

-PROJEKT-

UMOWA Nr2018

zawarta w dniu w Łęknicy pomiędzy:

Gminą Łęknica, z siedzibą w Łęknicy, ul. Żurawska 1, 68-208 Łęknica

reprezentowaną przez:

Burmistrza Łęknicy

przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy

zwaną dalej „**Organizatorem**”

a

.....
.....
.....,

wpisanym do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę

Lubuskiego, pod numerem: , nr NIP zakładu: , nr REGON: ,

reprezentowanym przez:

1. -

2. -

zwanej dalej „**Realizatorem**”

§ 1

1. Organizator powierza, a Realizator zobowiązuje się do przeprowadzenia w ramach „Programu szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica” w roku 2018 szczepień według warunków określonych szczegółowo w ofercie złożonej przez Realizatora w dniu stanowiącej integralną część umowy.

a

Realizator zobowiązuje się wykonać świadczenia w zakresie i na warunkach określonych w niniejszej umowie.

2. Schemat szczepień obejmuje 1 dawkę szczepionki dla 1 osoby.
3. Szczepienia przeprowadzone będą w
w (dniach, miesiącach) w godzinach
4. Realizator zobowiązuje się do:
 - 1) zamieszczenia w ośrodku zdrowia przygotowanych przez Urząd Miejski w Łęknicy plakatów i ulotek;
 - 2) działań edukacyjnych podczas wizyty lekarskiej przeprowadzonych przez lekarza lub pielęgniarkę. Zakres zagadnień poruszanych podczas edukacji powinien dotyczyć

propagowania prawidłowych nawyków zdrowotnych: zachowania zasad higieny, unikanie potencjalnych miejsc rozprzestrzeniania się choroby, możliwe unikanie kontaktów z osobami chorymi oraz przedstawienie sposobu postępowania w trakcie zakażenia grypą w celu uniknięcia jej powikłań;

3) uzyskania pisemnej zgody na przeprowadzenie szczepień wraz z pisemnym oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przekazanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji programu (wg załącznika **Nr 1 do projektu umowy**);

4) prowadzenia rejestru uczestników programu;

5) zakupu szczepionek przeciw grypie;

6) wykonania badania lekarskiego: kwalifikacji lekarskiej uwzględniającej przeciwwskazania do szczepień i ocenę ryzyka wystąpienia powikłań poszczepiennych, która będzie polegała na zbieraniu wywiadu lekarskiego i przeprowadzeniu fizykalnego badania lekarskiego. W przypadku wystąpienia przeciwwskazań czasowych należy poinformować o najwcześniejszym możliwym terminie wykonania szczepienia, natomiast w wyniku trwałych przeciwwskazań do szczepienia przeciw grypie trzeba poinformować pacjenta o możliwości realizacji szczepień u osób z najbliższego otoczenia w celu zmniejszenia ryzyka transmisji zakażenia;

7) wykonania szczepienia według przyjętego schematu, zgodnego ze wskazaniem producenta szczepionki;

8) wydania osobie poddanej szczepieniu zaświadczenia o wykonaniu zaleconego szczepienia ochronnego;

8) utylizacji zużytych materiałów zgodnie z obowiązującymi przepisami;

9) odebrania wypełnionej ankiety od uczestników programu (załącznik **Nr 2 do projektu umowy**) i dostarczenie wraz ze sprawozdaniem do organizatora programu;

10) składania sprawozdań z realizacji programu (liczba osób, które zgłosiły chęć uczestnictwa w programie; liczba osób, którym wykonano szczepienie w danym roku trwania programu w zestawieniu z ogólną populacją, która kwalifikowałaby się do programu; liczba osób, którym nie podano szczepionki z uwagi na: aspekty zdrowotne, inne) za rok 2018 do 31 grudnia 2018 roku (załącznik **Nr 4 do projektu umowy**) ;

11) sporządzenia dokumentacji medycznej z przeprowadzonych szczepień;

12) sporządzenie i złożenie na żądanie organizatora informacji na temat realizacji zadania;

13) inne ważne czynności niezbędne dla realizacji szczepień.

