Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY  
na Realizatora „Programu szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (pieczęć oferenta) | | Data wpływu oferty (wypełnia Urząd Miejski w Łęknicy) | | | |
| I**. DANE OFERENTA** | | | | | |
| **Pełna nazwa oferenta** | |  | | | |
| **Adres siedziby oferenta** (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru) | |  | | | |
| **Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (lub innego właściwego rejestru/ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu)** | |  | | | |
| **Nr NIP oferenta** | |  | | | |
| **Nr REGON oferenta** | |  | | | |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | | |
| **Nazwa banku i numer konta bankowego** | |  | | | |
| **Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację szczepień** | |  | | | |
| **II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczeń:** | | | | | |
| Imię i nazwisko, tytuł zawodowy | Data od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta | | | Posiadane specjalizacje i certyfikaty | Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, termin i wskazanie zlecającego program) |
| **1.** |  | | |  |  |
| **2.** |  | | |  |  |
| **3.** |  | | |  |  |
| **III. Informacje o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń zdrowotnych (szczepień)** | | | | | |
| 1.Oferowane wyposażenie gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień zgodne z przepisami obowiązującymi w tym zakresie | | |  | | |
| **IV. Dostępność do świadczeń zdrowotnych (szczepień):** | | | | | |
| 1.Oferowane miejsce realizacji szczepień (dokładny adres, nr tel./fax) | | |  | | |
| 2.Oferowane poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji szczepień | | |  | | |
| **V. Kalkulacja kosztów:** | | | | | |
| 1.**Cena jednostkowa brutto za wykonanie szczepienia** wraz z usługą (PLN/brutto) | | | **……………………………… zł** | | |
| w tym:  a.koszt zakupu szczepionki  b.koszt kwalifikacyjnego badania lekarskiego  c.koszty podania szczepionki  d.działania edukacyjne | | | ……………………………….. zł  ……………………………….. zł  ……………………………….. zł  ……………………………….. zł | | |

Jednocześnie oświadczam, że:

1) zapoznałem się i nie wnoszę uwag do ogłoszenia o konkursie ofert oraz projektu umowy;

2) spełniam wszystkie wymagania zawarte w ogłoszeniu o konkursie oraz jego regulaminie;

3) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;

4) osoby realizujące szczepienia posiadają kwalifikacje wymagane przez Organizatora;

5) przez okres realizacji świadczeń zdrowotnych (szczepień), zobowiązuję się do:

a) zatrudnienia przy realizacji świadczeń osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,

b) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonych w odrębnych przepisach,

c) udzielenia świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,

d) utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń – przez cały okres realizacji szczepień oraz niezmniejszania zakresu ubezpieczenia,

e) zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych (szczepień) na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

……………………………. …… ……………………………

Miejscowość, data podpis i pieczątką przedstawiciela/-li oferenta lub osób upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

Do oferty załączono:

1. Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j.Dz.U. z 2021r. poz. 711 z późn.zm.) zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydany.

2. Kopię odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzający/-e m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji oferenta, zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowane upoważnienia udzielone tym organom.

3. Polisę bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

4. Decyzję w sprawie nadania numeru NIP.

5. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.

Kopie dokumentów załączone do oferty muszą być uwierzytelnione przez osobę uprawnioną do złożenia oferty.

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1

**-PROJEKT-**

UMOWA Nr …………….……2021

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 2021 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 2021 do 31 grudnia 2021 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 2021r.

2. Rozpoczęcie realizacji Programu nastąpi od dnia podpisania umowy.

3. Rozpoczęcie szczepień: październik 2021r.

**§ 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 2021r.

**§ 6.**1. Na podstawie oferty Realizatora świadczeń zdrowotnych stanowiącej załącznik do niniejszej umowy Strony ustalają cenę jednostkową za wykonanie szczepienia w wysokości ..................... zł brutto (słownie ..........................................).

2. Cena jednostkowa wskazana w ust. 1 zawiera wszelkie koszty niezbędne do wykonania zakresu rzeczowego przedmiotu umowy oraz obowiązków Realizatora świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie, w tym zakup szczepionki, koszt badania lekarskiego kwalifikacyjnego, koszt podania szczepionki oraz koszt działań edukacyjnych.

3. Ostateczne wynagrodzenie przysługujące Realizatorowi świadczeń zdrowotnych z tytułu wykonania niniejszej umowy ustalone zostanie jako iloczyn ceny jednostkowej szczepienia wskazanej w ust. 1 oraz ilości faktycznie wykonanych szczepień, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Całkowite wynagrodzenie przysługujące Realizatorowi świadczeń zdrowotnych z tytułu wykonania niniejszej umowy nie może przekroczyć kwoty ……………… złotych brutto.

