

Burmistrz Kamięńska

na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398)

ogłasza otwarty konkurs ofert

na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pod nazwą „**Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamięnsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023**” w 2020 roku.

I. Przedmiotem konkursu ofert jest udzielenie zamówienia na:

Ilekróć mowa o:

1. „udzielającym zamówienia” – należy rozumieć Gmina Kamięnsk reprezentowana przez Burmistrza Kamięńska Bogdana Pawłowskiego.
2. „przyjmującym zamówienie” należy rozumieć podmioty lecznicze w rozumieniu art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) przystępujące do organizowanego konkursu ofert.

Przedmiotem otwartego konkursu jest wybór realizatora i zlecenie realizacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą „**Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamięnsk od 65 roku życia na lata 2020 - 2024** ” poprzez udzielanie bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie szczepień.

II. Warunki realizacji programu:

1. Program będzie przeznaczony dla mieszkańców gminy Kamięnsk od 65 roku życia (zameldowanych na pobyt stały lub czasowy).
2. Termin realizacji: październik 2020 r. – grudzień 2020 r.
3. Miejsce realizacji: Gmina Kamięnsk.
4. Przez realizację programu należy rozumieć:
 - 1) przeprowadzenie akcji informacyjnej,
 - 2) przeprowadzenie spotkania edukacyjnego w celu zwiększenia wiedzy mieszkańcom na temat zachorowania na grypę, zagrożeń dla zdrowia związanych z grypą, zwiększenie świadomości zdrowotnej dotyczącej potrzeby szczepień ochronnych przeciw grypie oraz możliwych odczynach poszczepiennych, sposobie postępowania oraz miejscu gdzie można się zgłosić w razie ewentualnych działań niepożądanych,
 - 3) zakup czterowalentnej szczepionki przeciw grypie,
 - 4) pozyskaniu od uczestników pisemnego zgłoszenia do udziału w programie
 - 5) przeprowadzenie wywiadu i badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia (przed szczepieniem), osoby od 65 roku życia (urodzonej w 1955 roku i wcześniej), mieszkańca gminy Kamięnsk (zameldowanego na pobyt stały lub czasowy),

- 6) wykonanie szczepienia (1 dawka) szczepionką przeciw grypie, zgodnie z obowiązującą procedurą i zaleceniami producenta szczepionki u jak największej ilości osób (adresatów programu). O kwalifikacji do programu decydować będzie kolejność zgłoszenia swojego uczestnictwa tj. zgłoszenie się do podmiotu leczniczego realizującego przedmiotowe szczepienia oraz wyrażenia pisemnej zgody na udział w programie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie,
 - 7) poinformowania uczestników programu o możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych i sposobie postępowania w sytuacji ich wystąpienia,
 - 8) zutylizowaniu zużytych materiałów i sprzętu medycznego zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 - 9) zapewnienie wypełnienia anonimowej ankiety satysfakcji przez osobę badaną,
 - 10) zapewnienie wypełnienia testu sprawdzającego poziom wiedzy uczestnika programu,
 - 11) prowadzenie rejestru osób zaszczepionych w ramach umowy zawierające dane: nazwa i adres podmiotu leczniczego realizującego program szczepień, miesiąc realizacji programu, imię i nazwisko uczestnika programu, miejsce zamieszkania uczestnika, rok urodzenia uczestnika, datę wykonania szczepienia u uczestnika, podpis uczestnika potwierdzający podanie się szczepieniu. Powyższy rejestr stanowi dokumentację podmiotu leczniczego. Podstawą rozliczenia jest złożenie między innymi rejestru do wglądu,
 - 12) przekazanie informacji dotyczącej powodów niezakwalifikowania do szczepienia w ramach programu,
 - 13) sporządzenie sprawozdania końcowego (merytoryczno – finansowego) z realizacji programu, uwzględniającego m.in. wyniki monitorowania programu oraz zestawienia zbiorczego ankiet satysfakcji (ankiety satysfakcji do wglądu).
5. Przyjmujący zamówienie zrealizuje program szczepienia w placówce ochrony zdrowia podmiotu leczniczego na terenie gminy Kamięnsk.
6. Szczepienia będą realizowane zgodnie z kolejnością zgłoszeń pacjentów.
7. Godziny przyjęć pacjentów powinny być dostosowane do potrzeb zgłaszających się pacjentów, w tym co najmniej 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godziny 17:00).

