*Załącznik nr 2 do Ogłoszenia   
o konkursie ofert*

**WZÓR UMOWY**

Na realizację programu zdrowotnego pn.   
***„Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Rząśnia”***

**UMOWA NR**

zawarta w dniu ………….. w Rząśni pomiędzy Gminą Rząśnia z/s ul. Kościuszki 16, 09-332 Rząśnia, zwanym dalej Udzielającym zamówienia, reprezentowanym przez:

**Tomasza** **Stolarczyka – Wójta Gminy Rząśnia**

**przy kontrasygnacie Renaty Buczkowskiej - Skarbnika Gminy**

a

…………………………………………… z siedzibą w ……………………………………….

(numer wpisu do rejestru, nazwa organu prowadzącego rejestr) zwanym dalej Przyjmującym zamówienie, w imieniu którego działa: ………………………………….. na podstawie art. 48 ust. 4, art. 48aa i art. 9 ust. 4 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398; zm.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1493).

**§1**  
Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do realizacji programu zdrowotnego dotyczącego szczepień profilaktycznym w ramach programu zdrowotnego pn. ***„Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Rząśnia”*** w szczególności:

1. Zakup szczepionki przeciwko grypie spełniającej wszystkie wymogi i normy przewidziane prawem, posiadające rejestrację i dopuszczanie do obrotu na terenie Polski.
2. Szczepieniem mają zostać osoby w wieku 60+ zameldowane na pobyt stały lub czasowy na terenie Gminy Rząśnia, u których nie występują przeciwwskazania do szczepienia przeciw grypie Zgodnie z danymi statystycznymi Gmina Rząśnia zamieszkiwana jest przez 1115 osób w wieku 60 lat i więcej. Szczepieniami w ramach programu planuje się objąć ok. 150 osób.
3. Wykonani usługi szczepień. Szczepienia będą wykonywane w formie akcji szczepień ambulatoryjnych w siedzibie podmiotu wykonującego działalność leczniczą – uprawnieni do szczepień będą się zgłaszać do podmiotu wybranego w konkursie ofert.
4. Wykonanie badań lekarskich kwalifikującego do objęcia mieszkańców gminy Rząśnia szczepieniem przeciwko grypie oraz prowadzenia badania lekarskiego przed samym szczepieniem i wykonanie szczepienia ochronnego przeciwko grypie.
5. Prowadzenie rejestru uczestników programu i dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień.
6. Organizacja programu (promocja i badania ankietowe) oraz obsługa administracyjna.

**§2**

1. Za realizację programu przyjmujący otrzyma środki finansowe do kwoty **…….** (słownie:)
2. Strony ustalają cenę za wykonanie usługi w wysokości do ………………. na jednego uczestnika programu. Gmina Rząśnia pokrywa 100% wartości całej usługi, zgodnie   
   z przedmiotem konkursu.
3. Środki finansowe na realizację zaciągniętego zobowiązania finansowego zostały ujęte   
   w budżecie gminy Rząśnia na rok 2020.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do dostarczenia do Urzędu Gminy Rząśnia faktury (rachunku) za wykonanie w ramach niniejszej umowy szczepienia nie później niż do 10 dnia każdego miesiąca, następującego po miesiącu , w którym wykonane były szczepienia.

Razem z fakturą przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do dostarczenia listy osób objętych szczepieniem, za które została wystawiona faktura (rachunek).

Lista powinna zawierać: imię i nazwisko, pesel, termin szczepienia oraz podpis osoby szczepionej.

1. Wykonawca musi być właścicielem konta wskazanego we fakturze. Konto musi być widoczne w Centralnej Ewidencji Kont Bankowych.
2. Z tytułu realizacji przedmiotu umowy Udzielający zamówienie zobowiązuje się przekazać Przyjmującemu zamówienie należności w ratach miesięcznych na podstawie faktur (rachunków), o których mowa w ust. 4, w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania.
3. Przyjmujący zamówienie, jako Administrator Danych zobowiązuje się do przestrzegania zasad ochrony danych osobowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami (Rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO).

**§ 3**

1. Termin realizacji zamówienia ustala się od dnia …… do dnia 31 grudnia 2020r.
2. Szczepienia ochronne będą realizowane w …………….……………………………..

