

**ZARZĄDZENIE NR 0050.3.2026**

**BURMISTRZA KAMIEŃSKA**

**z dnia 12 stycznia 2026 r.**

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej  
w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu w 2026 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 2025 r. poz. 1153 ze zm.), art. 7 ust.1 pkt 1 i art. 48 ust.1, art. 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 ze zm.) w związku z Uchwałą Nr XVI/198/25 Rady Miejskiej w Kamieńsku z dnia 26 czerwca 2025 r. w sprawie kontynuacji realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu zarządzam, co następuje:

**§ 1.** Ogłaszam konkurs ofert na realizację w 2026 roku programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców gminy Kamieńsk na lata 2026 – 2028.

**§ 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 dnia **27 stycznia 2026 r. do godz. 15:30.**

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

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

BURMISTRZ  
  
Jarosław Bąkowicz

Pomoc Administracyjna  
Referat Gospodarki Komunalnej

  
Barbara Alama

Załącznik Nr 1  
do Zarządzenia Nr 0050.3.2026  
Burmistrza Kamieńska  
z dnia 12 stycznia 2026 r.

## **BURMISTRZ KAMIEŃSKA**

**ogłasza konkurs ofert na realizację w 2026 roku programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców gminy Kamieńsk na lata 2026 – 2028**

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 2025 r. poz. 1461 ze zm.), w związku z Uchwałą Nr XVI/198/25 Rady Miejskiej w Kamieńsku z dnia 26 czerwca 2025 r. w sprawie kontynuacji realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu **Burmistrz Kamieńska** ogłasza konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej w 2026 roku.

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

1. Udział w programie mogą brać wyłącznie 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 ze zm.).
2. Dysponowanie przez podmiot ubiegający się o dotację, kadrą medyczną i pomocniczą spełniającą wymogi określone w przepisach prawa oraz w szczegółowych założeniach programu.
3. Dysponowanie odpowiednimi pomieszczeniami (gabinety lekarskie) spełniające pod względem warunków i wyposażenia wymogi, określone w obowiązujących przepisach prawa (ustawy o działalności leczniczej, rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą);
4. Dysponowanie niezbędnym sprzętem i wyposażeniem do prawidłowej realizacji zaplanowanych interwencji, umożliwiające prowadzenie badań zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.
5. Posiadanie ważnej polisy ubezpieczenia OC oferowanego świadczenia zdrowotnego 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 2026 roku.
2. W ramach programu będą przeprowadzane działania diagnostyczne adresowane do osób wykazujących czynniki ryzyka udaru mózgu, identyfikowane na podstawie wywiadu zdrowotnego, pomiarów klinicznych oraz wyników badań przesiewowych.
3. Program skierowany jest wyłącznie dla dorosłych mieszkańców Gminy Kamieńsk, w szczególności osób od 45. roku życia należących do populacji podwyższonego ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych, w tym udaru mózgu, spełniających kryteria włączenia i wyłączenia określone w programie.

### **III. Realizacja programu**

1. Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań realizowanych w ramach programu, obejmujących edukację

zdrowotną, ocenę indywidualnego ryzyka zdrowotnego w kierunku chorób naczyń mózgowych, wizytę diagnostyczną, kwalifikację do dalszej diagnostyki i leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych NFZ, a w uzasadnionych przypadkach – rehabilitację poudarową zgodnie z założeniami programu.

2. Przed rozpoczęciem interwencji Realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i medyczne określone w kryteriach włączenia.

3. Kwalifikacje do programu pod względem wymagań formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny Realizatora, kwalifikacje pod względem wymagań medycznych powinien przeprowadzić lekarz POZ, neurolog lub inny lekarz posiadający kompetencje określone w umowie z Realizatorem. Po zakwalifikowaniu uczestnika do programu, zostaną wykonane interwencje zaplanowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

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

1. Celem głównym programu jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia udaru mózgu oraz ograniczenie następstw zdrowotnych udaru poprzez zwiększenie poziomu wiedzy zdrowotnej, poprawę wczesnego wykrywania czynników ryzyka oraz usprawnienie postępowania po incydencie udarowym, u mieszkańców Gminy Kamięnsk objętych programem.

