

**ZARZĄDZENIE NR 0050.112.2025**

**BURMISTRZA KAMIEŃSKA**

**z dnia 09 grudnia 2025 r.**

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację w 2026 roku świadczenia usług w zakresie prowadzenia fizjoterapii dla mieszkańców gminy Kamięnsk w ramach gminnego programu polityki zdrowotnej na lata 2020-2029 pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamięnsk”**

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 2025 r. poz. 1153, poz. 1436), art. 7 ust.1 pkt 1, art.48 ust.1 i 48b ust.1,2,3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, poz. 1537) w związku z Uchwałą Nr VIII/102/24 Rady Miejskiej w Kamięnsku z dnia 17 października 2024 r. w sprawie kontynuacji realizacji programu polityki zdrowotnej gminy Kamięnsk pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamięnsk” zarządzam, co następuje:

§ 1.1. Ogłaszam konkurs ofert na realizację dla podmiotów uprawnionych do świadczenia usług w zakresie prowadzenia fizjoterapii dla mieszkańców gminy Kamięnsk na rok 2026.

2. Ogłoszenie o konkursie stanowi Załącznik Nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

3. Formularz ofertowy stanowi Załącznik Nr 2 do niniejszego Zarządzenia.

4. Projekt umowy na realizację zadania stanowi Załącznik Nr 3 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2. Termin składania ofert wyznaczony zostaje do **29 grudnia 2025 r. do godz. 15:30.**

§ 3. Informacja o ogłoszeniu konkursu zostanie zamieszczona na stronie w Biuletynu Informacji Publicznej Gminy Kamięnsk <https://bip.kamiensk.com.pl>, na stronie internetowej Gminy Kamięnsk <https://kamiensk.pl> oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miejskiego w Kamięnsku, ul. Wieluńska 50.

§ 4. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**BURMISTRZ**  
  
**Jarosław Bąkiewicz**

Załącznik Nr 1  
do Zarządzenia Nr 0050.112.2025  
Burmistrza Kamińska  
z dnia 09 grudnia 2025 r.

## OGŁOSZENIE

na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, poz.1537)

### **Burmistrz Kamińska**

ogłasza konkurs ofert na realizację świadczenia usług w zakresie prowadzenia fizjoterapii dla mieszkańców gminy Kamińsk w ramach gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamińsk” w 2026 roku. Program przyjęty został do realizacji Uchwałą Nr VIII/102/24 Rady Miejskiej w Kamińsku z dnia 17 października 2024 r. w sprawie kontynuacji realizacji programu polityki zdrowotnej gminy Kamińsk pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamińsk”.

#### **§ 1. Wymagania stawiane oferentom niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej:**

1. Do konkursu mogą przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą, o której mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.).
2. Warunki jakie powinien spełnić podmiot ubiegający się o środki publiczne przeznaczone na realizację zadania:
  - 1) dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem w prowadzeniu zabiegów w zakresie fizjoterapii leczniczej;
  - 2) dysponuje wykwalifikowaną kadrą (personelem) posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń w ramach programu;
  - 3) dysponuje warunkami lokalowymi (pomieszczeniami) na cały okres realizacji zadania oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełnienia wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 402);
  - 4) dysponuje sprzętem i aparaturą medyczną zgodnie z wymaganiami wykazanymi w części IV (Organizacja programu) cyfra IV 2 programu (warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych);
  - 5) udzielanie świadczenia powinno odbywać się przez pięć dni w tygodniu (w dni powszednie od poniedziałku do piątku), co najmniej po 8 godzin. Natomiast docelowo realizator programu winien realizować świadczenia również w godzinach popołudniowych, umożliwiając skorzystanie uczestnikom z cyklu interwencji po zakończeniu pracy zawodowej lub zajęć szkolnych;
  - 6) posiadania ważnej polisy ubezpieczenia OC na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku 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 01 stycznia 2026 r. do dnia 31 grudnia 2026 r.