(nazwa organu, miejsce, termin realizacji programu).

Rejestracja osób uprawnionych do szczepień profilaktycznych odbywać się będzie ……….

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

(sposób, terminy).

1. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przeprowadzenia akcji promocyjno – informacyjnej programu zdrowotnego dotyczącego szczepień profilaktycznych w ramach programu zdrowotnego pn. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Rząśnia”, m. in. na stronach internetowych gminy i podmiotu leczniczego oraz na tablicy ogłoszeń i na terenie gminy.
2. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej (m. in. wskazanie liczby uczestników objętych programem, liczby osób nieobjętych programem z powodów zdrowotnych lub innych – ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały ze świadczenia w trakcie realizacji programu oraz przeprowadzenie oceny jakości świadczeń wśród uczestników programu na podstawie wyników anonimowej ankiety satysfakcji oraz pisemnych uwag zgłaszanych do realizatora programu (należy przedstawić zbiorcze wyniki np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników programu ankiet satysfakcji). W przypadku wystąpienia trudności, zweryfikowanych podczas realizacji programu, zobowiązuje się je opisać ze wskazaniem sposobu ich rozwiązania.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli na każde żądanie Udzielającego zamówienia
4. Dokumentacja finansowo – księgowa dotycząca realizacji przedmiotu umowy powinna być przechowywana w siedzibie Przyjmującego zamówienie i udostępniana do wglądu Udzielającemu zamówienie na każde żądanie zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji zadania.
5. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz wykonywania świadczeń z należytą starannością, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.

**§4**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilna za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych umową.
2. Przyjmujący zamówienie 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.

**§ 5**

W celu przeprowadzenia szczepień Przyjmujący zobowiązuje się do :

1. Uzyskania pisemnej zgody na wykonanie szczepienia ochronnego, na wzorze druku dostarczonego przez Udzielającego zamówienie,
2. Przeprowadzenia badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia.

**§ 6**

1. Przyjmujący zamówienie przedłoży udzielającemu zamówienie sprawozdanie merytoryczne, z realizacji programu, za okres obowiązywania umowy, w terminie do 31 stycznia 2021r.
2. Sprawozdanie merytoryczne winno zawierać opis działań podjętych przez Przyjmującego zamówienie w ramach programu.
3. Na żądanie Udzielającego zamówienie, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy.
4. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do wykorzystywania informacji   
   i sprawozdania merytorycznego.
5. W razie wcześniejszego rozwiązania umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest złożyć końcowe rozliczenie umowy, za okres jej trwania w terminie do 15 dnia następnego miesiąca po jej rozwiązaniu.

**§ 7**

1. Udzielający zamówienie lub osoba przez niego upoważniona może, w trakcie umowy, przeprowadzić u Przyjmującego kontrole w następującym zakresie:
2. Prawidłowości realizacji procedur stanowiących przedmiot umowy sprecyzowanych w §1 ust. 1 niniejszej umowy.
3. Celowości i gospodarności w wydatkowaniu przekazanych środków publicznych,
4. Oceny prawidłowości dokonywania rozliczeń merytorycznych   
   i finansowych umowy.
5. W przypadku wystąpienia nieprawidłowości w wykonywaniu przedmiotowej umowy Udzielający zamówienia zleci Przyjmującemu zamówienie ich usunięcie w wyznaczonym terminie, a w razie rażących uchybień lub niezastosowania się Przyjmującego zamówienie do zaleceń, Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia .
6. W przypadku rozwiązania umowy Przyjmujący zamówienie zapłaci karę umowną w wysokości 1% środków publicznych o których mowa w §2 ust. 1.

**§ 8**

1. Umowa może zostać rozwiązana przez każda ze stron z jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia , dokonanym na koniec miesiąca kalendarzowego z powodu:
2. Wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację przedmiotowej umowy, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności,
3. Naruszenia istotnych postanowień umowy, w szczególności:
4. Odmowy poddania się kontroli przez Przyjmującego zamówienie,
5. Nieusunięcia przez Przyjmującego zamówienie nieprawidłowości stwierdzonych w czasie kontroli,
6. Naruszenie przez Przyjmującego zamówienie nieprawidłowości stwierdzonych w czasie kontroli,
7. Naruszenie przez Przyjmującego zamówienie postanowień §6 umowy.
8. W przypadku określonym w ust. 1 pkt 2 wypowiedzenie umowy powinno być dokonane łącznie z pisemnym wezwanie do usunięcia uchybień w terminie nie krótszym niż 30 dni skierowanej do strony winnej uchybienia. Wypowiedzenie staje się skuteczne w przypadku nieusunięcia uchybień w wyznaczonym terminie.

