Załącznik nr 3  
do ogłoszenia o konkursie

-PROJEKT-

UMOWA Nr …………….……2017

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:

* …………………………… -
* …………………………… -

zwanej dalej **„Realizatorem”**

§ 1

* Organizator powierza, a Realizator zobowiązuje się do przeprowadzeniaw ramach „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w gminie Łęknica” **w roku 2017 i 2018 szczepień profilaktycznych przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) skierowanych do dziewcząt urodzonych w 2001, 2002 i 2003r.(w 2017r.) oraz z rocznika 2004 i 2005 (w 2018r.) zamieszkałych na terenie gminy Łęknica** według warunków określonych szczegółowo w ofercie złożonej przez Realizatora w dniu …………..

a

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

* Schemat szczepień obejmuje 3 dawki szczepionki dla jednej dziewczynki w schemacie 0-2-6 miesięcy.
* Szczepienia przeprowadzone będą w …………………………………………….. w (dniach, miesiącach) ……………. w godzinach ………………. .
* Realizator zobowiązuje się do:
* przeprowadzenia spotkania edukacyjno-zdrowotnego dla dziewcząt i chłopców oraz rodziców/ opiekunów prawnych

- w 2017r dla dzieci z rocznika 2001, 2002 i 2003,

- w 2018r. dla dzieci z rocznika 2004 i 2005

według przygotowanego scenariusza uwzględniającego wymogi organizatora, o których mowa w załączniku nr 1 do projektu umowy;

* przeprowadzenia dwukrotnie na początku i na końcu spotkania edukacyjno-zdrowotnego testu dla młodzieży i ankiety wśród rodziców/opiekunów prawnych objętych programem (według załącznika nr 2 i 3 do projektu umowy);
* uzyskania pisemnej zgody rodziców/opiekunów na przeprowadzenie szczepień dziecka wraz z pisemnym oświadczeniem rodziców/opiekunów o wyrażeniu zgody na przekazanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji Programu według załącznika nr 4 do projektu umowy;
* zakupu szczepionek czterowalentnych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), spełniającej wszystkie wymogi i normy przewidziane prawem;
* wykonania badania lekarskiego kwalifikującego (konsultacji) do wykonania szczepienia, bezpośrednio przed podaniem każdej dawki szczepionki przeprowadzonego przez osoby posiadające stosowane uprawnienia, udokumentowanego stosownym wpisem oraz przekazanie informacji uczestnikom o skutkach jakie niesie za sobą ewentualne przerwanie kursu szczepień oraz możliwości wystąpienia działań niepożądanych w trakcie cyklu szczepień;
* wykonania szczepień (3 dawki) przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), zgodnie z obowiązującą procedurą i schematem szczepień obowiązującym dla danej grupy wiekowej przez uprawniony personel;
* wydanie zaświadczenia o wykonaniu zleconego szczepienia;
* utylizacji zużytych materiałów i sprzętu medycznego do szczepień zgodnie z obowiązującymi przepisami;
* sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych szczepień – zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie i standardami stosowanymi przez NFZ (dokonanie stosownych wpisów potwierdzających wykonanie szczepień) oraz archiwizowanie danych przez okres 5 lat w siedzibie zakładu realizującego szczepienia. W dokumentacji powinna zostać odnotowana informacja o przeprowadzeniu badań kwalifikacyjnych oraz zarejestrowana informacja o niepożądanych objawach poszczepiennych;
* prowadzenia rejestru świadczeń wykonywanych w ramach Programu w formie papierowej;
* przeprowadzenie w/w działań według harmonogramu realizacji programu stanowiącego załącznik nr 1 do ogłoszenia;
* innych ważnych czynności niezbędnych dla realizacji Programu;
* Oferta o której mowa w ust. 1 umowy stanowi integralną część umowy.

§2

* Umowa zawarta jest na czas określony, tj. do 28 grudnia 2018 r.
* Rozpoczęcie realizacji Programu nastąpi od dnia podpisania umowy.

§ 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

* Realizator oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody, które mogą wystąpić w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy.
* 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.
* 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.
* Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy realizacji przedmiotu niniejszej umowy ponosi wyłącznie Realizator.

