

**ZARZĄDZENIE NR 0050.101.2023**

**BURMISTRZA KAMIEŃSKA**

**z dnia 11 grudnia 2023 r.**

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej  
w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu  
na lata 2023 – 2025 w 2024 roku.**

Na podstawie art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j.: Dz.U. z 2023 r. poz. 40, poz.572, poz. 1463, poz.1688), art. 7 ust.1 pkt 1 i art. 48 ust.1, art. 48b ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz.U. z 2022 r. poz.2561 z późn. zmianami) Uchwały Nr XLVII/498/22 Rady Miejskiej w Kamieńsku z dnia 30 listopada 2022 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu na lata 2023 – 2025 zarządzam, co następuje:

**§ 1.** Ogłaszam konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców gminy Kamieńsk na lata 2023 – 2025 w 2024 roku.

**§ 2. 1.** Ogłoszenie o konkursie ofert określa załącznik Nr 1 do niniejszego zarządzenia.

2. Formularz ofertowy określa załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

3. Projekt umowy na realizację zadania określa załącznik nr 3 do niniejszego zarządzenia.

**§ 3.** Termin składania ofert wyznaczony zostaje do **28 grudnia 2023 r. do godz. 15:30.**

**§ 4.** Treść ogłoszeniu podlega zamieszczeniu na stronie w Biuletynu Informacji Publicznej Gminy Kamieńsk <https://bip.kamiesk.com.pl>, stronie internetowej Gminy Kamieńsk <https://kamiesk.pl> oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miejskiego w Kamieńsku, ul. Wieluńska 50.

**§ 5.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Z up. Burmistrza  
*[Podpis]*  
Z-ca Burmistrza

Załącznik Nr 1  
do Zarządzenia Nr 0050.101.2023  
Burmistrza Kamieńska  
z dnia 11 grudnia 2023 r.

**BURMISTRZ KAMIEŃSKA**  
ogłasza

**konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców gminy Kamieńsk na lata 2023 – 2025 w 2024 roku.**

Na podstawie art. 7 ust.1 pkt 1 oraz art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zmianami), w związku z Uchwałą Nr XLVII/498/22 Rady Miejskiej w Kamieńsku z dnia 30 listopada 2022 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu na lata 2023 – 2025 **Burmistrz Kamieńska** ogłasza konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej w 2024 roku.

**I. Wymagania stawiane oferentom niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej**

1. Udział w programie mogą brać podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.).
2. Dysponowanie przez podmiot ubiegający się o dotację, kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.
3. Dysponowanie odpowiednimi pomieszczeniami ( gabinety lekarskie) spełniające pod względem warunków i wyposażenia wymogi, określone w obowiązujących przepisach prawa;
4. Dysponowanie sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji.
5. Posiadanie polisy ubezpieczenia OC oferowanego świadczenia medycznego ważną w okresie wykonania umowy, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczeniowej OC lub jej przedłożenie, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygaś w trakcie wykonywania 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).

**II. Przedmiot konkursu**

1. Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu z populacji mieszkańców gminy Kamieńsk w 2024 roku.
2. W ramach programu przewiduje się przeprowadzenie badań w zakresie profilaktyki wczesnego rozpoznania objawości chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu.
3. Program skierowany jest wyłącznie dla mieszkańców Gminy Kamieńsk od 45 roku życia (kobiet i mężczyzn) z populacji wysokiego ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu, spełniające kryteria włączenia i wyłączenia opisane w programie.

**III. Realizacja programu**

1. Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań profilaktycznych w ramach programu, w zakresie profilaktyki naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu.
2. Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji Realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne.



3. Kwalifikacje do programu pod względem wymagań formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny Realizatora, kwalifikacje pod względem wymagań medycznych powinien przeprowadzić lekarz lub pielęgniarka. Po zakwalifikowaniu uczestnika do programu, zostaną wykonane interwencje zaplanowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

#### **IV. Informacje dotyczące programu**

1. Celem głównym programu jest uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 30% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia wystąpienia udaru mózgu rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej Gminę Kamieńsk .

2. O kwalifikacji do programu decydować będzie podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w programie według wzoru stanowiący załącznik nr 1 do umowy, oświadczenie odnośnie zameldowania na terenie gminy na stałe lub czasowo (na podstawie oświadczenia) oraz oświadczenia, że w ciągu ostatnich dwóch lat nie uczestniczył w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie.