5. Realizator zaniecha wykonywania kolejnych szczepień w przypadku, gdyby łączne wynagrodzenie przysługujące Realizatorowi świadczeń zdrowotnych z tytułu wykonania niniejszej umowy miało przekroczyć kwotę wskazaną w ust. 4 i powiadomi o tym fakcie Organizatora.

6. Zapłata wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 3 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.

7. Wynagrodzenie będzie płatne przelewem w terminie 14 dni liczonych od dnia otrzymania faktury wraz z załącznikami, na rachunek bankowy Realizatora ...............................................................

8. 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

Załącznik Nr 1 do projektu umowy

**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 odwrocie), 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](mailto: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.

Załącznik Nr 2 do projektu umowyZałącznik nr 3ANKIETA

**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 pielęgniarskich ( 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

Załącznik Nr 3 do projektu umowy

**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

Załącznik Nr 4 do projektu umowy

………………………………… ……………………………

(pieczątka 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:  1) aspekty zdrowotne  2) inne | ogółem osób …………, w tym:  1) ……………………osób  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 pieczątka Realizatora lub

osoby upoważnionej do reprezentowania Realizatora programu

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 252.2021  
Burmistrza Łęknicy  
z dnia 21 września 2021 r.

**REGULAMIN KONKURSU  
na wybór realizatora PROGRAMU SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIW GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW W WIEKU 65 + W GMINIE ŁĘKNICA”  
ROZDZIAŁ I  
Postanowienia ogólne**

**§ 1.**1. Regulamin konkursu określa szczegółowe warunki składania ofert przy wyborze realizatora świadczeń zdrowotnych w zakresie ponadstandardowych usług zdrowotnych, świadczonych na rzecz mieszkańców gminy Łęknica tj. **osób po 65 roku życia.**

2. Środki finansowe na realizację ww. zadania w roku 2021 zabezpieczone są w budżecie gminy Łęknica.

3. Rozstrzygnięcie konkursu następuje nie później niż w terminie 14 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

**§ 2.**Oferty mogą składać podmioty lecznicze w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.).

**Rozdział 2.**  
**Szczegółowe warunki konkursu**

**§ 3.**Zakres realizacji programu polityki zdrowotnej obejmuje:

1) przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej przez organizatora programu jak i realizatora. Przygotowane zostaną przez Urząd Miejski w Łęknicy plakaty i ulotki, które zamieszczone będą w urzędzie, ośrodku zdrowia, instytucjach publicznych, stronach internetowych;

2) działania edukacyjne podczas wizyty lekarskiej przeprowadzone 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) uzyskanie 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) prowadzenie rejestru uczestników programu;

5) zakup szczepionek przeciw grypie;

6) badanie lekarskie: kwalifikacja lekarska uwzględniająca przeciwskazania do szczepień i ocenę ryzyka wystąpienia powikłań poszczepiennych 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) szczepienie według przyjętego schematu, zgodnego ze wskazaniem producenta szczepionki;

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

8) utylizacja zużytych materiałów zgodnie z obowiązującymi przepisami;

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

10) składanie 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 dany rok do 31 grudnia danego roku trwania programu (załącznik Nr 3 do projektu umowy);

11) sporządzenie 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.

Ww. zakres świadczeń musi być realizowany przez oferenta w miejscu wskazanym w ofercie.

**§ 4.**Minimalne wymagania stawiane realizatorowi szczepień niezbędne do jego realizacji:

1) zgodność zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez realizatora szczepień, w świetle obowiązujących przepisów, z przedmiotem konkursu,

2) w zakresie personelu udzielającego świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej:

a) co najmniej 1 osoba spełniająca warunki Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie udzielania świadczeń z dziedziny POZ i uprawnieniami do wykonywania szczepień zgodnie z obowiązującymi obecnie przepisami,

3) dostępność do szczepień,

4) wyposażenie gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

**§ 5.**1. **Oferent realizuje świadczenia zdrowotne (szczepienia) w placówce służby zdrowia działającej na terenie powiatu żarskiego.**

2. Oferent przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych,  
z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej.

**Rozdział 3.**  
**Cele i założenia konkursu**

**§ 6.**1. Celem otwartego konkursu ofert jest wybór Realizatora „Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65+ w gminie Łęknica”.