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, zameldowanie na pobyt stały lub czasowy na terenie gminy (na podstawie oświadczenia uczestnika lub potwierdzenia zamieszkania poprzez Kamięnszczańską Kartę Mieszkańca), lub rozliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych oraz oświadczenia, że w ciągu ostatnich dwóch lat nie uczestniczył w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę (profilaktyka i wczesne wykrywanie udaru mózgu), realizowanych w ramach innych programów finansowanych ze środków publicznych.

3. Szczegółowy opis zawiera program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu na lata 2026 – 2028.

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

Łączna wysokość środków publicznych przeznaczonych na realizację ww zadania w 2026 roku wynosi **50 000,00 zł** (słownie: pięćdziesiąt tysięcy 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 Kamięnsku, przy ul. Wieluńskiej 50 (parter), pokój nr 1.27 lub pobrać ze strony internetowej gminy z Biuletynu Informacji Publicznej <https://bip.kamiensk.com.pl>

Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego pod rygorem odrzucenia oferty.

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. Świadczenia zdrowotne muszą być realizowane wyłącznie na terenie gminy Kamieńsk w sposób sprawny, nie kolidujący z bieżącą działalnością podmiotu składającego ofertę.

2. Do udziału w programie może być zakwalifikowany pacjent, który jest mieszkańcem Gminy Kamieńsk. Decyzje o udziale w programie pacjenta, podejmuje lekarz POZ-u realizującego program.

3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych ustala się w terminie od dnia 01 lutego 2026 r. do dnia 31 grudnia.2026 r.

4. Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach programu będą bezpłatne.

5. Rekrutacja do programu powinna być prowadzona w sposób ciągły, z zachowaniem zasady równego dostępu, do momentu wyczerpania środków finansowych oraz limitów, przez cały okres trwania programu, obejmując działaniami jak największą liczbę uczestników, z populacji docelowej spełniające kryteria włączenia.

Wszystkie osoby spełniające kryteria włączenia zostaną objęte działaniami edukacyjnymi, natomiast interwencje kliniczne będą realizowane zgodnie z kolejnością zgłoszeń i harmonogramem realizatora.

6. Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne prowadzone będą zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa.

7. Wykonywane świadczenia zdrowotne winny być prowadzone od poniedziałku do piątku.

8. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia świadczeń w ramach programu (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym osobom z ograniczoną mobilnością po przebytych udarze mózgu.

9. Zakres świadczeń dla oferenta w ramach programu obejmuje:

- a) rejestracja pacjenta i prowadzenie rejestru świadczeń wykonywanych w ramach programu;
- b) wykonanie lekarskiej wizyty diagnostycznej obejmująca wywiad medyczny w celu identyfikacji osób należących do grup wysokiego ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru mózgu lub TIA, oraz kwalifikację uczestników do dalszej diagnostyki i leczenia;
- 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 wśród uczestników programu anonimowych ankiet satysfakcji, których wzór stanowi załącznik nr 2 i 3 do umowy (ankiety do wglądu);
- g) monitorowanie działań w ramach programu oraz ocena z przebiegu realizacji działań w danym roku (złożenie pisemnego raportu rocznego/sprawozdania);
- h) oszczędne i celowe wydatkowanie przyznanych środków publicznych;
- i) prawidłowe i terminowe złożenie sprawozdania z realizacji programu według wzoru stanowiący załącznik nr 4 do umowy;
- j) prowadzenie działań edukacyjnych, dokumentacji zajęć edukacyjnych - rejestr uczestników,
- k) 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 **27 stycznia 2026 r. do godz. 15:30** pisemnej oferty wraz z załącznikami, stanowiąca załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 0050.3.2026 Burmistrza Kamieńska z dnia 12 stycznia 2026 r.

2. Ofertę należy złożyć w sekretariacie (parter), pokój nr 1.07 Urzędu Miejskiego w Kamieńsku, ul. Wieluńska 50, od poniedziałku do piątku 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 pieczętą oferenta z adnotacją „**Konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu w 2026 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 dwóch 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 Kamińskiego.