3. Szczegółowy opis zawiera załącznik do Uchwały Nr XLVII/498/22 Rady Miejskiej w Kamieńsku z dnia 30 listopada 2022 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu na lata 2023 – 2025.

#### **V. Wysokość środków przeznaczonych na realizację programu**

Łączna wysokość środków publicznych przeznaczonych na realizację ww zadania w 2024 roku wynosi **49 832,00 zł** (słownie: czterdzieści dziewięć tysięcy osiemset trzydzieści dwa złotych 00/100 groszy) i zabezpieczone są w budżecie gminy.

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

#### **VI. Formy zlecenia realizacji programu i warunki konkursu**

1. Zlecenie zadań w ramach realizacji programu odbywać się będzie poprzez udzielenie dotacji.

2. W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział jedynie podmioty zapewniające pełny zakres świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.

3. Warunkiem przystąpienia oferenta do konkursu jest złożenie prawidłowej oferty wraz z załącznikami.

4. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.

5. Ofertę należy sporządzić na załączonym formularzu, który można otrzymać w Urzędzie Miejskim w Kamieńsku, przy ul. Wieluńskiej 50 (parter) lub pobrać ze strony internetowej gminy z Biuletynu Informacji Publicznej <https://bip.kamiesk.com.pl>

6. Do oferty należy załączyć:

- a) wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- b) kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego;
- c) kopię aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej .

7. Kserokopie dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis za zgodność z oryginałem, pieczętkę, datę oraz podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta w konkursie.

#### **VII. Warunki realizacji świadczeń**

1. Program będzie realizowany wyłącznie dla mieszkańców gminy Kamieńsk. Świadczenia zdrowotne muszą być realizowane wyłącznie na terenie gminy Kamieńsk.

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych ustala się w terminie od dnia 01 stycznia 2024 r. do dnia 31.12.2024 r.

3. Interwencja powinna być prowadzona w sposób ciągły, przez cały okres trwania programu, obejmując działaniami jak największą liczbę uczestników.

4. Świadczenia udzielane w ramach programu będą bezpłatne.
5. Program powinien obejmować wszystkie osoby z populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.
6. Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne prowadzone będą zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa.
7. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich.
8. Zakres świadczeń dla oferenta w ramach programu obejmuje:
  - a) prowadzenie rejestru świadczeń wykonywanych w ramach programu;
  - b) przeprowadzenie lekarskiej wizyty diagnostycznej obejmująca wywiad i badanie osób w celu wstępnej oceny ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych, z uwzględnieniem udaru;
  - c) przeprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego;
  - d) przeprowadzenie działań informacyjno - edukacyjnych ;
  - e) przeprowadzenie szkoleń dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru mózgu oraz rehabilitacji poudarowej;
  - f) zapewnienie wypełnienia anonimowej ankiety satysfakcji uczestnika w programie według wzoru stanowiący załącznik nr 2 do umowy (ankiety do wglądu);
  - g) zapewnienie wypełnienia anonimowej ankiety satysfakcji uczestnika w programie – działania edukacyjne według wzoru stanowiący załącznik nr 3 do umowy (ankiety do wglądu);
  - h) monitorowanie programu oraz ocena z przebiegu realizacji działań w danym roku (złożenie pisemnego raportu okresowego);
  - i) oszczędne i celowe wydatkowanie przyznanych środków publicznych;
  - j) prawidłowe i terminowe złożenie sprawozdania z realizacji programu według wzoru stanowiący załącznik nr 4 do umowy;
  - k) prowadzenie zajęć edukacyjnych, dokumentacji zajęć edukacyjnych - rejestr uczestników,
  - l) zakup (przygotowanie) materiałów informacyjnych na temat udaru mózgu, materiały informacyjne np.: plakaty, ulotki.