2. Zawarcie umowy z wyłonionym podmiotem następuje w wyniku rozstrzygnięcia konkursu, organizowanego przez udzielającego zamówienia na zasadach  
i w trybie określonym w niniejszym Regulaminie konkursu.

3. Rozpoczęcie realizacji programu winno nastąpić od dnia podpisania umowy a zakończenie do 20 grudnia 2021r.

4. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania reguluje umowa zawarta pomiędzy Gminą Łęknica a oferentem, zwanym Realizatorem.

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

6. W konkursie ofert nie mogą uczestniczyć osoby wchodzące w skład Komisji konkursowej lub bliskie tym osobom.

**§ 7.**Ogłoszenie o konkursie podaje się do publicznej wiadomości, zamieszczając na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Miejskim w Łęknicy, na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Łęknicy oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.

**Rozdział 4.**  
**Termin i warunki składania ofert**

**§ 8.**1. Warunkiem przystąpienia do konkursu jest złożenie kompletnej oferty  
przygotowanej w sposób wymagany określony w ogłoszeniu o konkursie.

2. Miejsce oraz termin złożenia oferty określa ogłoszenie o konkursie.

3. Otwarcie ofert nastąpi w terminie 14 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

4. Oferent może wycofać złożoną ofertę tylko na pisemny wniosek.

5. Oferty sporządzone wadliwie, zawierające błędne dane, niekompletne lub złożone po terminie zostaną odrzucone w postępowaniu konkursowym.

6. Oferty uczestniczące w postępowaniu konkursowym nie podlegają zwrotowi.

**§ 9.**Kopie dokumentów załączone do oferty muszą być uwierzytelnione przez osobę uprawnioną do złożenia oferty.

**Rozdział 5.**  
**Tryb, kryteria i termin wyboru oferty**

**§ 10.**1. Czynności związane z przeprowadzeniem konkursu wykonuje Komisja Konkursowa, powołana Zarządzeniem Burmistrza Łęknicy, działająca zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie konkursu.

2. Komisja obraduje na posiedzeniu zamkniętym bez udziału oferentów.

3. Pracami Komisji kieruje Przewodniczący Komisji. W przypadku nieobecności Przewodniczącego pracami komisji kieruje sekretarz Komisji.

4. Posiedzenia Komisji są ważne, jeżeli w posiedzeniu uczestniczy co najmniej ½ jej składu osobowego.

5. Rozstrzygnięcia Komisji podejmowane są zwykłą większością głosów.

6. W przypadku równego rozkładu głosów, głos rozstrzygający należy do Przewodniczącego a w przypadku jego nieobecności – sekretarza.

7. Z przebiegu posiedzeń Komisja sporządza protokół.

8. Protokół, o którym mowa w ust. 7 sporządza sekretarz Komisji i przedkłada do podpisu wszystkim członkom Komisji obecnym na posiedzeniu.

9. Komisja może zasięgnąć opinii specjalistów z danej dziedziny medycyny  
w sprawach dotyczących przedmiotu konkursu.

**§ 11.**1. Członek Komisji podlega wyłączeniu z udziału w pracach Komisji, jeżeli pozostaje w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa lub jest związany  
z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z oferentem lub członkami organów zarządzających oferenta, oferent lub członkowie organów zarządzających oferenta pozostają wobec członka Komisji w stosunku nadrzędności służbowej, bądź pozostają w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności członka Komisji.

2. Członkowie Komisji podpisują oświadczenie, że nie zachodzi okoliczność wykluczająca ich z udziału w pracach Komisji zgodnie z warunkami, o których mowa w ust. 1.

3. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, Burmistrz Łęknicy może uzupełnić skład Komisji i powołać do Komisji nowego członka.

**§ 12.**1. W ramach swoich prac Komisja:

a) stwierdza liczbę otrzymanych ofert na wybór realizatora szczepień,

b) dokonuje otwarcia ofert złożonych w terminie,

c) dokonuje sprawdzenia ofert pod względem spełnienia wymogów formalnych.

2. Komisja odrzuca oferty, złożone po wyznaczonym terminie.

3. W przypadku wystąpienia braków, o których mowa w rozdziale V § 14 Regulaminu konkursu i/lub niejasności co do treści oferty lub załączonych do oferty dokumentów, komisja może wezwać oferenta do uzupełnienia oferty lub złożenia wyjaśnień – w wyznaczonym przez siebie terminie.