2. Otwarcie ofert i rozstrzygnięcie konkursu odbędzie się w dniu **28 stycznia 2026 r. o godz. 12:00** w siedzibie Urzędu Miejskiego w Kamińsku, ul. Wieluńska 50, 97-360 Kamińsk, sala konferencyjna.

3. Oferta powinna zawierać wszystkie koszty jednostkowe do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, które są ujęte w programie.

4. 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 Kamińsk <https://bip.kamienisk.com.pl>, na stronie internetowej Gminy Kamińsk <https://kamienisk.pl> oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miejskiego w Kamińsku.

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 Kamińska 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 wew.127 lub w Urzędzie Miejskim - parter, pokój nr 1.27.

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

1. Burmistrz Kamińska 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 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.

Kamieńsk, dnia 12 stycznia 2026 r.

RAJCA PRAWNI  
Munim  
Kamieńska Kowalska-Siur

BURMISTRZ  
Jarosław Bałkiewicz

Załącznik Nr 2  
do Zarządzenia Nr 0050.3.2026  
Burmistrza Kamieńska  
z dnia 12 stycznia 2026 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 Kamieńsk w 2026 roku

### I. DANE DOTYCZĄCE 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 w ramach programu, w tym godzin popołudniowych:

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 kadrę niezbędną do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców gminy Kamieńsk na lata w 2026 roku

---

(podpis osoby upoważnionej )



2. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym 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 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).
  - 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 poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną.

**BUMISTKZ**  
  
**Jarosław Bąkiewicz**

Załącznik Nr 3  
do Zarządzenia Nr 0050.3.2026  
Burmistrza Kamieńsk  
z dnia 12 stycznia 2026 r.

WZÓR

UMOWA DOTACJI NR RFK. ....

o przekazanie środków finansowych na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców gminy Kamieńsk w 2026 roku

zawarta w dniu ..... stycznia 2026 r. w Kamieńsku pomiędzy:  
**Gminą Kamieńsk**, 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 „**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 w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert **powierza** realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców gminy Kamieńsk, a **Realizator** zobowiązuje się do jego realizacji.

2. Przedmiotem umowy jest wykonanie bezpłatnych świadczeń w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu na rzecz mieszkańców gminy Kamieńsk od 45. roku życia w **2026 roku** (potwierdzenie zamieszkania następuje na podstawie oświadczenia uczestnika lub potwierdzenia poprzez Kamieńszczańską Kartę Mieszkańca albo potwierdzenia rozliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych).

**§ 2.** Realizator zobowiązany jest do:

- 1) wykonywania umowy zgodnie z treścią Programu;
- 2) prowadzenia rejestracji uczestników Programu,;

- 3) kwalifikacji uczestników programu na podstawie kryteriów włączenia zawartych w Programie;
- 4) zapewnienia fachowego personelu medycznego, który udzielać będzie świadczeń zdrowotnych objętych w programie oraz personelu do obsługi organizacyjnej Programu;
- 5) prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej związanej z prowadzeniem programu (wykonywane świadczenia zdrowotne) zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie i ochrony danych osobowych (RODO);
- 6) zapewnienia wyposażenia i warunków lokalowych do planowanych działań;
- 7) wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach programu z należytą starannością, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej oraz przestrzegania praw pacjenta;
- 8) 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;
- 9) 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 w całości ze środków budżetu Gminy Kamieńsk;
- 10) podania informacji dotyczącej zakresu i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, dni tygodnia i godzin udzielania świadczeń, w tym godzin popołudniowych oraz o zasadach kwalifikacji osób do programu;
- 11) prowadzenia bieżącego monitorowania działań w ramach programu oraz ocena z przebiegu realizacji działań w danym roku (złożenie pisemnego raportu okresowego);
- 12) zapewnienia wypełnienia wśród uczestników anonimowych ankiet satysfakcji, których wzór stanowi załącznik nr 2, nr 3 do umowy (ankiety do wglądu);
- 13) prowadzenia planu, dokumentacji działań edukacyjnych – rejestr uczestników;
- 14) zamieszczenia plakatów, ulotek informacyjnych o programie;
- 15) zebrania wszystkich dokumentów, w tym imiennych zgód na udział w programie, oświadczeń, ankiet satysfakcji uczestnika oraz innych dokumentów które są ujęte w programie według załączników nr 1, nr 2, nr 3;
- 16) przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy na każde żądanie Gminy.
- 17) zobowiązuje się do poddania kontroli na każde żądanie Gminy;