§ 5

Realizator zobowiązuje się do :

* sporządzenia imiennego wykazu dzieci objętych szczepieniami wg wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do projektu umowy;
* sporządzania i składania na żądanie Organizatora informacji na temat realizacji zadania;
* sporządzenia i złożenia do Organizatora sprawozdania końcowego merytoryczno – finansowego z realizacji programu za dany rok (wg załącznika nr 6 do projektu umowy) w terminie 10 dni od jego zakończenia.

§ 6

* Realizator świadczeń zdrowotnych za wykonanie szczepienia w danym roku (podanie jednej dawki szczepionki dla jednego dziecka wraz z usługą) otrzyma wynagrodzenie w wys. ……………….. BRUTTO (słownie: ………………… ), które obejmuje koszt jednostkowy: zakupu szczepionki, kwalifikacyjnego badania lekarskiego i podania szczepionki
* Realizator programu za wykonanie w danym roku spotkania edukacyjno-zdrowotnego otrzyma wynagrodzenie w wys. …………… BRUTTO (słownie: …………….).
* 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 dziewcząt objętych szczepieniami) x 3 dawki oraz koszt spotkania edukacyjno-zdrowotnego.
* Wysokość wynagrodzenia o którym mowa w ust. 1, 2 i 3 jest ostateczna i nie podlega zmianie.
* Całkowita wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4 może ulec zmianie w przypadku zaszczepienia mniejszej liczby dzieci niż określono.
* Zapłata wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4 nastąpi w oparciu o dwie faktury częściowe, z tym że I faktura częściowa wystawiona zostanie po podaniu I dawki szczepionki a II faktura częściowa po podaniu II dawki szczepionki na podstawie imiennego wykazu dzieci objętych szczepieniami wg wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do projektu umowy oraz fakturę końcową po podaniu III dawki szczepionki. Do faktury końcowej należy załączyć imienny wykaz dzieci objętych szczepieniami wg wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do projektu umowy.
* Wynagrodzenie będzie płatne przelewem w terminie 14 dni liczonych od daty otrzymania faktur VAT wraz z załącznikami, na rachunek bankowy Realizatora ……………………………………………..
* Za dzień płatności uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Organizatora.

§ 7

* 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.
* 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.
* Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządza pisemny protokół w dwóch egzemplarzach.
* 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.
* Organizator udziela odpowiedzi Realizatorowi na piśmie w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Realizatora wyjaśnień.
* W przypadku stwierdzenia podczas kontroli nienależnego wykonania umowy i niezgodnego z treścią umowy, Organizator zastrzega sobie prawo do:
* żądania zwrotu przekazanych środków finansowych w zakwestionowanych części, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia otrzymania środków,
* rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 8

* 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.
* 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

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

§ 10

* Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
* W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.
* Spory powstałe przy realizacji niniejszej umowy strony rozstrzygać będą polubownie. W przypadku braku porozumienia spory rozstrzygać będzie sąd powszechny właściwy miejscowo dla Organizatora.
* 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

Załącznik Nr 1 do umowy

**WYMOGI DO SCENARIUSZA SPOTKANIA EDUKACYJNO-ZDROWOTNEGO**

Poniżej przedstawiono wymogi jakimi powinien kierować się realizator spotkań edukacyjno-zdrowotnych:

**Tematyka spotkania:**

1. Zwiększenie wiedzy i świadomości rodziców i młodzieży na temat ryzykownych zachowań i chorób przenoszonych drogą płciową w tym zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego z uwzględnieniem danych epidemiologicznych dla regionu.

2. Propagowanie nawyku systematycznego wykonywania badań profilaktycznych celem wykrywania chorób nowotworowych wśród młodzieży oraz matek młodzieży objętych programem szczepień przeciwko HPV.

3. Zapoznanie rodziców/opiekunów prawnych z działaniem szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz przedstawienie schematu i terminu szczepień.