4. Oferty nie uzupełnione przez Oferenta zgodnie z postanowieniami ust. 3 (złożenie brakujących dokumentów, złożenie wyjaśnień) w wyznaczonym przez Komisję terminie, zostają odrzucone z przyczyn formalnych.

5. Komisja tworzy wykaz ofert spełniających wymogi formalne oraz wykaz ofert, które nie kwalifikują się do konkursu, wraz z podaniem przyczyn.

6. Każda oferta, która spełnia wymogi formalne, może zostać wybrana do realizacji.

7. **Podstawowym kryterium wyboru oferty będzie cena oferowanej usługi.**  
Przy wyborze oferty Komisja bierze pod uwagę również możliwość rzeczywistej realizacji przedmiotu konkursu w warunkach określonych przez oferenta, tj.:

a) **w zakresie odległości miejsca świadczenia usługi od miasta Łęknica,**

b) w zakresie dostępność do świadczeń,

c) w zakresie wyposażenia w sprzęt i materiały,

d) w zakresie personelu udzielającego świadczeń oraz jego kwalifikacji.

8. Komisja przeprowadza dyskusję na temat każdej z ofert. Każdy z członków Komisji ma prawo do wypowiedzenia się.

9. Komisja przygotowuje propozycję wyboru ofert lub nie wybrania żadnej z ofert.

10. Swoje stanowisko Komisja przedstawia w protokole Burmistrzowi Łęknicy do zatwierdzenia.

11. W razie, gdy na konkurs ofert zostanie zgłoszona tylko jedna oferta, może zostać wybrana, jeśli spełnia wymagania określone w warunkach konkursu.

12. W przypadku złożenia przez oferentów ofert z taką samą ceną ofertową o wyborze oferty decyduje korzystniejsza wskazana w ofercie dostępność do świadczeń oraz liczba i kwalifikacje personelu przewidzianego do realizacji programu, a także odległość miejsca świadczenia usługi od miasta Łęknica.

13. Burmistrz Łęknicy może zamknąć Konkurs bez dokonywania wyboru żadnej oferty.

14. Burmistrz Łęknicy niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku.

15. Komisja Konkursowa rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

**§ 13.**1. Burmistrz Łęknicy dokonuje ostatecznego rozstrzygnięcia konkursu ofert na podstawie stanowiska Komisji, od którego nie przysługuje odwołanie lub zamknięcia konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert, w tym zamknięcia konkursu z uwagi na brak ofert spełniających wymogi formalne.

2. W związku z zapewnieniem optymalnych warunków realizacji świadczeń objętych przedmiotem konkursu Burmistrz Łęknicy zastrzega sobie prawo do wyboru więcej niż jednej oferty.

**§ 14.**Oferta uznana jest za prawidłową pod względem formalnym, gdy:

1) jest zgodna z szczegółowymi warunkami i celami konkursu,

2) złożona jest na właściwym formularzu w sposób zgodny z ogłoszeniem o konkursie,

3) złożona jest w terminie wymaganym w ogłoszeniu o konkursie,

4) podmiot jest uprawniony do złożenia oferty,

5) oferta oraz załączniki są podpisane prze osoby uprawnione,

6) jest czytelna,

7) jest spójna tzn. istnieje logiczne powiązanie pomiędzy celami zadania, szczegółowym zakresem rzeczowym zadania, kosztorysem i oczekiwanymi efektami realizacji zadania

8) termin realizacji zadania jest zgodny z wymogami określonymi w ogłoszeniu o konkursie,

9) kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania jest poprawna pod względem formalno-rachunkowym.

**§ 15.**1. Po rozstrzygnięciu konkursu z wyłonionym Oferentem/Oferentami Burmistrz Łęknicy zawiera umowę o udzielnie zamówienia na realizację szczepień najpóźniej w terminie 14 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu.

2. Umowę, o której mowa w ust. 1 zawiera się na czas określony.

**§ 16.**1. W sytuacji nieprzewidzianych niniejszym Regulaminem Komisja podejmuje rozstrzygnięcie zwykłą większością głosów.

2. Zastrzega się prawo odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania i otwarcia ofert bez podawania przyczyn.

**Uzasadnienie**

Zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.) programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego. Na mocy art. 48 b ust. 6 cytowanej ustawy do wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych. Odpowiednio do treści art. 48 b ustawy, właściwą formą wyboru realizatora jest konkurs ofert.

Konkurs ogłasza się po raz drugi z uwagi na brak zgłoszeń ofert realizatorów programu.

W związku z powyższym ogłoszenie konkursu ofert w formie zarządzenia jest uzasadnione.