III. Wymagania stawiane oferentom niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej:

1. W konkursie mogą wziąć udział wyłącznie podmioty wykonujące działalność leczniczą, o której mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.),

2. Warunki jakie powinien spełnić podmiot ubiegający się o środki publiczne przeznaczone na realizację zadania:

- 1) uprawnieni są do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi, posiadają uprawnienia niezbędne do wykonania prac lub czynności związanych z wykonaniem szczepień ochronnych przeciwko grypie, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,
- 2) dysponują niezbędną wiedzą i doświadczeniem, potencjałem technicznym i ekonomicznym, a także pracownikami zdolnymi do wykonania zamówienia, tzn.: posiadają kadrę fachową w postaci lekarzy i pielęgniarek z ukończonym kursem szczepień,
- 3) dysponują gabinetem zabiegowym spełniającym wymogi sanitarne, znajdują się w sytuacji finansowej zapewniającej realizację zamówienia,

4) posiadają polisę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866).

3. Do konkursu mogą być składane oferty dotyczące zadania, które realizowane będzie nie wcześniej niż od dnia zawarcia umowy do dnia 31 grudnia 2020 r.

IV. Wysokość środków przeznaczonych na realizację programu.

Na realizację programu w 2020 roku organizator konkursu przewiduje łącznie kwotę w wysokości **8 000,00 zł. brutto** (słownie: osiem tysięcy złotych 00/100 groszy).

Środki na realizację programu zabezpieczone są w budżecie Gminy Kamięnsk.

Przyznane środki finansowe przeznaczone będą wyłącznie na pokrycie kosztów bezpośrednio związanych z realizacją programu i niezbędnych do jego realizacji.

V. Termin, miejsce i warunki składania ofert.

1. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami w wersji papierowej należy złożyć w zamkniętej kopercie, opatrzonej pieczęcią nagłówkową oferenta, w sekretariacie (pokój nr 9) Urzędu Miejskiego w Kamięnsku ul. Wieluńska 50, 97-360 Kamięnsk lub za pośrednictwem poczty na adres: Urząd Miejski w Kamięnsku ul. Wieluńska 50, 97-360 Kamięnsk, z dopiskiem: „ Oferta na wybór realizatora i realizację programu polityki zdrowotnej pod nazwą „ **Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamięnsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023 w 2020 roku** ”.

O zachowaniu terminu decyduje data wpływu do Urzędu Miejskiego a nie data stempla pocztowego.

2. **Termin składania ofert upływa w dniu 29 września 2020 roku o godzinie 16:30.**

3. Wszystkie kopie dokumentów i wydruki należy potwierdzić za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą i sygnowane jego podpisem i pieczęcią.

4. Oferta powinna być złożona na udostępnionym formularzu ofertowym stanowiącym załącznik Nr 1 do niniejszego ogłoszenia.

5. Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego i wzorów oświadczeń pod rygorem odrzucenia oferty.

6. Formularz ofertowy oraz warunki konkursu ofert dostępne są w Urzędzie Miejskim w Kamięnsku, ul. Wieluńska 50, pokój nr 26 oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Gminy Kamięnsk www.bip.kamiensk.pl

7. Informacje dotyczące konkursu ofert udziela Urząd Miejski w Kamięnsku, pokój Nr 26, tel. 44 6817 123 wew.33.

8. Oferent zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:

1) formularz ofertowy - oryginał (załącznik Nr 1 do niniejszego ogłoszenia) opatrzoną pieczęcią i podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania wykonującego działalność leczniczą składającego ofertę,

2) aktualny wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, aktualny odpis (wydruk) z Krajowego Rejestru Sądowego,

3) oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie na realizację świadczeń oraz programem polityki zdrowotnej będącego załącznikiem do uchwały Nr XX/205/20 Rady Miejskiej w Kamięnsku z dnia 14 września 2020 r. wg załącznika nr 1 do formularza oferty na realizację programu,

- 4) oświadczenie o dysponowaniu kadrami niezbędnymi do realizacji programu wg załącznika nr 2 do formularza oferty na realizację programu,
 - 5) oświadczenie o posiadaniu polisy obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy wg załącznika nr 3 do formularza oferty na realizację programu,
 - 6) oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego wg załącznika nr 4 do formularza oferty na realizację programu.
9. Oferty, które wpłyną po terminie, niekompletne, błędne, złożone na formularzu ofertowym innym niż wymagany będą odrzucone z przyczyn formalnych.
10. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
11. Oferta powinna obejmować całość zamówienia. Oferty częściowe nie będą brane pod uwagę.
12. Ogłoszenie o konkursie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Miejskim w Kamieńsku, na stronie internetowej Gminy Kamieńsk oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Gminy Kamieńsk.