**Forma spotkania:**

1. Przeprowadzenie testu dwukrotnie: przed i po realizacji działań edukacyjnych oraz ankiety na końcu.

2. Dostosowanie narzędzi i materiałów do wieku i liczby uczestników spotkania.

Załącznik Nr 2 do umowy

**TEST**

**na początku spotkania / na zakończenie spotkanianiewłaściwe skreslić**

SPRAWDZAJĄCY POZIOM WIEDZY Z ZAKRESU CHORÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ

*Szanowni Państwo,*

*uprzejmie prosimy o wypełnienie wstępnego testu związanego z realizacją programu*

*z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w gminie Łęknica.*

*Uzyskane informację posłużą do przygotowania dalszych działań związanych z promocją*

*zdrowia. Test jest anonimowy, nie wymaga podawania imienia i nazwiska.*

1. Co oznacza skrót HPV?

a) choroba weneryczna b) zespół nabytego niedoboru odporności

c) wszawica łonowa d) kłykciny kończyste

e) wirus brodawczaka ludzkiego

2. Czy choroby wywołane wirusem HPV dotyczą:

a) tylko mężczyzn b) tylko kobiet

c) kobiet i mężczyzn

3. Czy szczepienia przeciwko HPV są w Polsce obowiązkowe?

□ TAK □ NIE

4. Do chorób przenoszonych drogą płciową zalicza się:

a) AIDS b) kiła

c) gruźlica d) kłykciny kończyste

e) rzeżączka f) zapalenie płuc

5. Czy wszystkie choroby przenoszone drogą płciową można wyleczyć, jeżeli zostaną

wykryte odpowiednio wcześniej?

□ TAK □ NIE

6. Zaznacz sytuacje, w których można zarazić się chorobą przenoszoną drogą płciową:

a) na basenie b) u dentysty

c) na siłowni d) podczas pocałunku

e) u fryzjera f) tylko podczas stosunku płciowego

7. Czy stosowanie prezerwatyw chroni przed chorobami wenerycznymi?

□ TAK □ NIE

8. Czy nieleczone choroby weneryczne mogą powodować niepłodność?

□ TAK □ NIE

9. Czy choroby przenoszone drogą płciową mogą przebiegać bezobjawowo?

□ TAK □ NIE

Załącznik nr 3 do umowy

**ANKIETA**

BADANIE SATYSFAKCJI ODBIORCÓW ORAZ ROLI CZĘŚCI EDUKACYJNO-INFORMACYJNEJ

*Szanowni Państwo, uprzejmie prosimy o wypełnienie ankiety związanej z przeprowadzoną akcją edukacyjno-informacyjną w ramach programu z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w gminie Łęknica. Uzyskane informację posłużą do przygotowania dalszych działań związanych z promocją zdrowia. Ankieta jest anonimowa, nie wymaga podawanie imienia i nazwiska.*

**1. Płeć:**

□ KOBIETA □ MĘŻCZYZNA

**2. Wiek:**

a) < 31 b) 32-39

c) 40-47 d) 48-55

e) > 55

**3. Wykształcenie:**

a) podstawowe b) zawodowe

c) średnie d) wyższe

**Ocena przebiegu części edukacyjno - informacyjnej (proszę o wybranie odpowiedniej**

**liczby przy ocenie poniższych kryteriów - od 1 do 5):**

Ocena:

a) bardzo słabo - 1 b) słabo - 2

c) raczej dobrze- 3 d) dobrze -4

e) bardzo dobrze - 5

1. Poziom wiedzy i stopień przygotowania prowadzącego:

………………………………………………………………………………………

2. Przystępność przekazywanych informacji:

………………………………………………………………………………………

3. Możliwość zadawania pytań i wyjaśniania wątpliwości przez prowadzącego:

……………………………………………………………………………………………

4. Stopień przydatności przedstawionych informacji:

……………………………………………………………………………………………

5. Czy w ciągu 3 lat wykonywała Pani badania cytologiczne:

□ TAK □ NIE

6. Czy w porównaniu do lat ubiegłych zmieniło się Pani podejście do cytologii?

□ TAK\* □ NIE

\* jeśli TAK proszę określić w jaki sposób?

……………………………………………………………………………………………..

7. Ile razy wykonywała pani cytologię w ciągu ostatnich 5 lat?

……………………………………………………………………………………………..

8. Czy przeprowadzona akcja edukacyjno-informacyjna zwiększyła Pani/Pana zakres

wiedzy odnośnie profilaktyki zakażeń wirusem HPV i przeprowadzenia badań

cytologicznych?

□ TAK □ NIE

9. Czy uważa Pani/Pan, że takiego rodzaju akcje edukacyjno-informacyjne przyczynią

się do obniżenia zachorowalności na raka szyjki macicy poprzez uświadomienie

znaczenia profilaktyki w tym zakresie?