**§ 2. Przedmiotem konkursu jest zlecenie realizacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamięnsk” poprzez udzielanie bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie prowadzenia fizjoterapii leczniczej obejmującej niżej wymienione zabiegi:**

Lp.	Rodzaj zabiegu
	<b>kinezyterapia</b>
1	indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.*
2	ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut
3	ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut
4	ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut
5	ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut
6	nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut
7	wyciągi
	<b>masaż</b>
8	masaż mechaniczny przy pomocy urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.
	<b>elektrolecznictwo</b>
9	galwanizacja
10	jonoforeza
11	elektrostymulacja
12	prądy diadynamiczne
13	prądy interferencyjne
14	prądy TENS
15	prądy TRAEBERTA
16	ultradźwięki miejscowe
17	ultrafonoforeza
	<b>leczenie polem elektromagnetycznym</b>
18	impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości
	<b>światłolecznictwo i termoterapia</b>
19	naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym -- miejscowe
20	laseroterapia - skaner
21	laseroterapia punktowa
22	leczenie falą uderzeniową

**§ 3. Wysokość środków przeznaczonych na realizację programu.**

Łączna wysokość środków publicznych przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych w 2026 roku wynosi **763 000,00 zł. brutto** (słownie: siedemset sześćdziesiąt trzy tysiące złotych 00/100).

#### **§ 4. Formy zlecenia realizacji programu i warunki konkursu.**

1. Zlecenie zadań w ramach realizacji i koordynacji programu odbywać się będzie poprzez udzielanie finansowania na podstawie prawidłowo sporządzonej i przedstawionej przez Realizatora faktury wraz ze zestawieniem wykonanych świadczeń w danym miesiącu.
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 ofertowym, który można otrzymać w Urzędzie Miejskim w Kamińsku, przy ul. Wieluńskiej 50 lub pobrać ze strony internetowej gminy z Biuletynu Informacji Publicznej <https://bip.kamienisk.com.pl>  
Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego pod rygorem odrzucenia oferty.
6. Do oferty należy dołączyć:
  - aktualny wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
  - aktualny odpis (wydruk) z Krajowego Rejestru Sądowego;
  - kopię aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.
7. Dokumenty przedłożone jako kserokopie należy poświadczyć za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą i sygnowanie jego podpisem i pieczętą.

#### **§ 5. Warunki realizacji zadania:**

1. Realizacja świadczenia nie może być sprzeczna z tym programem i założeniami.
2. Program będzie realizowany dla mieszkańców gminy Kamińsk. Świadczenia zdrowotne muszą być realizowane wyłącznie na terenie gminy Kamińsk i w terapii weźmie udział do około 600 osób rocznie mieszkających na terenie gminy.
3. Do udziału w programie może być zakwalifikowany wyłącznie pacjent, który jest mieszkańcem gminy Kamińsk (potwierdzenie zamieszkania następuje poprzez Kamięszczańską Kartę Mieszkańca), posiadający odpowiednie skierowanie wydane przez lekarza POZ lub lekarza specjalisty np. ortopedii, rehabilitacji, fizjoterapii, chirurgii mającej zastosowanie w terapii narządu ruchu i na zasadach ujętych w programie.
4. O przystąpieniu do programu będzie decydowała kolejność zgłoszenia swojego uczestnictwa oraz wyrażenie pisemnej zgody na udział w programie według wzoru stanowiący załącznik nr 1 do umowy.
5. Rekrutacja powinna być prowadzona w sposób ciągły, przez cały okres trwania zadania, obejmując działaniami jak największą liczbę uczestników.
6. Każdy pacjent zakwalifikowany do programu powinien zostać poddany cyklowi zabiegów terapeutycznych i fizjoterapeutycznych. Pacjentowi programu przysługuje 10 - dniowy cykl zabiegów składających się do 5 rodzajów zabiegów zleconych przez lekarza – o ostatecznej ilości powtórzeń, jak i o ilości zabiegów będzie decydował wykonujący kwalifikację fizjoterapeuta, ale nie może przekroczyć w zleceniach w/w ilości.
7. Każdy z pacjentów może skorzystać do dwóch serii zabiegów w ciągu roku.
8. Zabiegi terapeutyczne i fizjoterapeutyczne muszą odbywać się pod nadzorem fizjoterapeuty.
9. Świadczenia udzielane dla osób w ramach programu będą bezpłatne.
10. Program powinien obejmować wszystkie osoby z populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.
11. Do zadań oferenta będzie należało:

- 1) przeprowadzenie rekrutacji uczestników w oparciu o skierowania od lekarza POZ lub lekarza specjalisty (np. ortopedy, rehabilitacji, fizjoterapii, chirurgii);
  - 2) przeprowadzenie fizjoterapii leczniczej indywidualnie dobranej dla każdego uczestnika;
  - 3) prowadzenie indywidualnych kart uczestników, prowadzenie rejestru świadczeń wykonywanych w ramach programu;
  - 4) prowadzenie listy obecności z uwzględnieniem daty i godziny zabiegu;
  - 5) zapewnienie wypełnienia anonimowej ankiety satysfakcji uczestnika programu;
  - 6) zapewnienie przeprowadzenia wywiadu i badania na potrzeby programu zdrowotnego oraz wypełnienia formularza oceny stanu uczestnika wraz z oceną skuteczności programu;
  - 7) oszczędne i celowe wydatkowanie przyznanych środków publicznych;
  - 8) prawidłowo i terminowo przedstawienie comiesięcznych faktur;
  - 9) prawidłowe i terminowe sporządzenie rozliczenia finansowego i rocznego sprawozdania finansowo – merytorycznego, zestawienia zbiorowego ankiet satysfakcji (ankiety do wglądu);
  - 10) przeprowadzenie akcji informacyjnej oraz działań edukacyjnych skierowanej do wszystkich mieszkańców gminy oraz zapewnienie wypełnienia ankiety satysfakcji uczestnika - działania edukacyjne przez osobę uczestniczącą w programie;
  - 11) prowadzenie planu zajęć edukacyjnych, dokumentacji zajęć edukacyjnych - rejestr uczestników, przygotowanie plakatów, ulotek informacyjnych o programie;
  - 12) monitoring przeprowadzonej ilości usług;
  - 13) zebranie wszystkich dokumentów, w tym imiennych zgód na udział w programie oraz innych dokumentów które są ujęte w programie (formularze, ankiety, sprawozdanie) według wzoru stanowiące załącznik nr 2, nr 3, nr 4, nr 5, nr 6 nr 7 do umowy.
12. Dysponowanie przez podmiot ubiegający się o dotację, personelem posiadającym odpowiednie kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń w ramach zadania.
13. Dysponowanie odpowiednimi pomieszczeniami wyposażonymi w aparaturę i sprzęt medyczny, niezbędny do realizacji zadania, o którym mowa w § 2.

#### **§ 6. Termin i miejsce składania ofert.**

1. Ofertę należy złożyć na formularzu ofertowym, stanowiącym Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 0050.112.2025 Burmistrza Kamieńska z dnia 09 grudnia 2025 r.
2. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami w wersji papierowej należy złożyć w zamkniętej kopercie, opatrzonej pieczęcią nagłówkową oferenta, w sekretariacie, pokój nr 1.07 (parter) Urzędu Miejskiego w Kamieńsku, ul. Wieluńska 50, od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Urzędu lub za pośrednictwem poczty na adres: Urząd Miejski w Kamieńsku, ul. Wieluńska 50, 97-360 Kamieńsk z napisem: **Konkurs ofert na realizację gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamieńsk” w 2026 r.**
3. Ostateczny termin składania oferty upływa w dniu **29 grudnia 2025 r. do godz. 15:30.**
4. Data wpływu do Urzędu Miejskiego decyduje o zachowaniu terminu.
5. Oferta złożona po terminie nie będzie rozpatrywana.
6. Oferta sporządzona wadliwie lub niekompletna pozostaje bez rozpatrzenia.