§ 2

1. Umowa zawarta jest na czas określony, tj. do 31 grudnia 2018r.

2. Rozpoczęcie realizacji Programu nastąpi od dnia podpisania umowy.
3. Rozpoczęcie szczepień nastąpi od 1 września 2018r.

§ 3

Realizator przyjmuje obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych (szczepień) objętych przedmiotem umowy z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej.

§ 4

1. Realizator oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody, które mogą wystąpić w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy.
2. Realizator oświadcza, że w przypadku, gdy termin obowiązywania polisy, o której mowa w ust. 1 jest krótszy niż termin obowiązywania umowy przedłuży okres ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co najmniej do końca obowiązywania umowy.
3. Realizator na wezwanie Organizatora zobowiązuje się do udostępnienia/przedstawienia do wglądu polisy, o której mowa w ust. 2. W przypadku jej nie udostępnienia/ przedstawienia Organizator może rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia.
4. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy realizacji przedmiotu niniejszej umowy ponosi wyłącznie Realizator.

§ 5

Realizator zobowiązuje się do :

- 1) sporządzenia imiennego wykazu osób objętych programem szczepieniami wg wzoru stanowiącego załącznik **nr 3** do projektu umowy;
- 2) sporządzania i składania na żądanie Organizatora informacji na temat realizacji zadania;
- 3) sporządzenia i złożenia do Organizatora sprawozdania końcowego merytoryczno – finansowego z realizacji programu za dany rok (wg załącznika **nr 4** do projektu umowy) w terminie do 31 grudnia 2018r.

§ 6

1. Realizator świadczeń zdrowotnych za wykonanie szczepienia w danym roku otrzyma wynagrodzenie w wys. BRUTTO (słownie:), które obejmuje koszt jednostkowy: zakupu szczepionki, kwalifikacyjnego badania lekarskiego, podania szczepionki oraz koszt działań edukacyjnych.
2. Całkowita wysokość wynagrodzenia Realizatora za wykonanie przedmiotu umowy, nie może przekroczyć kwoty zł BRUTTO (słownie:

.....) , stanowiącej sumę: (iloczynu wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 i liczby osób objętych programem.

3. Wysokość wynagrodzenia o którym mowa w ust. 1, 2 jest ostateczna i nie podlega zmianie.
4. Całkowita wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 3 może ulec zmianie w przypadku zaszczepienia mniejszej liczby osób niż określono.
5. Zapłata wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 2 nastąpi po wykonaniu szczepień, na podstawie faktury końcowej. Do faktury należy załączyć imienny wykaz osób objętych programem wg wzoru stanowiącego załącznik **nr 3** do projektu umowy.
6. Wynagrodzenie będzie płatne przelewem w terminie 14 dni liczonych od daty otrzymania faktur VAT wraz z załącznikami, na rachunek bankowy Realizatora
7. Za dzień płatności uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Organizatora.

§ 7

1. Dokumentacja finansowo-księgowa, dotycząca realizacji przedmiotu umowy, powinna być przechowywana w siedzibie Realizatora i być udostępniana do wglądu Organizatorowi na żądanie zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji zadania.
2. Realizator zobowiązany jest do poddania się kontroli dokonywanej w miejscu wykonania umowy lub w miejscu wyznaczonym przez Zleceniodawcę oraz przekazywania Organizatorowi w formie pisemnej wszelkich informacji, sprawozdań i wyjaśnień, dotyczących realizacji zadania.
3. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządza pisemny protokół w dwóch egzemplarzach.
4. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany Realizator ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są Organizatorowi na piśmie.
5. Organizator udziela odpowiedzi Realizatorowi na piśmie w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Realizatora wyjaśnień.
6. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli nienależnego wykonania umowy i niezgodnego z treścią umowy, Organizator zastrzega sobie prawo do:
 - a) żądania zwrotu przekazanych środków finansowych w zakwestionowanych części, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia otrzymania środków,
 - b) rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 8

1. Umowa może zostać przez Organizatora rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy, nieterminowego oraz nienależytego wykonania umowy, a także w przypadku stwierdzenia podwójnego wykazania w sprawozdawczości tych samych osób objętych programem szczepień

oraz w przypadku nie udokumentowania, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

2. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron z miesięcznym okresem wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonania umowy. Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych strony określają w sporządzonym protokole.