#### **VIII. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Warunkiem przystąpienia do konkursu jest złożenie w terminie do dnia **28 grudnia 2023 r. do godz. 15:30** pisemnej oferty wraz z załącznikami, stanowiąca załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 0050.101.2023 Burmistrza Kamieńskiego z dnia 11 grudnia 2023 r.
2. Ofertę należy złożyć w sekretariacie (piętro) Urzędu Miejskiego w Kamieńsku, ul. Wieluńska 50 w godzinach pracy Urzędu lub pocztą na adres Urzędu Miejskiego w Kamieńsku. O dacie złożenia oferty decyduje data wpływu do Urzędu Miejskiego w Kamieńsku, a nie data stempla pocztowego.
3. Oferta wraz z wymaganymi załącznikami powinna być złożona w zamkniętej kopercie opatrzona pieczętką oferenta z adnotacją **„Konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu na lata 2023 – 2025 w 2024 roku”**.
4. Oferta złożona po terminie nie będzie rozpatrywana.
5. W przypadku braku załączenia wymaganych dokumentów wezwać oferenta (telefonicznie, pisemnie, e-maili) do uzupełnienia oferty w terminie 2 dni od dnia wezwania, pod rygorem odrzucenia oferty.

#### **IX. Zasady, tryb i kryteria wyboru ofert.**

1. Czynności związane z przeprowadzeniem konkursu dokona Komisja Konkursowa powołana Zarządzeniem Burmistrza Kamieńskiego.



2. Otwarcie ofert i rozstrzygnięcie konkursu odbędzie się w dniu **29 grudnia 2023 r. o godz. 10:00** w siedzibie Urzędu Miejskiego w Kamieńsku, ul. Wieluńska 50, 97-360 Kamieńsk.

3. Oferta powinna zawierać wszystkie koszty jednostkowe niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej, w tym szczególności: kwalifikacja uczestnika, działania informacyjno- edukacyjne, lekarska wizyta diagnostyczna, konsultacja dietetyczna, szkolenia dla personelu medycznego, szkolenia dla osób z grup ryzyka wystąpienia udaru, wykłady, rehabilitacja poudarowa.

3. Komisja Konkursowa uzna ofertę za prawidłową, gdy zostaną spełnione następujące kryteria:

- a) złożona jest na właściwym formularzu;
- b) złożona jest w wymaganym terminie;
- c) podmiot jest uprawniony do złożenia oferty;
- d) oferta oraz załączniki są podpisane przez osoby uprawnione;
- e) jest zgodna z celami i założeniami konkursu;
- f) termin realizacji zadania zgadza się z terminem wymaganym w ogłoszeniu;
- g) kalkulacja przewidzianych kosztów realizacji zadania jest poprawna pod względem formalno – rachunkowym.

5. Komisja Konkursowa dokonuje oceny i przedstawia swoją propozycję wyboru oferty Burmistrzowi.

6. Oferta wraz z pozostałymi dokumentami nie jest zwracana oferentowi.

7. Wyniki konkursu zostaną podane do publicznej wiadomości poprzez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej Gminy Kamieńsk <https://bip.kamienisk.com.pl>, na stronie internetowej Gminy Kamieńsk <https://kamienisk.pl> oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miejskiego w Kamieńsku.

8. Od podjętych decyzji nie przysługuje odwołanie.

9. Przewiduje się możliwość unieważnienia konkursu w przypadku gdy cena oferty przekracza możliwości finansowe programu.

10. Po rozstrzygnięciu konkursu Burmistrz Kamieńska zawiera umowę dotacji o przekazanie środków na realizację programu z wybranym oferentem.

11. Szczegółowe warunki realizacji zadania zostaną zawarte w umowie (ramowy wzór umowy – stanowi załącznik Nr 3).

12. Po realizacji zadania oferent złoży sprawozdanie z realizacji programu. Termin do złożenia i wzór sprawozdania zostaną określone w umowie.

13. Dodatkowe informacje związane z przedmiotem konkursu udzielane są pod numerem telefonu 44/ 6817 123 lub w Urzędzie Miejskim - parter.

#### **X. Zmiany w konkursie ofert.**

1. Burmistrz Kamieńska zastrzega sobie prawo do:

- a) odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny,
- b) zmiany warunków konkursu,
- c) zamknięcia konkursu bez rozstrzygnięcia,
- d) 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. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert Zleceniodawca może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych, o czym niezwłocznie informuje się poprzez umieszczenie stosownych informacji w Biuletynie Informacji Publicznej Gminy Kamieńsk.

3. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo przeprowadzenia kontroli w celu potwierdzenia wiarygodności i prawidłowości danych zawartych w ofercie.

## Kluczura 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.

Kamińsk, dnia 11 grudnia 2023 r.

Z up. Burmistrza  
*Magdalena Krutkiewicz*  
Z-ca Burmistrza

Załącznik Nr 2  
do Zarządzenia Nr 0050.101.2023  
Burmistrza Kamińska  
z dnia 11 grudnia 2023 r.