V. Zasady, tryb i kryteria wyboru ofert.

1. W celu rozstrzygnięcia niniejszego konkursu Burmistrz Kamieńska powoła Komisję Konkursową.
2. Komisja Konkursowa ocenia oferty pod względem formalnym i merytorycznym.
3. Komisja konkursowa będzie brała pod uwagę cenę ofertową brutto za wykonanie usługi u 1 osoby.
4. Powyższa cena ofertowa powinna zawierać wszystkie koszty niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej będącego przedmiotem umowy, w tym w szczególności uśrednione koszty zakupu szczepionek, koszty badania przez lekarza, wykonanie usługi szczepień, przeprowadzenie kampanii promocyjno – edukacyjnej, utylizacja zużytego sprzętu, koszty administracyjno – biurowe i inne.
5. Oferty niespełniające wymogów formalnych są odrzucone i nie podlegają ocenie merytorycznej.
6. Przy ocenie merytorycznej oferty brane będą pod uwagę w szczególności następujące kryteria:
 - a) kalkulacja kosztów (cena jednostkowa oraz liczba osób objętych programem),
 - b) warunki kadrowe i kwalifikacje zawodowe osób mających realizować program,
 - c) warunki lokalowe i wyposażenie podmiotu leczniczego w którym będzie realizowany program,
 - d) dotychczasowe doświadczenie w dziedzinie objętej programem.
7. Komisja Konkursowa dokonuje oceny i przedstawia swoją propozycję wyboru oferty Burmistrzowi.
8. Wyboru oferty Komisja konkursowa dokona w dniu **30 września 2020 roku**.
9. Oferty sporządzone wadliwie lub niekompletne pozostają bez rozpatrzenia.
10. Wyniki konkursu zostaną podane do publicznej wiadomości poprzez umieszczenie ich w Biuletynie Informacji Publicznej Gminy Kamieńsk, na stronie internetowej Gminy Kamieńsk oraz na tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego w Kamieńsku. O wynikach konkursu oferenci zostaną powiadomieni pisemnie.

VI. Postanowienia końcowe.

1. Po rozstrzygnięciu konkursu Burmistrz Kamińska zawiera umowę dotacji o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z oferentem.
2. Umowa dotacji określająca szczegółowe warunki realizacji zadania zostanie zawarta z podmiotem niezwłocznie od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert. Szczegółowe warunki zostaną określone w umowie. Ramowy wzór umowy stanowi załącznik nr 2 do mniejszego ogłoszenia.
3. Podmiot, który uzyskał środki finansowe z budżetu gminy na realizację programu zobowiązany jest do przedstawienia sprawozdania z wykonania świadczeń. Termin do złożenia i wzory sprawozdań zostaną określone w umowie.

VII. Zmiany w konkursie ofert.

1. Burmistrz Kamińska zastrzega sobie prawo do:
 - odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert i przesunięcia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny,
 - zmiany warunków konkursu,
 - zamknięcia konkursu bez rozpatrzenia,
 - odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych m.in. zaistnienie istotnej zmiany okoliczności powodującej, że realizacja programu nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
2. Gmina zastrzega sobie prawo przeprowadzenia kontroli w celu potwierdzenia wiarygodności i prawidłowości danych zawartych w ofercie.

