**Zarządzenie Nr 60.2022  
Wójta Gminy Grębocice**

z dnia 18 marca 2022 r.

**w sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na wyłonienie realizatora Gminnego Programu Polityki Zdrowotnej- Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w latach 2007-2009, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice na rok 2022**

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 2021 r., poz. 1285 ze zm.), Uchwały nr LI/340/2022 Rady Gminy Grębocice z dnia 15 marca 2022 r. w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Polityki Zdrowotnej- Szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w latach 2007-2009, zamieszkujących na terenie Gminy Grębocice na rok 2022 oraz Uchwały nr XXX/215/2020 Rady Gminy w Grębocicach z dnia 15 grudnia 2020r. w sprawie realizacji „Programu działań strategicznych Gminy Grębocice w zakresie zdrowia na lata 2021 - 2025”

**§ 1.**Ustala się szczegółowe warunki konkursu **na wyłonienie realizatora Gminnego Programu Polityki Zdrowotnej- Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w latach 2007-2009, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice,** w brzmieniu załącznika nr 1 oraz formularz ofertowy w brzmieniu załącznika nr 2  do zarządzenia.

**§ 2.**Ustala się projekt umowy na realizację – **Gminnego Programu Polityki Zdrowotnej Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w latach 2007-2009, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice”** 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 60.2022  
Wójta Gminy Grębocice  
z dnia 18 marca 2022 r.

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU**

na realizację **Gminnego** **Programu Polityki Zdrowotnej- Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w latach 2007-2009, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Zamawiający | Gmina Grębocice  ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice  tel. 076 8 315 501 |
| 2. Organizator konkursu | Urząd Gminy Grębocice  Podinspektor ds. Profilaktyki Zdrowotnej  ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice  tel. 076 8 325 306 |
| 3. Forma konkursu | Konkurs – przeprowadzony zgodnie z  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 2021 r., poz.1285 ze zm.). |
| 4. Przedmiot konkursu | Objęcie kompleksową opieką profilaktyczną dziewcząt urodzonych w latach 2007-2009 z terenu Gminy Grębocice  Celem programu jest:  Zapobieganie rakowi szyjki macicy poprzez szczepienia ochronne:   * + - 1. Edukacja zdrowotna – popularyzacja wiedzy i podwyższenie świadomości w zakresie zapobiegania chorobom nowotworowym i zakażeniom wirusem HPV.       2. Upowszechnienie nawyków systematycznego wykonywania badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów.       3. Kultywowanie zdrowego stylu życia.   **Odbiorcy programu:**  Dziewczęta urodzone w latach 2007-2009 z terenu Gminy Grębocice. Szacunkowa liczba beneficjentów, którzy skorzystają  z programu – 40 dziewcząt,  **–** zameldowane na terenie Gminy Grębocice lub zamieszkałe z zamiarem stałego pobytu na terenie gminy,  – liczba mieszkańców ogółem **- 5.346** |
| 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 (tj. Dz.U. z 2021 r., poz. 1285 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  Pok. Nr 20  ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice  od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia **04.04.2022r.** |
| 7. Miejsce, sposób i termin składania ofert | Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs na świadczenia w ramach **Gminnego** **Programu Polityki Zdrowotnej- Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w latach 2007-2009, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice**.  Zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych, wypełnionych czytelnie - należy składać  w terminie do dnia **04.04.2022r.** **do godziny 12.00**  w Centrum Obsługi Mieszkańca pok. nr 1,  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. 20, 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:  Realizację **Gminengo Programu Polityki Zdrowotnej- Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w latach 2007-2009, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice** na okres od dnia podpisania umowy do dnia **30.12.2022r.** |
| 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. |

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 60.2022  
Wójta Gminy Grębocice  
z dnia 18 marca 2022 r.

**FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY WYŁONIENIE REALIZATORA**

**PROGRAMU:**

…………………………………………………………………………………………………

* + - 1. Oferent (pełna nazwa)

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

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

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

* + - 1. 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 realizacje 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 zdrowotnegobędącego przedmiotem konkursu

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Gminny Program Polityki Zdrowotnej- Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w latach 2007-2009, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice na rok 2022**

**Czas realizacji od podpisania umowy do 30.12.2022r.**

**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.**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. **CELE PROGRAMU.**

**a. Cel główny programu:**

…………………………………………………………………………………………………

**b. Cele szczegółowe programu:**

………………………………………………………………..…………………………………

**c. Oczekiwane efekty wynikające z realizacji programu:**

…………………………………………………………………………………………………

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

*- zgłaszalność do programu – liczba ………… - % populacji do której program jest kierowany*

*………………………………………………………………………………………………………………*

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

*………………………………………………………………………………………………………………*

*- Ocena efektywności programu (porównanie stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym)*

………………………………………………………………………………………………......