.....  
(pieczęćka oferenta)

.....  
( miejscowość, data)

## FORMULARZ OFERTOWY

na realizację programu polityki zdrowotnej  
w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu  
dla mieszkańców gminy Kamińsk na lata 2023 - 2025  
w 2024 roku

### I. DANE DOTYCZACE OFERENTA

1. Pełna nazwa oferenta:

Podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej

2. Adres siedziby oferenta:

Dokładny adres - zgodnie z wpisem z właściwego rejestru

3. Tel., fax, adres e- mail:

--

4. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i organ prowadzący rejestr:

--



5. Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego:

--

6. Nr NIP oferenta:

Nr REGON oferenta:

--

7. Osoba/osoby uprawnione do podpisywania umów, składania oświadczeń w ramach realizacji programu:

Nazwisko i imię, funkcja

8. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu:

Nazwisko i imię, funkcja

9. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert:

Nazwisko i imię, funkcja

10. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--



## **II. OPIS REALIZACJI PROGRAMU**

1. Główny cel zadania programu:

2. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program:

## **III. INFORMACJA O REALIZACJI PROGRAMU**

1. Miejsce udzielania świadczeń – dokładny adres:

2. Dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń:

3. Sposób rejestracji pacjentów (osobiście, telefonicznie):

4. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń:

Opis warunków lokalowych, w których będzie realizowany program np. gabinet lekarski, pomieszczenie higieniczno – sanitarne, rejestracja i inne)

**Oświadczam**, iż pomieszczenia spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie poszczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz.402).

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby upoważnionej )

5. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia w ramach programu:

Wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia z określeniem kwalifikacji zawodowych, doświadczenie w pracy zawodowej

**Oświadczenie:** świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam kadre niezbędną do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców gminy Kamieńsk na lata 2023 – 2024 w 2024 roku

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby upoważnionej )

6. Sposób organizacji szkoleń dla personelu medycznego, szkoleń dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru mózgu oraz rehabilitacji poudarowej, działań edukacyjno – informacyjnych,

Rodzaj działań, liczba działań

#### IV. KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU

1. Oferuję wykonanie świadczeń w poniższym zakresie będących przedmiotem konkursu.

2. Koszt kalkulacji zadania oceniany w ramach kryteriów oceny oferty Realizator obowiązany jest obliczyć dane wynikające z poniższej tabeli, podając koszt jednostkowy wszystkich świadczeń, po ich przeliczeniu w oparciu o zakładaną ilość świadczeń podaną w tabeli. Obliczony w ten sposób koszt świadczeń stanowić będzie podstawę do badania i oceny złożonych ofert. Ceny poszczególnych świadczeń uwzględniać muszą wszystkie koszty związane z realizacją programu obejmujące m.in. kwalifikację uczestnika, działania informacyjno- edukacyjne, lekarską wizytę diagnostyczną, konsultację dietetyczną, szkolenia dla personelu medycznego, szkolenia dla osób z grup ryzyka wystąpienia udaru , wykłady, rehabilitację poudarową.

Lp.	Rodzaj działania	Cena jednostkowa brutto	Ilość osób korzystających	Koszt całkowity brutto
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
<b>RAZEM</b>				



### **Jednocześnie oferent oświadcza, że**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu, warunkami konkursu, z treścią programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu na lata 2023 – 2024 przyjęty Uchwałą Nr XLVII/498/22 Rady Miejskiej w Kamieńsku z dnia 30 listopada 2022 r. oraz projektem umowy i nie wnosi uwag.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym i na dzień złożenia oferty.
3. Nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
4. Jako podmiot będziemy ponosić wyłączną odpowiedzialność za całkowitą realizację programu.
5. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.
6. Przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej, zobowiązuje się do:
  - a) zabezpieczenie dostępu do sprzętu, materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;
  - b) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektującymi prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
  - c) posiadanie ważnej polisy ubezpieczenia OC oferowanego świadczenia medycznego ważną w okresie wykonania umowy, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczeniowej OC lub jej przedłożenie, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygaśnie w trakcie wykonywania 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).
  - d) zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą ( w szczególności z uwzględnieniem dostępności świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

---

(podpis i pieczęćka oferenta lub osoby upoważnionej)

### Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną.