Klauzura Informacyjna

Zgodnie z art.13 i 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” pragniemy poinformować, że:

Administratorem danych osobowych będzie Burmistrz Kamińska mający swoją siedzibę w Kamińsku, ul. Wielińska 50, 97-360 Kamińsk. Administrator powołał Inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się telefonicznie 44/6817123 wew.14 lub e-mailowo:

Przekazane dane osobowe będą przetwarzane w celu wyłonienia wykonawcy a w przypadku jego wyłonienia w celu zawarcia umowy i jej realizacji (art.6 ust.1 lit. B RODO) oraz realizacji obowiązków prawnych ciążących na administratorze w związku z zawarciem tej umowy (art.6 ust.1 lit.c). Ponieważ realizacja umowy finansowana będzie ze środków publicznych informacje dotyczące realizacji umowy mogą być udostępnione w trybie przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

Administrator zobowiązany jest stosować przepisy rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych zatem dane osobowe będą przechowywane po załatwieniu sprawy i przekazaniu do archiwum zakładowego, przez czas określony dla danej kategorii archiwalnej wskazanej w „ Jednolitym rzeczowym wykazie akt organów gminy i związków międzygminnych oraz Urzędów obsługujących te organy u związku” stanowiącym załącznik nr 2 do tego rozporządzenia.

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych;
3. prawo do usunięcia danych osobowych w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie nastąpi w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;

4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
6. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

Podanie danych jest niezbędne do podjęcia działań związanych z wyłonieniem wykonawcy, zawarciem umowy z wykonawcą i spełnienia obowiązków ciążących na Administratorze w związku z jej zawarciem. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości zawarcia umowy i jej rozliczenia. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą wykorzystywane do profilowania.

Kamieńsk, dnia 22 września 2020 r.

BURMISTRZ
Bogdan Pawłowski

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

FORMULARZ OFERTOWY
NA REALIZACJĘ W 2020 ROKU
PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„ Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy
Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023 w 2020 roku ”**

.....
(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym)

w trybie art.48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku
o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2020 r. poz. 1398)

I. DANE OFERENTA

1) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

.....
(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)

2) Dokładny adres:

tel. e – mail

3) Forma prawna

4) Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych i organ prowadzący rejestr

.....

5) Numer wpisu do rejestru sądowego

6) Nr NIP

Nr REGON

.....

7) Nazwa banku

8) Nr konta bankowego

9) Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy dotacji na realizację programu polityki zdrowotnej

.....

10) Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko, funkcja oraz nr telefonu kontaktowego)

.....

II. OPIS PROGRAMU

1. Realizacja Programu polegać będzie na wykonaniu:

.....

2. Harmonogram realizacji programu:

Kampania informacyjna

Termin realizacji

.....

Akcja edukacyjna

Termin realizacji

.....

3. Miejsce wykonywania szczepień, dokładny adres, telefon, sposób rejestracji (m.in. zasady udziału pacjentów w programie, dni i godziny realizacji programu).

.....

.....

4. Maksymalna liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:

.....

(imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki - kwalifikacje zawodowe)

5. Warunki lokalowe spełniające wymogi sanitarne niezbędne do realizacji zamówienia.

.....

6. Rodzaj szczepionki, którą podmiot realizujący zadanie wykona szczepienie.

.....

7. Dotychczasowe doświadczenia w dziedzinie objętej programem

.....

III. KALKULACJA PRZEWDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

1. Koszty akcji promocyjnej

.....

2. Oferujemy wykonanie usług będących przedmiotem zamówienia za następującą cenę:

Cena jednostkowa brutto zł.

Ilość przebadanych osób

Wartość zamówienia brutto zł

2.1 Szczegółowa kalkulacja kosztów podania szczepionki

Lp.	Rodzaj kosztu	Stawka ofertowa usługi za jedną osobę (kwota brutto)	Ilość jednostek ilość osób, która otrzyma szczepionkę	Koszt całkowity (w zł) (kwota brutto)
1.	Badanie lekarskie			
2.	Podanie szczepionki			
3.	Koszty utylizacji			
4.	Inne koszty			
5.	Razem			

3. Razem wszystkie koszty (pkt III. 1 + III.2):

4. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

.....
.....

Oświadczam, że informacje podane w ofercie i załączone dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....
(podpis i pieczęć podmiotu leczniczego)

Do formularza oferty na realizację programu polityki zdrowotnej należy dołączyć wszystkie niezbędne załączniki wymienione w ogłoszeniu konkursowym.

BURMISTRZ
Bogdan Pawłowski

.....
(pieczętka podmiotu leczniczego)

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałam się z treścią:

1. ogłoszenia o Konkursie na realizację świadczeń zdrowotnych pod nazwą
**„ Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy
Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023 ”** ,
2. programem polityki zdrowotnej pod nazwą „ Profilaktyczne szczepienia ochronne
przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 –
2023 ” będącego załącznikiem do Uchwały Nr XX/205/20 Rady Miejskiej
w Kamieńsku z dnia 14 września 2020 r. i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez
udzielającego zamówienia.