…………………………………………………………………………………………………..

**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 osób 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:**

**Koordynator programu - ………………………………………..,**

Kwalifikacje:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 programowej)*

**5. KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU.**

a. Koszt jednostkowy - ………………………

b. Koszty całkowite - ……………………….…

Szczegółowa kalkulacja kosztów.

…………………………………………………………………………………………………..

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,

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

*……………………………………………………………………………………………………………….*

c. Ocenę efektywności programu *( np. porównanie stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym),*

…………………………………………………………………………………………….…….

**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 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 2021, poz. 711 ze zm.) - 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 Załącznika Nr 2

**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 60.2022  
Wójta Gminy Grębocice  
z dnia 18 marca 2022 r.

**UMOWA NR …… .RO.OZ. .………**

**zawarta w dniu** ………….. r. w Grębocicach

**pomiędzy** Gminą Grębocice w imieniu, której działa Urząd Gminy Grębocice

**z siedzibą** w Grębocicach, przy ul. Głogowskiej 3; 59 – 150 Grębocice

**reprezentowany przez:**

Wójta Gminy Grębocice – Romana Jabłońskiego,

**przy kontrasygnacie:** Beaty Dzumyk – Skarbnika Gminy

zwaną w dalszej części umowy **ZAMAWIAJĄCYM**

**a**

…………………………………………………………………………………………………..reprezentowanym przez:

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

§1.

1. **REALIZATOR** zobowiązuje się do realizacji na rzecz mieszkańców Gminy, **Gminnego Programu Polityki Zdrowotnej- Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w latach 2007-2009, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice na rok 2022** za kwotę, która nie przekroczy **………….. zł. brutto** słownie: ( ……………………… ………… zł. 0/100 brutto ).

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

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

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

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

§2.

**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.

§3.

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

§ 4.

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

§ 5.

**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.
2. **REALIZATOR** jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.
3. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją programu, o którym mowa w §1   
   ust. 1 odpowiedzialność ponosi **REALIZATOR**.

§ 6.

1. Kwota, o której mowa w § 1 ust.1 będzie wypłacana w ratach, przelewem na konto **REALIZATORA**, w okresie 14 dni od daty przedłożenia faktury. Wysokość każdej raty zależała będzie od ilości świadczeń medycznych wykonanych na rzecz uczestniczek programu.

2.W grudniu faktura będzie wystawiona nie później niż do ………………..

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

4. Sprawozdanie powinno zawierać:

1. ilość osób objętych programem z podaniem imienia i nazwiska,
2. data urodzenia,
3. adres zamieszkania,
4. rodzaj wykonywanej usługi,
5. termin wykonania usługi.

**5. REALIZATOR** zobowiązuje się do sporządzenia SPRAWOZDANIA Z OCENĄ WYKONANIA PROGRAMU z 2022 r. będącego załącznikiem do niniejszej umowy, nie później niż w terminie 14 dni od zakończenia programu.

§ 7.

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.

§ 8

1. 3. **ZAMAWIAJĄCY** zastrzega sobie prawo do rozwiązania umowy w przypadku zawieszenia programu spowodowanego ujęciem szczepień przeciwko HPV w kalendarzu szczepień obowiązkowych finansowanych przez NFZ. Wszelkie dane osobowe pozyskane przez Administratora w związku z niniejszą umową będą przetwarzane wyłącznie na potrzeby realizacji umowy oraz chronić je będą przed dostępem osób nieupoważnionych, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych – zgodnie z Rozporządzeniem 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) (dalej: RODO).
2. Strony jako Administratorzy Danych Osobowych oświadczają, że wprowadziły odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, aby przetwarzanie odbyło się zgodnie z przepisami RODO.
3. Strony zobowiązują się do przetwarzania danych osobowych osób reprezentujących stronę, pracowników wyznaczonych do kontaktu między stronami tylko w celu i w czasookresie niezbędnym, do realizacji niniejszej umowy. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, wszyscy pracownicy zostali przeszkoleni z zakresu ochrony danych osobowych, każdy pracownik zobowiązał się do zachowania poufności i tajemnicy. Pracownicy zostali upoważnieni do przetwarzania danych osobowych.