Z up. Burmistrza  
  
Magdalena Biewiak  
Z-ca Burmistrza

Załącznik Nr 3  
do Zarządzenia Nr 0050.101.2023  
Burmistrza Kamieńsk  
z dnia 11 grudnia 2023 r.

**WZÓR**

**UMOWA DOTACJI NR RFK. ....**

**o przekazanie środków na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców gminy Kamieńsk na lata 2023 – 2025 w 2024 roku**

zawarta w dniu ..... grudnia 2023 r. w Kamieńsku pomiędzy:  
Gminą Kamieńsk , ul. Wieluńska 50, 97-360 Kamieńsk, NIP: 772 2260 719  
reprezentowaną przez Burmistrza Kamieńska - Bogdana Pawłowskiego  
przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy Kamieńsk – Marii Ozga

zwaną dalej „**Gminą**”

a

.....  
wpisanym do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Łódzkiego pod numerem ....., nr NIP: ....., nr REGON .....

reprezentowanym przez .....

zwanym dalej „**Realizatorem**”

**§ 1. 1 Gmina** na podstawie art.48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zmianami) w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert **powierza** realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców gminy Kamieńsk na lata 2023 – 2025, a **Realizator** zobowiązuje się do realizacji programu.

2. Przedmiotem umowy jest wykonanie bezpłatnych świadczeń w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu na rzecz mieszkańców gminy Kamieńsk od 45 (kobiet i mężczyzn) roku życia w 2024 roku.

3. Program realizowany będzie w formie:

- 1) kwalifikacji uczestnika do programu;
- 2) działań informacyjno – edukacyjnych dla świadczeniobiorcy;
- 3) lekarskiej wizyty diagnostycznej;
- 4) konsultacji dietetycznej;
- 5) wykładów w formie grupowej;
- 6) szkoleń dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru;
- 7) szkolenia dla personelu medycznego;
- 8) rehabilitacji poudarowej.



## § 2. Realizator zobowiązany jest do:

- 1) realizacji programu zgodnie z Uchwałą Nr XLVII/498/22 Rady Miejskiej w Kamieńsku z dnia 30 listopada 2022 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu na lata 2023 – 2025 w 2024 r.
- 2) zapewnienia fachowego personelu medycznego dla potrzeb programu oraz personelu do obsługi organizacyjnej Programu;
- 3) prowadzenia oraz przechowywania niezbędnej dokumentacji medycznej związanej z wykonywanymi świadczeniami zdrowotnymi zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych oraz zgodnie z wymaganiami zawartymi w Programie;
- 4) zapewnienia wyposażenia i warunków lokalowych do planowanych działań;
- 5) wykonania niniejszej umowy z należytą starannością, zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej z zasadami etyki zawodowej oraz zachowaniem praw pacjenta;
- 6) rejestracji pacjentów, którym w ramach niniejszej umowy zostaną zakwalifikowani do programu. Rejestracja pacjentów obejmuje spełnienie kryterium wieku potwierdzone na podstawie numeru PESEL lub okazaniem dokumentu ze zdjęciem i datą urodzenia;
- 7) zamieszczenia informacji o realizacji świadczeń medycznych w widocznym miejscu w swojej siedzibie lub w inny sposób, który pozwoli dotrzeć z informacją do społeczeństwa oraz, że program polityki zdrowotnej stanowiący przedmiot umowy finansowany jest przez Gminę Kamieńsk;
- 8) podania informacji dotyczącej zakresu i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, dni tygodnia i godzin udzielania świadczeń oraz o zasadach kwalifikacji osób do programu;
- 9) prowadzenia monitoringu i ocena z przebiegu realizacji zadania;
- 10) zapewnienia wypełnienia ankiet satysfakcji uczestnika programu, których wzór stanowi załącznik nr 2 i nr 3 do umowy;
- 11) prowadzenia planu, dokumentacji zajęć edukacyjnych – rejestr uczestników;
- 12) zamieszczenia plakatów, ulotek informacyjnych o programie;
- 13) zebrania wszystkich dokumentów, w tym imiennych zgód na udział w programie, ankiet satysfakcji uczestnika oraz innych dokumentów które są ujęte w programie według załączników nr 1, nr,2 , nr 3;
- 14) zobowiązuje się do poddania kontroli na każde żądanie Gminy.