.....
data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu

BURMISTRZ

Bogdan Pawłowski

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam kadre niezbędną do realizacji świadczeń zdrowotnych niezbędnych do realizacji programu pod nazwą „ **Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023** ”.

Wyżej wymieniony program realizować będzie

.....

.....
(wskazać liczbę i kwalifikacje zawodowe osób niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych)

.....
data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu

BURMISTRZ
Bogdan Pawłowski

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam polisę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy tj. realizacja programu pod nazwą „ **Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023** ”.

.....
data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiot

BURMISTRZ

Bogdan Pawłowski

Załącznik Nr 4
do formularza oferty na realizację
programu polityki zdrowotnej

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia , oświadczam, że nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.

.....
data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiot

BURMISTRZ

Bogdan Fawłowski

UMOWA DOTACJI Nr ... /2020

na udzielenie świadczeń zdrowotnych

zawarta w dniu 2020 r. w Kamieńsku pomiędzy:

Gminą Kamieńsk, ul. Wieluńska 50, 97-360 Kamieńsk, NIP: 772 22 60 719

reprezentowaną przez Burmistrza Kamieńska - Bogdana Pawłowskiego

przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy Kamieńsk – Marii Ozga

zwaną dalej „ **Gmina** ”

a

.....
NIP:, REGON

reprezentowanym przez

zwanym dalej „ **Realizatorem**”

o przekazanie środków w formie dotacji na realizację gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „ Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023” na rok 2020.

§ 1. 1. Realizator zobowiązuje się na podstawie niniejszej Umowy do udzielania świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców gminy Kamieńsk realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej pod nazwą „**Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023**”, finansowanego ze środków finansowych gminy Kamieńsk, zgodnie ze złożoną ofertą.

2. Realizator zobowiązuje się do wykorzystania przekazanych środków finansowych zgodnie z celem, na jaki uzyskał i na warunkach określonych niniejszą umową.

3. Świadczenia zdrowotne udzielane na podstawie umowy, Realizator wykonywać będzie przez personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Realizator zobowiązany jest do dołożenia należytej staranności przy wyborze osób, które w jego imieniu będą udzielać świadczeń zdrowotnych, objętych przedmiotem umowy.

4. Realizator oświadcza, że wszystkie pomieszczenia, w których będzie udzielał świadczeń zdrowotnych spełniają wymagania sanitarno – epidemiologiczne, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie (określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz.595).

§ 2. W ramach przeprowadzenia szczepień ochronnych przeciwko grypie Realizator zobowiązuje się do :

1) przeprowadzenia akcji informacyjnej o programie bezpłatnych szczepień, w szczególności podanie do publicznej wiadomości informacji o sposobie rejestracji osób do szczepień, dniach, godzinach wykonywania szczepień oraz kryteriach kwalifikujących do udziału w programie,

2) przeprowadzenia spotkania edukacyjnego w celu zwiększenia wiedzy mieszkańców na temat zachorowania na grypę, zagrożeń dla zdrowia związanych z grypą, zwiększenia świadomości zdrowotnej dotyczącej potrzeby szczepień ochronnych przeciw grypie oraz możliwych odczynach poszczepiennych, sposobie postępowania oraz miejscu gdzie można się zgłosić w razie ewentualnych działań niepożądanych,

3) zakupu czterowalentnej szczepionki przeciw grypie,

4) pozyskania od uczestników pisemnego zgłoszenia do udziału w programie, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Umowy,

5) przeprowadzenia wywiadu i badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia (przed szczepieniem) osoby od 65 roku życia (urodzonej w 1955 roku i wcześniej), mieszkańca gminy Kamieńsk (zameldowanego na pobyt stały lub czasowy),

6) wykonania szczepienia (1 dawka) osobom zakwalifikowanym do programu zgodnie z obowiązującą procedurą i zaleceniami producenta szczepionki u jak największej ilości osób oraz poinformowania uczestników programu o możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych i sposobie postępowania w sytuacji ich wystąpienia.