#### **§ 7. Zasady, tryb i kryteria wyboru ofert.**

1. Rozpatrzenia złożonej oferty dokona Komisja Konkursowa powołana Zarządzeniem Burmistrza Kamieńska.

2. Komisja Konkursowa ocenia ofertę pod względem formalnym i merytorycznym.
3. Cena ofertowa powinna zawierać wszystkie koszty niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej w tym szczególności wykonane zabiegi, przeprowadzenie akcji informacyjnej, działań edukacyjnych, koszty administracyjno – biurowe i inne.
4. Oferta niespełniająca wymogów formalnych jest odrzucana i nie podlega ocenie merytorycznej.
5. Przy rozpatrywaniu oferty, która przeszła pozytywną ocenę formalną, brane będą pod uwagę następujące kryteria oceny merytorycznej:
  - 1) ocena kosztów kalkulacji zadania (oceniane w sali 0 – 5 punktów);
  - 2) doświadczenie w realizacji zadania (oceniane w sali 0 – 5 punktów);
  - 3) kwalifikacje osób, przy udziale których będzie realizowane zadanie publiczne (oceniane w sali 0 – 5 punktów);
  - 4) warunki lokalowe - pomieszczenia oraz wyposażenie w sprzęt medyczny (oceniane w sali 0 – 5 punktów).
6. Komisja Konkursowa dokonuje oceny i przedstawia swoją propozycję wyboru oferty Burmistrzowi.
7. Otwarcie oferty i rozstrzygnięcie konkursu odbędzie się **30 grudnia 2025 r. o godz. 10:00** w siedzibie Urzędu Miejskiego w Kamieńsku, ul. Wieluńska 50, 97-360 Kamieńsk, sala konferencyjna.
8. Oferta wraz z pozostałymi dokumentami nie jest zwracana oferentowi.
9. Oferta sporządzona wadliwie lub niekompletna pozostaje bez rozpatrzenia.
10. Rozstrzygnięcie konkursu podaje się 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.
11. Od podjętych decyzji nie przysługuje odwołanie.
12. Po rozstrzygnięciu konkursu Burmistrz Kamieńska zawiera umowę o przekazanie środków na realizację gminnego programu zdrowotnego z wybranym oferentem. Szczegółowe warunki realizacji zadania zostaną zawarte w umowie (ramowy wzór umowy – stanowi załącznik Nr 3). 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 wew.127 lub w Urzędzie Miejskim – pokój nr 1.27 (parter).

## **§ 8. Zmiany w konkursie ofert.**

1. Burmistrz Kamieńska zastrzega sobie prawo do:
  - 1) odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania oferty bez podania przyczyny,
  - 2) zmiany warunków konkursu,
  - 3) zamknięcia konkursu bez rozstrzygnięcia,
  - 4) 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.

#### 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 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 ciążyących 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 09 grudnia 2025 r.

**BURMISTRZ**  
  
**Jarosław Bąkowicz**

Załącznik Nr 2  
do Zarządzenia Nr 0050.112.2025  
Burmistrza Kamińska  
z dnia 09 grudnia 2025 r.

pieczętka podmiotu leczniczego

## FORMULARZ OFERTOWY

**na realizację świadczenia usług w roku 2026  
w zakresie prowadzenia fizjoterapii w ramach  
gminnego programu polityki zdrowotnej  
pod nazwą  
„FIZJOTERAPIA DLA MIESZKAŃCÓW GMINY KAMIEŃSK”**

### I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa oferenta: podmiotu leczniczego:

---

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

2. Siedziba:

---

(dokładny adres miejsca realizacji zadania - zgodnie z wpisem z właściwego rejestru):

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

4. Forma prawna:

5. Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych i oznaczenie organu dokonującego wpis:

6. Numer wpisu do rejestru sądowego :

7. Nr NIP, Nr REGON:

---

8. Osoba/osoby uprawnione do podpisywania umów w ramach realizacji zadania:

---

(imię i nazwisko, funkcja):

9. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenia programu zdrowotnego:

---

(imię i nazwisko, funkcja):

10. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert:

---

(imię i nazwisko oraz numer telefonu)

11. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

---

## **II. OPIS REALIZACJI PROGRAMU**

1. Główny cel zadania:

---

2. Dokładny adres miejsca realizacji zadania:

---

3. Dane oferenta dotyczące warunków lokalowych oraz wyposażenia w armaturę i sprzęt medyczny:

Lp.	Nazwa zabiegu	Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny niezbędny do realizacji zadania	Sprzęt własny czy dzierżawiony	Liczba jednostek
Warunki lokalowe		Liczba pomieszczeń w których realizowane będą świadczenia		

**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)

4. Dane dotyczące liczby i kwalifikacji zawodowych personelu odpowiedzialnego za realizację określonych świadczeń zdrowotnych w ramach programu zdrowotnego oraz dane o kierownictwie:

Lp.	Nazwisko i imię	Wykształcenie	Kwalifikacje zawodowe	Rola w realizacji zamówienia
1				
2				
3				
4				
5				

**Oświadczenie:** świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam kadre niezbędną do realizacji świadczeń zdrowotnych do realizacji gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamieńsk” w roku 2026.

---

(podpis osoby upoważnionej )

5. Dotychczasowe doświadczenie w realizacji świadczeń zdrowotnych podobnego rodzaju:

---

---

---

6. Sposób organizacji akcji informacyjnej oraz działań edukacyjnych (rodzaj działań, liczba działań)

---

7. Określenie dni i godzin, w których świadczenia będą realizowane:

---

8. Data rozpoczęcia i zakończenia świadczeń zdrowotnych:

### **III. 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 n/w zabiegów, po ich przeliczeniu w oparciu o zakładaną ilość zabiegów podaną w tabeli. Obliczony w ten sposób koszt zabiegów stanowić będzie podstawę do badania i oceny złożonych ofert. Ceny poszczególnych zabiegów uwzględniać muszą wszystkie koszty związane z realizacją programu (koszt badania, koszt sprzętu, materiałów itp.)

Lp.	Rodzaj zabiegu	Koszt jednostkowy brutto	Zakładana ilość zabiegów	Koszt całkowity
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
<b>Łączny koszt zabiegów:</b>				



3. Koszty akcji informacyjnej i działań edukacyjnych: (organizacja kampanii informacji, promocja)

---

**Jednocześnie oferent oświadcza, że**

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia Burmistrza o konkursie ofert na wybór realizatora programu, warunkami konkursu, z treścią programu polityki zdrowotnej na lata 2020-2029 pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamięńsk” przyjęty Uchwałą Nr VIII/102/24 Rady Miejskiej w Kamięńsku z dnia 17 października 2024 r. w sprawie kontynuacji realizacji programu polityki zdrowotnej gminy Kamięńsk pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamięńsk” oraz projektem umowy.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym i na dzień złożenia oferty.
3. Świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach programu polityki zdrowotnej nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
4. Nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
5. Jako podmiot będziemy ponosić wyłączną odpowiedzialność za całkowitą realizację programu, zarówno wobec Zleceniodawcy.
6. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.
7. Przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej, zobowiązuje się do:
  - zatrudnienia przy realizacji programu polityki zdrowotnej osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnionych do udzielania świadczeń, określonych w odpowiednich przepisach;
  - zabezpieczenia dostępu do sprzętu, materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;
  - udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektującymi prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
  - posiadania ważnej polisy ubezpieczenia OC na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych;
  - 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).

---

(miejscowość, data)

---

(podpis i pieczętka oferenta lub osoby upoważnionej)

**BURMISTRZ**  
  
**Jarosław Bąkowicz**

Załącznik Nr 3  
do Zarządzenia Nr 0050.112.2025  
Burmistrza Kamieńsk  
z dnia 09 grudnia 2025 r.

**WZÓR**

**UMOWA NR RFK. .... /2025**

**o przekazanie środków na realizację gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamieńsk” na rok 2026.**

zawarta w dniu ..... grudnia 2025 r. w Kamieńsku pomiędzy:  
**Gminą Kamieńsk** z siedzibą ul. Wieluńska 50, 97-360 Kamieńsk  
reprezentowaną przez Burmistrza Kamieńska - Jarosława Bąkowicza  
przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy Kamieńsk – Marii Ozga  
NIP: 772 2260 719  
REGON: 590648280  
zwaną dalej „**Zamawiającym**”

**a**

..... z siedzibą .....

reprezentowanym przez .....