□ TAK □ NIE

10. Czy po przeprowadzonym spotkaniu informacyjno-edukacyjnym zamierza Pani

w najbliższym czasie przeprowadzić badania cytologiczne?

□ TAK □ NIE

Załącznik nr 4 do umowy

**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

NA DOBROWOLNE UCZESTNICTWO DZIECKA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI

ZAKAŻEŃ WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) W GMINIE ŁĘKNICA

Ja ……………………………………………………………. zam. ………………………………….....................

…………………………………………………….. PESEL: ….………………………………………………….

wyrażam zgodę/ nie wyrażam\* zgody na przeprowadzenie, w ramach profilaktycznych szczepień przeciwko

wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) wśród dziewczynek zamieszkałych na terenie gminy Łęknica, badania

kwalifikacyjnego i wykonanie szczepienia ochronnego (trzy dawki) mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka …………………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

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

niepożądanymi szczepionki. Deklaruję, że dziecko dobrowolne bierze udział w programie.

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych

………………………………………………………………………………………………….................................

(imię i nazwisko dziecka)

oraz ich przetwarzanie na potrzeby realizacji programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego

(HPV) w gminie Łęknica.

Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach, w szczególności o dobrowolności

podania danych, prawie dostępu do treści danych i ich poprawiania oraz możliwości odwołania niniejszej zgody

w każdym czasie.

………………………………….. …………...

( czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Załącznik Nr 5 do umowy

**Imienny wykaz dzieci**

**objętych**

**szczepieniami profilaktycznymi przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) skierowanymi do dziewcząt urodzonych w latach………………………………..**

**z terenu gminy Łęknica**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data szczepienia | Imię i Nazwisko  dziecka | Adres zamieszkania  dziecka | Pesel  dziecka |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Łęknica, dnia ……………………. ………………………

podpis i pieczęć osoby

upoważnionej przez Realizatora

Załącznik Nr 6 do umowy

………………………………… ……………………………

(pieczątka firmowa) (miejscowość, data)

FORMULARZ SPRAWOZDANIA KOŃCOWEGO  
MERYTORYCZNO-FINANSOWEGO

za rok…………………..

**„ PROGRAMU PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) W GMINIE ŁĘKNICA”**

* **Informacje ogólne**
* Czy świadczenia były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą Łęknica a Realizatorem programu?

□ TAK □ NIE

* Czy świadczenia udzielane były przez osoby wskazane w ww. umowie?

□ TAK □ NIE

* **Informacje o programie**
* Okres realizacji świadczeń:

……………………………………………………………………………………

2. Data spotkania edukacyjno-zdrowotnego: …………………………………..…..

Spotkanie prowadzone przez: ………………………………………………………

3. Odbiorcy spotkania edukacyjno-zdrowotnego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rocznik urodzenia** | **Liczba dziewcząt** | **Liczba chłopców** | **Liczba rodziców/opiekunów**  **prawnych** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

4. Opis oceny poziomu wiedzy ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Liczba wypełnionych testów na początku spotkania: ……………………………

Liczba wypełnionych testów na zakończenie spotkania …………………………

Liczba wypełnionych ankiet na zakończenie spotkania …………………………

4. Wyniki realizacji programu:

|  |  |
| --- | --- |
| Populacja dziewcząt kwalifikujących się do szczepienia, zgodnie z przyjętymi kryteriami (razem wszystkie roczniki) |  |
| Liczba przeprowadzonych szczepień wg przyjętego schematu -  - liczba wykonanych szczepień I dawka ……………….. - liczba wykonanych szczepień II dawka ………………. - liczba wykonanych szczepień III dawka ………………. | ogółem:  …………… |
| Liczba dziewczynek, które nie zostały zaszczepione z powodu przeciwwskazań zdrowotnych |  |
| Liczba dziewczynek, których rodzice nie wyrazili zgody na szczepienie |  |

* **Rozliczenie finansowe programu:**

|  |  |
| --- | --- |
| * Koszt realizacji programu zgodnie z zawartą umową: |  |
| * Kwota wydatkowana na realizację programu: |  |
| * Wysokość kwoty, która nie została wykorzystana w programie   nie wykorzystano z powodu: |  |

* **Dodatkowe informacje:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **Załączniki:**
* ……………………………………………….
* ……………………………………………….

………………………………………

podpis i pieczątka osoby upoważnionej do reprezentowania Realizatora programu