O kwalifikacji do programu decydować będzie kolejność zgłoszenia swojego uczestnictwa tj. zgłoszenie się do podmiotu leczniczego realizującego przedmiotowe szczepienia oraz wyrażenia pisemnej zgody na udział w programie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Umowy,

7) zapewnienia wszystkich wyrobów medycznych niezbędnych do wykonania szczepień,

8) zutilizowania zużytych materiałów i sprzętu medycznego zgodnie z obowiązującymi przepisami.

9) zapewnienia wypełnienia anonimowej ankiety satysfakcji przez osobę badaną, której wzór stanowi załącznik nr 3 do Umowy,

10) zapewnienia wypełnienia testu sprawdzającego poziom wiedzy uczestnika programu, której wzór stanowi załącznik nr 4 do Umowy,

11) prowadzenia rejestru osób zaszczepionych w ramach umowy zawierające dane: nazwa adres podmiotu leczniczego realizującego program szczepień, miesiąc realizacji programu, imię i nazwisko uczestnika programu, miejsce zamieszkania uczestnika, rok urodzenia uczestnika, datę wykonania szczepienia u uczestnika, podpis uczestnika potwierdzający podanie się szczepieniu. Powyższy rejestr stanowi dokumentację podmiotu leczniczego. Podstawa rozliczenia jest złożenie między innymi rejestru do wglądu,

12) składania informacji dotyczącej powodów niezakwalifikowania do szczepienia w ramach programu,

13) złożenia sprawozdania z wykonania świadczeń, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 5 do Umowy oraz zestawienia zbiorczego ankiet satysfakcji (ankiety satysfakcji do wglądu).

14) przekazywania we własnym zakresie potencjalnym uczestnikom Programu informacji o miejscu i czasie realizacji Programu,

15) zamieszczenia na terenie placówki, w której realizowany jest Program, w sposób widoczny w miejscu ogólnodostępnym, informacji o realizacji Programu wraz z informacją, że realizowany Program finansowany jest ze środków będących w dyspozycji Gminy Kamięnsk.

§ 3. Umowa zostaje zawarta na czas określony i obowiązuje od dnia podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2020 r., a końcowe rozliczenie z wykonania umowy nastąpi nie później niż do dnia **20 stycznia 2021 r.**

§ 4. 1. Na realizację programu Realizator otrzyma środki finansowe na ww zadanie w wysokości **8 000,00 zł.** brutto (*słownie*: osiem tysięcy złotych).

2. Środki finansowe, o których mowa w § 4 ust.1 Umowy zostaną przekazane Realizatorowi przelewem na konto bankowy nr w terminie dni od dnia podpisania Umowy.

3. Zastrzega się, że cena jednostkowa świadczenia zdrowotnego podana przez Realizatora w ofercie realizacji programu, tj zł brutto, nie ulegnie zmianie w okresie obowiązywania umowy.

4. Świadczenia realizowane będą w ilości zgodnej z zapotrzebowaniem mieszkańców do wysokości przyznanej Realizatorowi dotacji.

5. Realizator zobowiązuje się do realizacji programu zgodnie z Uchwałą Nr XX/205/20 Rady Miejskiej w Kamięnsku z dnia 14 września 2020 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pod nazwą **„Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamięnsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023”.**

6. Realizator zobowiązany jest do udokumentowania przeprowadzonych badań oraz sporządzania pisemnego rocznego raportu z realizacji przedmiotu umowy.

7. Określenie osób uprawnionych, zasady rejestracji pacjentów, zasady organizacji i udzielania świadczeń zdrowotnych znajdują się w programie oraz w ofercie stanowiącej integralną część umowy.

§ 5. 1. Realizator oświadcza, iż jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

2. Za szkody powstałe w związku z realizacją Umowy odpowiedzialność ponosi Realizator.

3. Realizator jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym prawem w tym zakresie.

4. Realizator zobowiązuje się do poddania kontroli na każde żądanie Gminy.

5. Dokumentacja finansowo – księgową dotyczącą realizacji przedmiotu umowy powinna być przechowywana w siedzibie Realizatora i udostępniona do wglądu dla Gminy na każde żądanie, zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji programu.

6. Realizator zobowiązuje się do realizacji przedmiotu umowy zachowaniem praw pacjenta, należytej staranności zgodnie ze wskazaniem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej, zapewnienia personelu posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania umowy oraz sprzętu i urządzeń medycznych niezbędnych do zrealizowania umowy, spełniających normy określone przepisami prawa.