**§ 9**

1. Przyjmujący zamówienie nie może przenieść na osoby trzecie swoich prac   
   i obowiązków wynikających z przedmiotowej umowy bez uzyskania pisemnej zgody Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmującemu zamówienie nie przysługuje prawo przeniesienia na osoby trzecie wierzytelności z umowy.

**§ 10**

Zmiana postanowień zawartej umowy może nastąpić za zgodą obu stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności takiej zmiany.

**§ 11**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej 9t.j. (T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295; zm.: Dz. U. z 2020 r. poz. 567 i poz. 1493.) wraz z przepisami ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – Kodeks cywilny (T.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1145; zm.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1495 oraz z 2020 r. poz. 875).

**§ 12**

Umowę sporządzono w dwóch egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

**Udzielający zamówienie Przyjmujący zamówienie**

ZAŁĄCZNIK 1

**KARTA UODPORNIENIA UCZESTNIKA** (wzór)

1. Dane uczestnika

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAZWISKO |  | Data urodzenia |
| IMIĘ |  | …./…./……  (dzień/miesiąc/rok) |
| NR PESEL\* |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA |  |

1. Zgoda na wykonanie szczepienia

Zostałem/am poinformowany/a o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia. Udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów. Oświadczam, że podczas przeprowadzonego ze mną wywiadu oraz badania lekarskiego nie zataiłem/nie zataiłam istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw grypie**.

……………………….

(data i podpis pacjenta)

1. Potwierdzenie wykonania szczepienia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa szczepionki | Nr serii szczepionki | Data wykonania szczepienia | Podpis osoby wykonującej szczepienie |
|  |  |  |  |

\*lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

ZAŁĄCZNIK 2

**ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA (wzór)**

1. **Ocena rejestracji**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| Szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji? |  |  |  |  |  |
| Uprzejmość osób rejestrujących |  |  |  |  |  |

1. **Ocena wizyty lekarskiej**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| Uprzejmość i życzliwość lekarza? |  |  |  |  |  |
| Poszanowanie prywatności podczas wizyty? |  |  |  |  |  |
| Sposób przekazania informacji dot. grypy i jej powikłań? |  |  |  |  |  |
| Sposób przekazania informacji dot. metod zapobiegania grypie, w tym poprzez szczepienia ochronne? |  |  |  |  |  |

1. **Ocena opieki pielęgniarskiej w trakcie szczepienia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| Uprzejmość i życzliwość pielęgniarki? |  |  |  |  |  |
| Poszanowanie prywatności podczas szczepienia? |  |  |  |  |  |
| Staranność wykonania szczepienia? |  |  |  |  |  |

1. **Ocena warunków panujących w przychodni**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| Czystość w poczekalni? |  |  |  |  |  |
| Dostęp i czystość w toaletach? |  |  |  |  |  |

1. **Dodatkowe uwagi/opinie:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

ZAŁĄCZNIK 3

**SPRAWOZDANIE REALIZATORA Z PRZEPROWADZONYCH DZIAŁAŃ** (wzór)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu | Sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień ochronnych wg informacji zawartych w zaświadczeniach o przeprowadzonych lekarskich badaniach kwalifikacyjnych oraz w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy  od…….…..do………….… | Adresat:  Urząd Gminy Rząśnia |
|  | Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Liczba wykonanych badań kwalifikacyjnych w programie | Liczba pacjentów zakwalifikowanych do szczepień | Liczba pacjentów ze stwierdzonym przeciwwskazaniem do szczepień | Liczba zaszczepionych pacjentów | Liczba niepożądanych odczynów poszczepiennych |
|  |  |  |  |  |

………………………, dnia …………………………

(miejscowość) (dnia)

……………………………………………………..

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)