Strony będą przetwarzać dane osób reprezentujących stronę, kontaktowe osób zaangażowanych w realizację niniejszej umowy i zobowiązują się do wykonania obowiązku informacyjnego (art.14. RODO) wobec tych osób w imieniu drugiej Strony zgodnie z załącznik nr 2 i 3.

**§ 9.**

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.

§ 10.

**REALIZATOR** nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom

§ 11.

Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 12.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 13.

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

**ZAMAWIAJĄCY REALIZATOR**

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 3

**SPRAWOZDANIE Z OCENĄ WYKONANIA PROGRAMU**

**Gminny Programu Polityki Zdrowotnej- Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w latach 2007-2009, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice na rok 2022**

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………………………………………

7. 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 które nie zrealizowano

i dlaczego?

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

**Analiza statystyczna:**

**9. Realizatorzy zadań programowych, podać ich kwalifikacje**

**i zrealizowane przez nich zadania.**

|  |  |
| --- | --- |
| Wykaz imienny | Kwalifikacje |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Zakres zrealizowanych zadań programowych:

**10. Wyniki realizacji programu:**

Liczba przyjętych osób i udzielonych świadczeń w ramach programu:

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj udzielonych świadczeń | Liczba uczestników |
|  |  |
|  |  |
| 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 przeprowadzania akcji informacyjno-reklamowej skierowanej do adresatów program:

………………………………………………………………………………………………….

**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 Załącznika Nr 3

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

*Zgodnie z art. 14 ust. 1 i ust. 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 (RODO), informujemy, że:*

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Wójt Gminy Grębocice; ul. Głogowska 3; 59 – 150 Grębocice, tel. +48 76 831 55 01; e-mail: sekretariat@grebocice.com.pl
* Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: iodo@amt24.biz.
* Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji umowy oraz w celach kontaktowych związanych z umową.
* Podstawą przetwarzania danych osobowych jest:

1. art. 6 ust. 1 lit. b RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy,
2. art. 6 ust. 1 lit. c RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze – Ustawa z dnia 29 września 1994r. rachunkowości, Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych
3. art. 6 ust. 1 lit. f - przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności, gdy osoba, której dane dotyczą, jest dzieckiem. Prawnie uzasadnionym interesem administratora danych jest umożliwienie prawidłowej realizacji umowy między stronami, komunikacja z osobami kontaktowymi w zakresie realizacji umowy.

* Kategorie danych osobowych: dane osobowe osób uprawnionych do podpisania umowy: imię i nazwisko, stanowisko, dane osobowe pracowników strony w zakresie: imię i nazwisko, adres korespondencji służbowy, numer telefonu służbowego, adres e-mail służbowy.
* Odbiorca lub kategorie odbiorców: Podmioty upoważnione na podstawie zawartych umów powierzenia oraz uprawnione na mocy obowiązujących przepisów prawa. Podmioty t.j. dostawców usług lub produktów,   
  w szczególności podmiotom świadczącym Administratorowi usługi IT (serwis, hosting)
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane. W szczególności dane mogą być również przetwarzane przez wynikający z przepisów prawa okres związany z dochodzeniem i przedawnieniem roszczeń.
* Posiada Pani/Pan prawo do edycji, wglądu, informacji o źródle pozyskania, sprzeciwu na dalsze przetwarzanie, a także prawo do bycia zapomnianym, chyba że w przepisach prawa wyraźnie wskazano inaczej lub żądanie stoi w sprzeczności z prawnie uzasadnionym interesem Administratora.
* Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego. W Polsce jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-913 Warszawa.
* Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu.
* Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
* Podanie danych jest dobrowolne jednak niezbędne do zawarcia do umowy.
* Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości podpisania umowy

**ZAMAWIAJĄCY REALIZATOR**

Załącznik Nr 3 do Załącznika Nr 3

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.

1. 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.
2. 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.
3. Z administratorem danych osobowych………….. 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:……………………
4. 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: ….
5. 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.
6. Czynności przetwarzania nie będą obejmowały podejmowania decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.
7. 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.
8. 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**