7. Realizator jest zobowiązany do przyjmowania w zakresie realizowanego programu skarg i wniosków pacjentów, zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków przez przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego.

§ 6. Niewykorzystaną kwotę dotacji przyznanej na dany rok Realizator jest zobowiązany zwrócić na rachunek bankowy Gminy:

- a) **84 8980 0009 2028 0076 5156 0004** - o ile zwrot środków nastąpi do 31 grudnia danego roku włącznie,
- b) **73 8980 0009 2028 0076 5156 0008** - o ile zwrot środków nastąpi po 1 stycznia następnego roku.

§ 7. 1. Niniejsza umowa dotacji może zostać rozwiązana przez Gminę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy, nieterminowego oraz nienależytego wykonywania umowy – niezgodnie z warunkami konkursu, wykorzystywania dotacji niezgodnie z przeznaczeniem, zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania.

2. Z tytułu nienależytego wykonania umowy realizator zapłaci Gminie karę umowną w wysokości 10 % wartości przedmiotu umowy.

§ 8. Realizator nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom.

§ 9. Wszelkie zmiany niniejszej umowy będą dokonywane na piśmie w formie aneksu pod rygorem ich nieważności.

§ 10. Odpowiedzialność za błędy medyczne oraz szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia ponosi Wykonawca, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

§ 11. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 12. Zgodnie z art.13 i 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” pragniemy poinformować, że:

Administratorem danych osobowych będzie Burmistrz Kamińska mający swoją siedzibę w Kamińsku, ul. Wielińska 50, 97-360 Kamińsk. Administrator powołał Inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się telefonicznie 44/6817123 wew.14 lub e-mailowo: Przekazane dane osobowe będą przetwarzane w celu wyłonienia wykonawcy a w przypadku jego wyłonienia w celu zawarcia umowy i jej realizacji (art.6 ust.1 lit. B RODO) oraz realizacji obowiązków prawnych ciążyących na administratorze w związku z zawarciem tej

umowy (art.6 ust.1 lit.c). Ponieważ realizacja umowy finansowana będzie ze środków publicznych informacje dotyczące realizacji umowy mogą być udostępnione w trybie przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

Administrator zobowiązany jest stosować przepisy rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych zatem dane osobowe będą przechowywane po załatwieniu sprawy i przekazaniu do archiwum zakładowego, przez czas określony dla danej kategorii archiwalnej wskazanej w „Jednolitym rzeczowym wykazie akt organów gminy i związków międzygminnych oraz Urzędów obsługujących te organy u związku” stanowiącym załącznik nr 2 do tego rozporządzenia.

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych;
3. prawo do usunięcia danych osobowych w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie nastąpi w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
6. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

Podanie danych jest niezbędne do podjęcia działań związanych z wyłonieniem wykonawcy, zawarciem umowy z wykonawcą i spełnienia obowiązków ciężących na Administratorze w związku z jej zawarciem. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości zawarcia umowy i jej rozliczenia. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą wykorzystywane do profilowania.

§ 13. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, w tym jeden otrzymuje Realizator, dwa egz. dla Gminy.

REALIZATOR:

GMINA:

advokat
Katarina Zakmesova

BURMISTRZ

Roman Pawłowski

INSPEKTOR

Barbara Atama

ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....
(nazwa programu)

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że:

1. Jestem mieszkańcem Gminy Kamieńsk

TAK NIE

Adres zamieszkania:

2. Jestem w wieku od 65. lat

PESEL.....

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

TAK NIE

4. Po zakończeniu programu wyrażam zgodę na kontakt celem przeprowadzenia ewaluacji programu – sprawdzenie skuteczności zdrowotnej szczepionki.

TAK NIE

Numer telefonu komórkowego:.....

Adres e-mail:

Wypełniają osoby uczestniczące w programie po raz następny (tj. w poszczególnych latach trwania programu)

Czy była Pani/Pan hospitalizowana/y z powodu grypy po uczestnictwie w programie w latach poprzednich:

TAK - w roku, NIE

Czy działania informacyjno - edukacyjne spowodowały, że członkowie rodziny, znajomi - poza programem, na własny koszt zaszczepili się przeciw grypie:

TAK* NIE* NIE WIEM*

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....

Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie.

Osoba reprezentująca Instytucję Zarządzającą:

.....