NIP: .....

REGON: .....

zwanym dalej „**Realizatorem**”

§ 1. 1 Na podstawie art.48 ust.1 i art.48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert Zamawiający zamawia realizację gminnego programu zdrowotnego pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamieńsk” za kwotę **763 000,00 zł** (słownie: siedemset sześćdziesiąt trzy tysiące złotych 00/100), a Realizator zobowiązuje się do jego realizacji.

2. Przedmiotem umowy jest udzielanie w 2026 r. bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie prowadzenia fizjoterapii leczniczej dla mieszkańców gminy Kamieńsk w ramach gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamieńsk” obejmujących następujące zabiegi:

Lp.	Rodzaj zabiegu
	<b>kinezyterapia</b>
1	indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.*
2	ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut

3	ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut
4	ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut
5	ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut
6	nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut
7	wyciągi
<b>masaż</b>	
8	masaż mechaniczny przy pomocy urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.
<b>elektrolecznictwo</b>	
9	galwanizacja
10	jonoforeza
11	elektrostymulacja
12	prądy diadynamiczne
13	prądy interferencyjne
14	prądy TENS
15	prądy TRAEBERTA
16	ultradźwięki miejscowe
17	ultrafonoforeza
<b>leczenie polem elektromagnetycznym</b>	
18	impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości
<b>światłolecznictwo i termoterapia</b>	
19	naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe
20	laseroterapia - skaner
21	laseroterapia punktowa
22	leczenie falą uderzeniową

3. Program realizowany będzie na rzecz zaspakajania zbiorowych potrzeb mieszkańców Gminy Kamieńsk.

4. Realizator zobowiązuje się do realizacji świadczenia usług zgodnie z treścią Programu przyjęty Uchwałą Nr VIII/102/24 Rady Miejskiej w Kamieńsku z dnia 17 października 2024 r. w sprawie kontynuacji realizacji programu polityki zdrowotnej gminy Kamieńsk pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamieńsk”

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

6. Realizator oświadcza, że realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach programu nie będzie przedstawiana do refundowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia ani inne podmioty.

7. W programie mogą wziąć udział tylko mieszkańcy gminy Kamieńsk (potwierdzenie zamieszkania następuje poprzez okazanie Kamieńszczańskiej Karty Mieszkańca), którzy posiadają skierowanie od lekarza POZ lub lekarza specjalisty (ortopedii, rehabilitacji, fizjoterapii, chirurgii) oraz wyrazi pisemną zgodę na udział w Programie.

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

9. Zobowiązuje się Realizatora do zamieszczenia na terenie placówki, w której realizowany jest Program, w sposób widoczny w miejscu ogólnodostępnym informacji, że realizowany program zdrowotny finansowany jest ze środków budżetu Gminy Kamieńsk.

§ 2. 1 Realizator będzie realizować Program polityki zdrowotnej, o którym mowa w § 1 w okresie **od dnia 01 stycznia 2026 roku do 31 grudnia 2026 roku.**

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

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

4. Realizator jest zobowiązany do zebrania wszystkich dokumentów, w tym imiennych zgód na udział w programie oraz innych dokumentów które są ujęte w programie (formularze, ankiety, sprawozdanie) według załączników nr 1, nr 2, nr 3, nr 4, nr 5, nr 6, nr 7 do umowy.

5. Realizator zobowiązuje się do poddania kontroli na każde żądanie Zamawiającego.

6. 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.

7. Realizator zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach programu z należytą starannością zgodnie ze wskazaniami 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.

8. 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 oraz przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego.

§ 3. 1. Rozliczenie Programu zdrowotnego będzie następowało na podstawie prawidłowo sporządzonej faktury wraz z zestawieniem zawierającym informacje o liczbie wykonanych świadczeń w danym miesiącu i liczbie osób, które skorzystały z Programu w danym miesiącu, wystawionej przez Realizatora i dostarczonej do Zamawiającego w terminie 7 dni roboczych, po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego realizacji umowy.