§ 3. 1 Realizator będzie realizować program polityki zdrowotnej, o którym mowa w § 1. Niniejsza umowa dotacji zostaje zawarta na okres realizacji zadania **tj. od dnia 01 stycznia 2024 r. do dnia 31 grudnia 2024 r.**

§ 4. 1. Na realizację niniejszej umowy Gmina prześle dotację na ww zadanie w wysokości .....  
**zł (słownie: .....**).

2. Dotacja (środki finansowe) zostanie przekazana w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy na rachunek bankowy Realizatora nr: .....

3. Dotacja (środki finansowe) przekazana na realizację programu polityki zdrowotnej nie może być przeznaczona na inne cele.

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

5. Przekazaną dotację (środki finansowe), określoną w § 4 ust. 1 Realizator jest zobowiązany wykorzystać do dnia 31 grudnia 2024 r. Niewykorzystaną kwotę dotacji przyznaną 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.

**§ 5. 1.** Rozliczenie z dotacji (środki finansowe) będzie następowało na podstawie prawidłowo i terminowo sporządzonego sprawozdania z realizacji programu za dany rok.

2. Realizator zobowiązuje się do złożenia sprawozdania z realizacji programu, zgodnie z załącznikiem nr .... do umowy oraz złożenia pisemnego raportu oceny z przebiegu realizacji działań w terminie do 31.01.2025 roku.

7. Na żądanie Gminy Realizator programu zobowiązany jest do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy.

8. Realizator oświadcza, że udzielanie świadczeń w ramach programu nie będzie wpływało w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

**§ 6. 1.** Realizator oświadcza, iż posiada polisę ubezpieczenia OC na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych.

2. 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.

3. 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.

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

**§ 11.** 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 Kamieńska mający swoją siedzibę w Kamieńsku, ul. Wielińska 50, 97-360 Kamieńsk. 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.

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

**REALIZATOR:**

**GMINA:**

Z up. Burmistrza  
*Magdalena Bruchniak*  
Z-ca Burmistrza



**b. Zgoda na udział w programie**

**Załącznik nr 1 do umowy**

**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.

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 i pieczęćka

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora - xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx z siedzibą przy xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - 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: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx lub pisemnie na adres: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
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.



Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu  
na lata 2023-2025

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. Odbiorcami danych są podmioty, którym Administrator zlecił realizację Programu.

.....

Data i czytelny podpis  
Uczestnika/Uczestniczki programu

Z up. Burmistrza  
*Magdalena Drewniak*  
Z-ca Burmistrza



3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jak ocenia Pan(i) 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 pomoc i wypełnienie ankiety.  
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług  
i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.  
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*



### c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne

Załącznik nr 3 do umowy

#### ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, w których brała/ł Pani/Pan udział?

<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"/>

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pani/Pana przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio Przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- zdecydowanie tak

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu  
na lata 2023-2025

- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

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

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

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

Inne uwagi.

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

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.  
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług  
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.  
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

Z up. Burmistrza  
*Magdalena Dębniak*  
Z-ca Burmistrza

## Sprawozdanie częściowe z realizacji programu

do umowy z dnia ..... r. z realizacji Programu Polityki Zdrowotnej  
w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu  
w okresie od dnia ..... r. do dnia ..... r.

.....  
(nazwa placówki realizującej Program)

Rodzaj wykonanych świadczeń (nazwa świadczenia)	Liczba poszczególnych świadczeń	Liczba osób którym udzielono świadczenia	Wielkość wydatkowanych środków w zł	Uwagi
Kwalifikacja uczestnika do programu				
Lekarska wizyta diagnostyczna				
Konsultacja dietetyczna				
Rehabilitacja poudarowa				
inne.....				
inne.....				
inne.....				
<b>RAZEM</b>				
<b>Zajęcia edukacyjne</b>	<b>Liczba zajęć edukacyjnych</b>	<b>Liczba uczestników</b>	<b>Wielkość wydatkowanych środków w zł</b>	
wykłady w formie grupowej				
szkolenia dla osób z grup ryzyka wystąpienia udaru				
szkolenia dla personelu medycznego				
<b>RAZEM</b>				

.....  
Data i podpis osoby sporządzającej  
upoważnionej/ sprawozdanie

.....  
Data i podpis osoby /osób/  
upoważnionych do reprezentacji

Z up. Burmistrza  
Magdalena Dretowiak  
Z-ca Burmistrza



Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi  
na lata 2023-2025