§ 9

1. Realizator nie może powierzyć wykonania przedmiotu niniejszej umowy osobom trzecim.
2. W razie naruszenia postanowienia ust. 1 Organizator może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 10

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.
3. Spory powstałe przy realizacji niniejszej umowy strony rozstrzygać będą polubownie. W przypadku braku porozumienia spory rozstrzygać będzie sąd powszechny właściwy miejscowo dla Organizatora.
4. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy z ramienia Organizatora:
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy z ramienia Realizatora:

§ 11

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron umowy.

.....
ORGANIZATOR

.....
REALIZATOR

ZGODA

1) na uczestnictwo w Programie szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica

Ja
(imię i nazwisko)

zam. 68-208 Łęknica ul.

wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na przeprowadzenie, w ramach profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica, badania kwalifikacyjnego i wykonanie szczepienia ochronnego.

*niewłaściwe skreślić

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji szczepień oraz potencjalnymi działaniami niepożądanymi szczepionki.

2) na przetwarzanie danych osobowych w związku z uczestnictwem w Programie szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że zostałem(am) poinformowany/a o:

- 1) adresie siedziby urzędu, pod którym dane są zbierane i przetwarzane;
- 2) celu zbierania danych, dobrowolności lub obowiązku podania danych, a jeżeli taki obowiązek istnieje, o jego podstawie prawnej;
- 3) prawie wglądu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania;
- 4) możliwości wniesienia żądania zaprzestania przetwarzania moich danych osobowych;
- 5) możliwości wniesienia sprzeciwu.

Ponadto:

- 6) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych: Burmistrza Łęknicy z siedzibą Łęknica, ul. Żurawska 1 w celu podanym w klauzurze informacyjnej;
- 7) Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą;
- 8) Zapoznałem(łam) się z treścią klauzuli informacyjnej (na odwrócie), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawienia.

Wyrażam zgodę, aby Gmina Łęknica przetwarzała moje dane osobowe w poniższym zakresie:

- imię i nazwisko:

- PESEL:

- adres: 68-208 Łęknica, ul.

(Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz. UE L 2016, Nr 119, s. 1 informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Łęknicy, z siedzibą w 68-208 Łęknica, ul. Żurawska 1;
- 2) Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może **Pani/Pan skontaktować się** poprzez e-mail iod@umleknica.pl, tel. **68 362 47 02**. Z inspektorem ochrony danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozliczeń finansowych sporządzanych przez Realizatora Programu szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica, wyłonionego w drodze konkursu ofert.
- 4) Przekazywanie przez Administratora danych może nastąpić **wyłącznie w przypadku, jeżeli będzie to stanowić realizację obowiązku Administratora**, wynikającego z obowiązujących przepisów prawa.
- 5) Pani/Pana dane osobowe **nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej**;
- 6) Okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych wynika z kategorii archiwalnej ustalonej w jednolitym rzeczowym wykazie akt.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 8) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani/Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (**PUODO**), ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa
Telefon: 22 860 70 86
- 9) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne i związane z realizacją szczepień przeciw grypie, zgodnie z Programem szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości skorzystania z uczestnictwa w ww Programie.
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

ANKIETA rok
BADANIE SATYSFAKCJI ODBIORCÓW ZE SPOSOBU REALIZACJI PROGRAMU I JAKOŚCI
UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ORAZ ZGŁASZANIE UWAG
(badanie anonimowe)

I. 1. Jak ocenia Pani/Pan swój poziom satysfakcji z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica (proszę postawić zna „x” przy właściwej odpowiedzi)