2. Wynagrodzenie będzie płatne na podstawie wystawionej przez Realizatora faktury na: Gmina Kamieńsk, ul. Wieluńska 50, 97-360 Kamieńsk, NIP 772 22 60 719.

3. Faktura powinna zawierać informacje: o nazwie Programu, okresie rozliczeniowym, którego dotyczy, numerze umowy na podstawie której została wystawiona.

4. Faktura nie zawierająca załącznika zostanie zwrócona Realizatorowi celem uzupełnienia. Termin płatności liczony będzie od daty ponownego wpływu prawidłowo wystawionych dokumentów.

5. Zapłata za tę fakturę będzie następowała przelewem na rachunek bankowy Realizatora, w terminie 14 dni od daty wpływu dokumentów ujętych w ust.1.

6. Za realizację programu w miesiącu grudniu 2026 r. dokumenty, o których mowa w ust.1 należy przedłożyć do dnia 28 grudnia 2026 r.

7. Realizator zobowiązuje się po zakończeniu realizacji programu przedstawić rozliczenie merytoryczno - finansowe, zgodnie z Załącznikiem nr 7 do umowy w terminie do 20.01.2027 roku.

§ 4.1. Umowa może zostać przez Zamawiającego rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy, nieterminowego oraz nienależytego wykonywania umowy, zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania, a także w przypadku stwierdzenia podwójnego wykazywania w sprawozdawczości tych samych osób objętych programem profilaktycznym o podobnym zakresie, finansowanym w ramach powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia lub przez inny podmiot, w sytuacji jednokrotnego wykonania świadczenia.

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

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

§ 6. 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 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 ciążyących 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.

§ 7.1. Zamawiający zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy z miesięcznym okresem wypowiedzenia.

2. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają zachowania formy pisemnej zastrzeżonej pod rygorem nieważności.

3. Wszelkie sprawy, których nie reguluje niniejsza umowa będą rozstrzygane w oparciu o przepisy Kodeksu cywilnego.

4. Niniejsza umowa sporządzona została w trzech jednobrzmiących egzemplarzach po: 1 egz. dla Realizatora, 2 egz. dla Zamawiającego.

**REALIZATOR:**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**BIUMISTRZ**  
  
**Jarosław Bąkowicz**

**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 pieczętka

**Administratorem danych osobowych jest Realizator – szczegółowy opis po stronie Realizatora.**

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

**Burmistrz**  
  
**Jarosław Bąkiewicz**



3. Jak ocenia Pan/Pani ogólny poziom 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/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**  
*Jarosław Bąkowiec*  
**Jarosław Bąkowiec**

Formularz wywiadu przeprowadzonego na potrzeby programu zdrowotnego

.....  
(nazwa programu)

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Wywiad:

Rozpoznanie.....

Dolegliwości.....

Choroby współistniejące:.....

	TAK	NIE		TAK	NIE
nadciśnienie tętnicze			choroba zakrzepowo - zatorowa		
rozrusznik serca			ostre stany zapalne		
choroba nowotworowa			stany podgorączkowe		
padaczka			stany depresyjne		
gruźlica			ciąża		
niewydolność serca			inne		
nadczynność tarczycy					

Zła tolerancja zabiegu(ów) rehabilitacyjnego(ych) .....

Adnotacja fizjoterapeuty

(podpis pacjenta)

(podpis fizjoterapeuty)

**BURMISTRZ**  
*Jarosław Bąkiewicz*  
**Jarosław Bąkiewicz**

Formularz oceny stanu uczestnika programu

.....  
(nazwa programu)

A. Wypełnia fizjoterapeuta

Imię i nazwisko.....

Rozpoznanie.....

Zabiegi.....

B. Wypełnia pacjent

Proszę określić zaznaczając „x” (początek zabiegów) lub „o” (koniec cyklu zabiegów) natężenie dolegliwości wg skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak dolegliwości, a 10 najsilniejsze natężenie dolegliwości jakie dotychczas wystąpiło.