**§ 3.1.** Realizator oświadcza, że:

- 1) posiada polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych;
  - 2) realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach programu nie będzie wpływała w żaden sposób na świadczenia finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
  - 3) jego warunki lokalowe i sprzętowe gwarantują właściwą realizację Programu.
2. Gmina nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń udzielanych przez Realizatora w ramach niniejszej umowy.

**§ 4.** Realizator będzie realizować program polityki zdrowotnej, o którym mowa w § 1, w okresie **od dnia 01 lutego 2026 roku do dnia 31 grudnia 2026 roku.**

**§ 5. 1.** Na realizację niniejszej umowy Gmina przekaże 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 § 5 ust. 1 Realizator jest zobowiązany wykorzystać do dnia 31 grudnia 2026 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. nie później niż do 15 stycznia 2027 roku.

**§ 6. 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 4 do umowy oraz złożenia pisemnego raportu/sprawozdania oceny z przebiegu realizacji działań w terminie do 31.01.2027 roku.

**§ 7. 1.** Realizator (podmiot leczniczy) zapewni dalsze leczenie mieszkańca zgodnie z zaleceniami lekarza poprzez skierowanie pacjenta na rehabilitację poudarową lub dalszej diagnostyki i leczenia

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 zadania przez okres 5 lat.

**§ 8.1.** 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.

**§ 9.** Realizator nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom.

**§ 10.** 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.

§ 11.1. Gmina zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy z miesięcznym okresem wypowiedzenia.

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

3. Wszelkie sprawy, których nie reguluje niniejsza umową 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 Gminy.

REALIZATOR:

GMINA:

BIURO PRAWNY  
M. Skarżyski

Burmistrz  
Jarosław Bąkowiec

**ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców Gminy Kamieńsk na lata 2026-2028

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że uzyskałem/am informacje dotyczące Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców Gminy Kamieńsk na lata 2026-2028 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.

Uczestnik/czka programu:

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Data i podpis Uczestnika/czki programu

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

Osoba reprezentująca realizatora programu

Data i podpis i pieczętka

Treść klauzuli RODO do uzupełnienia

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

Data i podpis Uczestnika/czki programu

BURMISTRZ  
*Jarosław Bąkiewicz*  
Jarosław Bąkiewicz

### VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora

#### ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców Gminy Kamieńsk na lata 2026-2028

##### Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Empatia w trakcie rozmowy</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>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</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>Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</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 wizytę w poczekalni/przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?

<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"/>

##### 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 uczestnikom programu.

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

**Burmistrz**  
*Jarosław Bałkiewicz*  
**Jarosław Bałkiewicz**

**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców Gminy Kamieńsk na lata 2026-2028

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
- 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 prezentowany materiał był wystarczający do zapoznania się z tematem?

- 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*

**BUMIŚCZ**  
  
**Jarosław Bąkowiec**

**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 (wywiad+ocena ryzyka+pre/post test)				
Lekarska wizyta diagnostyczna				
Rehabilitacja poudarowa - cykl				
wizyta wstępna: ocena stanu pacjenta, ustalenie planu rehabilitacji				
cykl 10 spotkań rehabilitacyjnych				
wizyta podsumowująca cykl				
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>	
szkolenia dla personelu medycznego				
szkolenia dla osób z grup ryzyka				
Przygotowanie materiałów				
<b>RAZEM</b>				

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

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

BUDMISTRZ  
*Jarosław Bałkowiec*  
Jarosław Bałkowiec