1) poziom wiedzy o oczekiwanych efektach zdrowotnych

1- bardzo słabo	
2 - słabo	
3 - dostatecznie	
4 - dobrze	
5 - wysoko	
6 - bardzo wysoko	

2) poziom wiedzy o możliwych zagrożeniach (powikłaniach) związanych z wykonaniem szczepienia

1- bardzo słabo	
2 - słabo	
3 - dostatecznie	
4 - dobrze	
5 - wysoko	
6 - bardzo wysoko	

3) poziom zadowolenia z uczestnictwa w programie

1- bardzo słabo	
2 - słabo	
3 - dostatecznie	
4 - dobrze	
5 - wysoko	
6 - bardzo wysoko	

2. Jak ocenia Pani/Pan jakość udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach programu (proszę postawić zna „x” przy właściwej odpowiedzi)

1) terminowość wykonania szczepień

1- bardzo słabo	
2 - słabo	
3 - dostatecznie	
4 - dobrze	
5 - wysoko	
6 - bardzo wysoko	

2) poziom usług lekarskich (badanie przed szczepieniem)

1- bardzo słabo	
2 - słabo	
3 - dostatecznie	
4 - dobrze	
5 - wysoko	
6 - bardzo wysoko	

3) poziom usług pielęgniarских (podanie szczepienia)

1- bardzo słabo	
2 - słabo	
3 - dostatecznie	
4 - dobrze	
5 - wysoko	
6 - bardzo wysoko	

4) Zagadnienia poruszane podczas edukacji przez realizatora programu oraz kampania informacyjna prowadzona przez Urząd Miejski (plakaty, ulotki) spowodowały, że Pani/Pana poziom wiedzy na temat profilaktyki grypy jest:

Bardzo wysoki* Wysoki* Dobry* Dostateczny* Słaby* Bardzo słaby*

II. Zgłaszam następujące uwagi do programu (pisemne lub ustne uwagi można również zgłosić do Urzędu Miejskiego w Łęknicy, ul. Żurawska 1, pok. 104 lub 203)

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

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

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

TAK *- w roku, NIE *

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

TAK* NIE* NIE WIEM*

*właściwe zakreślić

**Imienny wykaz osób
objętych
szczepieniami profilaktycznymi przeciw grypie
z terenu gminy Łęknica w roku**

Lp.	Data szczepienia	Imię i Nazwisko	Adres zamieszkania	Pesel

Łęknica, dnia

.....
podpis i pieczęć Realizatora lub osoby
upoważnionej przez Realizatora

.....
(pieczęćka firmowa)

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ SPRAWOZDANIA KOŃCOWEGO MERYTORYCZNO-FINANSOWEGO

za rok.....

„ PROGRAMU szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica”

Informacje ogólne

1. Czy świadczenia były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy gminą Łęknica a Realizatorem programu?
☐ TAK ☐ NIE
2. Czy świadczenia udzielane były przez osoby wskazane w ww. umowie?
☐ TAK ☐ NIE

I. Informacje o programie

1. Okres realizacji świadczeń:

2. Realizacja Programu:

Liczba osób, które zgłosiły chęć uczestnictwa w Programie osób
Liczba osób, którym wykonano szczepienie osób
Liczba osób, którym nie podano szczepionki, z uwagi na:	ogółem osób, w tym:
1) aspekty zdrowotne	1)osób
2) inne	2) osób

3. Liczba wypełnionych ankiet
4. Zrealizowane działania edukacyjne:
-
-

II. Rozliczenie finansowe programu:

1. Koszt realizacji programu zgodnie z zawartą umową: cena jednostkowa brutto zł ilość zaszczepionych osób zł
2. Kwota wydatkowana na realizację programu: zł
3. Wysokość kwoty, która nie została wykorzystana w programie. Nie wykorzystano z powodu:	

III. Dodatkowe informacje:

.....
.....

IV. Załączniki:

1. Ankiety sztuk

.....

podpis i pieczęć Realizatora lub
osoby upoważnionej do reprezentowania Realizatora programu