Dolegliwość	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ból											
Ograniczona ruchomość											
Osłabiona siła mięśni											
Zaburzenie czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie)											
Obrzęk											
Zmiany skórne											
Niesprawność fizyczna											
Inne											

(podpis pacjenta)

BURMISTRZ  
  
Jarosław Bąkowicz

## ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Jak oceniasz organizację zajęć, w których brałeś/eś 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 Ciebie 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
- 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 Ciebie 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.*

**BURMISTRZ**  
  
**Jarosław Bąkiewicz**

**SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ**

.....  
(nazwa programu)

**1. Sprawozdanie**

- miesięczne, za okres od ..... do .....  
 roczne, za rok

**2. Liczba przyjętych osób (badanie wstępne)** .....

**3. Liczba osób skierowanych na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych**  
.....

**4. Liczba wykonanych instruktaży postępowania w siedzibie Realizatora**  
.....

**5. Liczba instruktaży w ramach wizyty domowej** .....

**6. Uwagi**

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

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć Realizatora programu

**BURMISTRZ**  
*Jarosław Bąkowiec*  
**Jarosław Bąkowiec**

**Sprawozdanie merytoryczno - finansowe**

z realizacji świadczeń zdrowotnych w roku 2026 w zakresie fizjoterapii

zgodnie z przyjętym Programem polityki zdrowotnej

pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców Gminy Kamięnsk”

**I. Ocena merytoryczna programu**

1. Nazwa placówki/jednostki realizującej program .....

.....

2. Dokładny adres placówki/jednostki .....

.....

.....

3. Osoba odpowiadająca za jego realizację:

.....

4. Czas realizacji zadania:

Data rozpoczęcia programu: .....

Data zakończenia programu: .....

5. Charakterystyka populacji objętej zadaniem:

.....

.....

.....

.....

6. Cel główny programu: .....

.....

.....

.....

.....

.....

**7. Proszę opisać przebieg realizacji zadań programowych:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**8. Faktyczna liczba osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych:**

.....

.....

**9. Wyniki z realizacji programu zdrowotnego (np. na podstawie ankiet): ocena efektów terapeutycznych po zakończeniu programu przez magistra fizjoterapii:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**10. Opinia oraz wnioski na temat konieczności realizacji programu w następnych latach:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**II. Rozliczenie finansowe programu**

1. Proszę podać ogólny koszt realizacji zadania w zakresie świadczeń zdrowotnych: zgodnie z umową dotacji .....

2. Wykorzystanie przyznanych środków finansowych:

2.1. Koszty osobowe.

Rozliczenie kosztów osobowych proszę przedstawić wg wzoru tabeli.

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Zestawienie ilościowe świadczeń zdrowotnych	Stawka za przeprowadzony zabieg	Koszt ogólny	Rozliczenie dotacji – niewykorzystane środki finansowe
1	Galwanizacja				
2	Jonoforeza				
3	Elektrostymulacja				
4	Prądy diadynamiczne				
5	Prądy interferencyjne				
6	TENS prądy				
7	TRAEBERTA prądy				
8	Ultradźwięki miejscowe				

9	Ultrafonoforeza				
10	Laseroterapia - skaner				
11	Laseroterapia punktowa				
12	Leczenie falą uderzeniową				
13	Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości				
14	Naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym - miejscowe				
15	Masaż mechaniczny przy pomocy urządzeń typu fotele musujące, maty musujące itp.				
16	Wyciągi				
17	Nauka czynności lokomocji – minimum 15 minut				
18	Ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut				
19	Ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem – minimum 15 minut				
20	Ćwiczenia czynne w obciążeniu i czynne w obciążeniu z oporem – minimum 15 minut				

21	Ćwiczenia wspomagane – minimum 15 minut				
22	Indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody redukcji nerwowo- mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) – nie mniej niż 30 minut				
<b>Razem:</b>					

III. Przebieg akcji informacyjnej oraz działań edukacyjnych realizowanej w programie oraz koszty:

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

IV. Dodatkowe informacje: .....

.....  
.....

.....  
miejsowość, data

.....  
(podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

**BURMISTRZ**  
*Jarosław Bąkiewicz*  
**Jarosław Bąkiewicz**