednostkowy programu na jednego beneficjenta wynosi ..... zł.

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

4. **REALIZATOR** 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 których mowa § 1 w okresie od .....2020r. . do.....2020r.

§ 3. Określenie populacji dzieci uprawnionych do świadczeń zdrowotnych i 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 na każde żądanie **ZAMAWIAJĄCEGO**.

4. **REALIZATOR** jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania usług z należyłą 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.

2. Wysokość każdej raty zależała będzie od ilości świadczeń medycznych wykonanych na rzecz uczestników programu.

3. **REALIZATOR** zobowiązuje się do rozliczenia usługi, o której mowa w § 1 i przedłożenia każdorazowo wraz z rachunkiem, sprawozdania opisowego.

4. Sprawozdanie powinno zawierać:

- a) ilość osób objętych programem,
- b) adres,
- c) rodzaj wykonywanej usługi,
- d) data wykonywanej usługi,
- e) inne dane na żądanie Zamawiającego,

5. **REALIZATOR** zobowiązuje się po realizacji programu w terminie do 14 dni od wpływu ostatniego rachunku rozliczeniowego, do przedłożenia sprawozdania z oceną wykonania programu za 2020 będącego załącznikiem do niniejszej umowy.

§ 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).

§ 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 ....RO.OZ.....2020

z dnia .....2020r.

### SPRAWOZDANIE Z OCENĄ WYKONANIA PROGRAMU

**„Program profilaktyki próchnicy i higieny jamy ustnej dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2020r.”**

1. Nazwa placówki/jednostki realizującej program.
2. Dokładny adres jednostki.
3. Nazwa programu.
4. Koordynator programu lub osoba odpowiedzialna za realizację.
5. Czas realizacji programu.
6. Charakterystyka populacji objętej programem.
7. Liczba osób, które skorzystały z programu.

Ogólna liczba objętych programem –

Określić stopień osiągnięcia głównego celu po realizacji programu.

8. Główny cel programu.

.....

9. Cele szczegółowe programu.

.....

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

#### Analiza statystyczna:

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

Wykaz imienny	Kwalifikacje

Zakres zrealizowanych zadań programowych :

11. Wyniki realizacji programu:

Liczba przyjętych osób i udzielonych świadczeń w ramach programu:

Rodzaj udzielonych świadczeń	Liczba uczestników
Inne .....	

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

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

.....

(istotne elementy ewaluacyjne)

.....

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.

.....

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

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 zakresie próchnicy i higieny jamy ustnej, dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2020r.** nr sprawy RO.8010.1.2020 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 zakresie próchnicy i higieny jamy ustnej, dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2020r.**

*Nr sprawy: RO.8010.12020* na podstawie art. 48 ust. 1 i art. 48a ust.1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach 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.8010.1.2020.

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**

*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*