Data i czytelny podpis

pieczętka

BURMISTRZ
Bogdan Pawłowski

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....
(nazwa programu)

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

PESEL..... nr telefonu komórkowego.....

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....
Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

Data i czytelny podpis

pieczętka

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora - - moich danych osobowych zawartych w formularzu w celu realizacji programu polityki zdrowotnej
.....(nazwa programu)

Przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: lub pisemnie na adres:
2. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora.
3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.
4. Osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) żądania usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
 - osoby te kwestionują prawidłowość danych,

- przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych
 - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 6. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej(nazwa programu)
 7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
 8. Odbiorcą danych jest podmiot, któremu Administrator zlecił realizację Programu.

.....

*Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki programu*

BURMISTRZ


Bogdan Pawłowski

4. Jak ocenia Pan/Pani ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Inne uwagi

.....

.....

.....

.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za wypełnienie ankiety.
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług.*

BURMISTRZ
Bogdan Pawłowski

Test sprawdzający poziom wiedzy uczestników programu polityki zdrowotnej

1. **Grypa to choroba**
 - bakteryjna
 - wirusowa
 - pasożytnicza
 - nie wiem/nie pamiętam
2. **Do najczęstszych objawów grypy należą**
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
 - wysoka gorączka
 - dreszcze
 - biegunka
 - suchy kaszel
 - katar
 - halucynacje
 - ból głowy
 - ból mięśni
 - ogólne „rozbicie” organizmu
3. **Grypą można się zakazić drogą:**
 - powietrzno-kropelkową
 - pokarmową
 - zadrapanie/ugryzienie
 - wodną
 - brudnych rąk
 - nie wiem/nie pamiętam
4. **Leczenie grypy polega na:**
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
 - stosowaniu antybiotyków
 - stosowaniu leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych (np. paracetamol, ibuprofen)
 - stosowaniu witamin
 - innejakie?.....
5. **Do najczęstszych powikłań grypy należą**
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
 - zapalenie oskrzeli
 - zapalenie pęcherza moczowego
 - zapalenie płuc
 - zapalenie ucha środkowego
 - kamica nerkowa
 - zapalenie zatok
 - nie wiem/nie pamiętam
6. **Zachorowania na grypę są szczególnie niebezpieczne dla**
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
 - dzieci
 - młodzieży
 - dorosłych
 - osób w wieku podeszłym
 - osób chorujących na wszelkie choroby przewlekłe
 - nie wiem/nie pamiętam
7. **Jak często należy szczepić się przeciwko grypie?**
 - co roku
 - co dwa lub trzy lata
 - co pięć lat
 - co dziesięć lat
 - raz w życiu
 - nie wiem/nie pamiętam
8. **Jak często szczepisz się przeciwko grypie?**
 - co roku
 - co dwa lub trzy lata
 - co pięć lat
 - co dekadę
 - raz w życiu
 - nie wiem/nie pamiętam
9. **Jak często szczepią się członkowie twojej rodziny przeciwko grypie?**
 - co roku
 - co dwa lub trzy lata
 - co pięć lat
 - co dekadę
 - raz w życiu
 - nie wiem/nie pamięta

BURMISTRZ

Bohdan Pawłowski

SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNO - FINANSOWE
Z WYKONANIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ
pod nazwą „Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców
gminy Kamieńsk od 65 roku życia
w okresie od 2020 r. do 31 .12.2020 r.

1. Przebieg kampanii informacyjnej oraz spotkań edukacyjnych, poniesione koszty.

.....

2. Liczba otrzymanych wniosków uczestnictwa

3. Liczba uzyskanych zgód na udział w programie

4. Liczba osób u których wykonano pre-test

5. Liczba przyjętych osób (badanie wstępne)

6. Liczba zaszczepionych osób

tym kobiet i mężczyzn

7. Liczba osób u których wykonano post-test

8. Liczba zaobserwowanych podejrzeń
lub stwierdzeń niepożądanych odczynów
poszczepiennych

9. Poniesione koszty na realizację zadania

Lp.	LICZBA SZCZEPIEŃ	CENA JEDNOSTKOWY	KOSZT CAŁKOWITY

słownie:

10. Program realizowało lekarzy, pielęgniarek.

11. Efekty Programu:

12. Uwagi

.....

.....

Data

Podpis i pieczętka Realizatora

BURMISTRZ

Jordan Pawłowski