**Zarządzenie Nr 62.2022
Wójta Gminy Grębocice**

z dnia 18 marca 2022 r.

**w sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na wyłonienie realizatora programu pn.: „Gminny Program Polityki Zdrowotnej w zakresie próchnicy i higieny jamy ustnej, dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2022r.” 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 2021r., poz. 1372 ze zm.), 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 2021 r., poz.1285 ze zm.), Uchwały nr LI/340/2022 Rady Gminy Grębocice z dnia 15 marca 2022 w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie próchnicy i higieny jamy ustnej, dla dzieci z terenu Gminy Grębocice oraz Uchwały nr XXX/215/2020 Rady Gminy Grębocice z dnia 15 grudnia 2020r. w sprawie realizacji „Programu działań strategicznych Gminy Grębocice w zakresie zdrowia na lata 2021 - 2025” zarządzam co następuje:

**§ 1.**Ustala się szczegółowe warunki konkursu na wyłonienie realizatora programu pn.: „Gminny Program Polityki zdrowotnej w zakresie próchnicy i higieny jamy ustnej, dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2022.” 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 2022r.” 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

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 62.2022
Wójta Gminy Grębocice
z dnia 18 marca 2022 r.

**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 2022r.”**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Zamawiający | Gmina Grębociceul. Głogowska 3, 59-150 Grębocicetel. 076 8 315501 |
| 2. Organizator konkursu | Urząd Gminy GrębocicePodinspektor ds. Profilaktyki Zdrowotnejul. Głogowska 3, 59-150 Grębocicetel. 076 8 325306 |
| 3. Forma konkursu | Konkurs – przeprowadzony zgodnieart. 48 ust. 1 i art. 48b, 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 | 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 440 dzieci, z których szacunkowo (ze szczególnym uwzględnieniem dzieci najmłodszych) szacunkowo udział weźmie w programie ok 200 dzieci.Ogólna liczba mieszkańców - 5 382 |
| 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 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 GrębocicePodinspektor ds. Profilaktyki ZdrowotnejPok. Nr 20ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice**od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 04.04.2022r.** |
| 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 2022r.” zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych wypełnionych czytelnie, należy składać w terminie do dnia **04.04.2022** r. **do godziny 12.00** w Centrum Obsługi Mieszkańca (pokój nr 1) Urzędu Gminy Grębocice, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice.O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu. |
| 8. Termin rozpatrzenia ofert | **Oferty zostaną rozpatrzone** Otwarcie i rozpatrzenie ofert nastąpi na Posiedzeniu Komisji, którego termin i miejsce ustali Przewodniczący Komisji.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 realizatora programu zdrowotnego, na okres od dnia podpisania umowy do wyczerpania środków finansowych zabezpieczonych w umowie, jednak nie dłużej niż do 16.12.2022r. |
| 11. Zastrzeżenia zamawiającego | 1. Oferty, które nie spełniają wymogów określonych w Regulaminie konkursu, są niekompletne oraz złożonepo 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 62.2022
Wójta Gminy Grębocice
z dnia 18 marca 2022 r.

**FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY REALIZACJI**

**PROGRAMU:** …………………………………………………………………………………………………

* + - 1. Oferent (pełna nazwa)

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

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

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

* + - 1. Adres, kod pocztowy, telefon i fax oferenta

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

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

3. Nazwisko i imię dyrektora instytucji (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.

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

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

**Program zdrowotny pt.:**

 **„ Gminny Programu polityki zdrowotnej w zakresie próchnicy i higieny jamy ustnej, dla dzieci z terenu Gminy Grębocice” na rok 2022**

**Czas realizacji od podpisania umowy do 16.12.2022r.**

**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*

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

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

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

**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:**

**Koordynator 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. 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 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 2020, poz. 295 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 62.2022
Wójta Gminy Grębocice
z dnia 18 marca 2022 r.

**Projekt
UMOWA NR …. .RO.OZ. …. .2022**

**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 Grębocice programu pn.; **Gminnego** **Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie próchnicy i higieny jamy ustnej, dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2022r.”** 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 …………….2022r. . do………………...2022r.

§ 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 należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy

 medycznej i zasadami etyki zawodowej.

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

§ 5.

1. Kwota, o której mowa w § 1 ust. 1 będzie wypłacana w ratach, przelewem na konto **REALIZATORA** , w okresie 14 dni od daty przedłożenia rachunku.

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:

1. ilość osób objętych programem,
2. adres,
3. rodzaj wykonywanej usługi,
4. data wykonywanej usługi,
5. 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 2022 będącego załącznikiem nr 1 do niniejszej umowy.

§ 6.

1. 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.

**§ 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.

§ 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**

 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. | NumerFaktury/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.

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

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 do klauzuli***

*Oświadczenie w związku z obowiązkiem informacyjnym*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14RODO1) 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 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**