Zarządzenie Nr 63/2019
Burmistrza Choroszczy
z dnia 13.08.2019 r.

w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert
na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego w roku 2019
z zakresu profilaktyki zdrowotnej określonej
w programie polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 506), art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.), art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.) oraz Uchwały Nr VIII/75/2019 Rady Miejskiej w Choroszczy z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”, zarządzam co następuje:

§1.

Ogłasza się otwarty konkurs ofert na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego w roku 2019 z zakresu profilaktyki zdrowotnej określonej w programie polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”.

§2.

Treść ogłoszenia zawierającego warunki konkursu stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

§3.

Wykonanie zarządzenia powierza się Kierownikowi Referatu Organizacyjnego Urzędu Miejskiego w Choroszczy.

§4.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Burmistrz Choroszczy

mgr inż. Robert Wardziński

Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 63/2019

Burmistrza Choroszczy
z dnia 13.08.2019 r.

Konkurs ofert
na wybór realizatora świadczenia
zdrowotnego w roku 2019
z zakresu profilaktyki zdrowotnej określonej
w programie polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”

OGŁOSZENIE KONKURSU OFERT
z dnia 13.08.2019 r.

Burmistrz Choroszczy na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 506), art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.), art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.) oraz Uchwały Nr VIII/75/2019 Rady Miejskiej w Choroszczy z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”,

ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego w roku 2019 z zakresu profilaktyki zdrowotnej określonej w programie polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”.

1. Przedmiotem konkursu jest realizacja programu polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”, stanowiącego załącznik do Uchwały Nr VIII/75/2019 Rady Miejskiej w Choroszczy z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”.
2. Oferty, na formularzu zgodnym z załącznikiem Nr 1 do niniejszego ogłoszenia, mogą być składane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, które na podstawie umów podpisanych z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku mają prawo udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz posiadające jednostki lub komórki organizacyjne udzielające tych świadczeń na terenie Gminy Choroszcz.
3. Oferenci mogą składać oferty wraz z załącznikami- w tym oświadczeniem Oferenta, na formularzu zgodnym z załącznikiem Nr 2 do niniejszego ogłoszenia, dotyczącym określonej liczby osób uprawnionych, o których mowa w programie polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65.
4. Celem przeprowadzenia postępowania konkursowego i wyłonienia wykonawcy/wykonawców zadania, Burmistrz Choroszczy powołuje Komisję Konkursową w składzie:
   - Izabela Oniszczuk – Urząd Miejski w Choroszczy
   - Ewa Łukaszewicz - Urząd Miejski w Choroszczy
   - Ewa Babińska – Urząd Miejski w Choroszczy.

   Komisja Konkursowa działa na podstawie Regulaminu organizowania konkursu ofert, stanowiącego załącznik Nr 3 do niniejszego ogłoszenia. Komisja konkursowa w celu realizacji zadania, określonego w ust. 1 oraz ustalenia liczby i ceny jednostkowej świadczeń udzielanych w programie, w przypadku otrzymania dwóch lub więcej identycznych i zarazem najkorzystniejszych cenowo ofert, może zalecić podpisanie umowy z dwoma lub więcej oferentami na zaszczepienie określonej grupy osób (biorąc pod uwagę kryterium łatwego dostępu pacjentów do świadczeń).
5. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy/Wykonawcom, który/rzy przedstawi/ą ostatecznie najkorzystniejszą ofertę w odniesieniu do określonej liczby osób uprawnionych, o których mowa w programie polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”.
6. Podmiot/podmioty wyłoniony/e w drodze konkursu może/mogą realizować program od dnia podpisania umowy z Gminą Choroszcz.
7. Przewidywany termin wykonania zadania w roku 2019: od 2 września do 15 listopada 2019 roku. Umowa będzie zawarta na okres od dnia podpisania do dnia 15.11.2019 r.
8. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania w roku 2019 – 9 000,00 zł.
9. Realizując zadanie Oferent zobowiązany będzie do:

a) Podania do wiadomości publicznej na terenie Gminy informacji o realizacji programu, w tym o miejscu, terminie i czasie wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej;
b) Przyjmowania zgłoszeń, informowania pacjentów o terminach realizacji zadania we własnym zakresie, poprzez udostępnienie co najmniej jednej linii telefonicznej, przez 5 dni w tygodniu;
c) Wykonania przedmiotu umowy z należytą starannością i poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadami etyki zawodowej;
d) Zapewnienia personelu posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania umowy;
e) Zapewnienia sprzętu i materiałów medycznych niezbędnych przy realizacji umowy;
f) Przestrzegania przepisów określających prawa i obowiązki pacjentów;
g) Prowadzenia dokumentacji medycznej oraz prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach określonych przepisami prawa oraz innej dokumentacji odzwierciedlającej realizację zadania w sposób umożliwiający przeprowadzenie kontroli;
h) Przestrzegania przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO);
i) Podpisania Umowy Powierzenia Przetwarzania Danych Osobowych, stanowiącej załącznik Nr 1 do umowy dotacyjnej;
j) Prowadzenia rejestru, zawierającego:
   - datę szczepienia,
   - imię i nazwisko,
   - nr PESEL,
   - oświadczenie, że osoba została poddana edukacji zdrowotnej w zakresie zachorowań na grypę i szczepień p/grypie,
   - dane skąd dana osoba uzyskała informację o organizowanych szczepieniach,
   - informację o poziomie zadowolenia z udziału w programie/uwagach wniesionych do programu,
   - zgoda na przetwarzanie danych osobowych do celów realizacji programu,
   - podpis osoby poddanej szczepieniu,
k) Prowadzenia edukacji zdrowotnej osób zainteresowanych wykonaniem szczepienia w celu podniesienia poziomu wiedzy na temat szczepień przeciwko grypie i ich celowości oraz zwiększenia świadomości zdrowotnej mieszkańców gminy Choroszcz w zakresie grypy - jej przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki i utrzymania wymaganego poziomu higieny,
l) Przedłożenia informacji o liczbie osób w wieku powyżej 65 roku życia zaszczepionych przeciwko grypie poza programem oraz liczbie osób wykluczonych ze szczepienia ze względów zdrowotnych, w trakcie realizacji szczepień z programu,
m) Przedłożenia nie wcześniej niż 15 listopada i nie później niż 30 listopada 2019 r., informacji o liczbie wizyt spowodowanych infekcjami grypopochodnymi wśród osób zaszczepionych w ramach programu na przestrzeni sezonu epidemiologicznego, w którym nastąpiło zaszczepienie.,
n) Przeprowadzenie szczepień przeciw grypie sezonowej, poprzedzonych badaniami w celu wykluczenia ewentualnych przeciwwskazań do podania szczepionki. Zaszczepienie szczepionką przeciwko grypie, której skład zostanie zweryfikowany i uaktualniany na dany sezon epidemiczny. Wyboru szczepionki zgodnej z ww. wskazaniami dokona Podmiot wykonujący działalność leczniczą,
o) Rozliczenie wykonanego zadania.

10. Zainteresowani mogą zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz pobrać obowiązujący formularz ofertowy w siedzibie Urzędu Miejskiego w Choroszczy, ul. Dominikańska 2, 16-070 Choroszcz, pokój nr 19, w godzinach pracy urzędu, ze strony Biuletynu Informacji Publicznej urzędu http://bip.choroszcz.pl/ oraz ze strony internetowej urzędu http://choroszcz.pl/.
11. Oferty należy składać w biurze podawczym Urzędu Miejskiego w Choroszczy, ul. Dominikańska 2, 16-070 Choroszcz, w terminie do dnia 28.08.2019 r. do godz. 15^{30} (decyduje data wpływu oferty).

Oferty złożone po wyznaczonym terminie nie podlegają procedurze konkursowej oraz będą zwrócone nadawcy bez otwarcia.

12. Oferty składa się w zamkniętej i nieprzejrzystej kopercie, w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Koperta powinna być opisana z podaniem nazwy i adresu oferenta oraz konkursu, na jaki jest składana.
13. Wybór oferty nastąpi niezwłocznie po zakończeniu przyjmowania ofert.
14. Rozstrzygnięcia konkursu dokona Komisja konkursowa najpóźniej w terminie 7 dni od dnia, w którym upłynął termin składania ofert. Wyniki konkursu zostaną podane niezwłocznie na tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego w Choroszczy, na stronie BIP urzędu http://bip.choroszcz.pl/ oraz na stronie internetowej urzędu http://choroszcz.pl/.
15. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
16. Zawarcie umowy z wybranym oferentem nastąpi w terminie 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert. Wzór umowy stanowi załącznik nr 5 do niniejszego ogłoszenia.
17. Zastrzega się prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert oraz przesunięcia terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert.
18. Od wyników konkursu nie przysługuje odwołanie.

Załącznik nr 1 do ogłoszenia Burmistrza Choroszczy
o otwartym konkursie ofert na wybór realizatora
świadczenia zdrowotnego w roku 2019 z zakresu
profilaktyki zdrowotnej określonej w programie
polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”

Urząd Miejski w Choroszczy
ul. Dominikańska 2
16-070 Choroszcz
tel. 85-713-22-17 fax: 85-719-18-39

.....

Pieczątka firmowa oferenta

FORMULARZ OFERTOWY DO KONKURSU NA WYBÓR REALIZATORA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO W ROKU 2019 Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ OKREŚLONEJ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ „GRYPOODPORNI 65+”

Lp.	**I. DANE OFERENTA**			
1.	Pełna nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)			
2.	Adres siedziby wraz z kodem pocztowym	kod pocztowy: miejscowość: ulica i numer lokalu:		
		e-mail:	nr tel.:	nr faksu:
3.	Forma organizacyjna			
4.	Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta			
5.	Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą			
6.	Nr KRS			
7.	NIP			
8.	Regon			
9.	Dyrektor/kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., fax)			
10.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel.)			
11.	Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel.)			
12.	Nazwa banku			
13.	Numer konta			
II. INFORMACJE O WARUNKACH LOKALOWYCH				
III. INFORMACJE O WYPOSAŻENIU MEDYCZNYM POMIESZCZEŃ, W KTÓRYCH BĘDZIE REALIZOWANY PROGRAM				

IV. INFORMACJE O CZASIE PRACY OFERENTA (OD GODZ. DO GODZ.), DNIACH TYGODNIA, MIEJSCU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ
V. INFORMACJE O LICZBIE I KWALIFIKACJACH PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ

Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki, innego personelu	Kwalifikacje zawodowe

VI. PROPONOWANY TERMIN REALIZACJI PROGRAMU od …….…… do …….
VII. KALKULACJA KOSZTÓW

Proponowany koszt całkowity realizacji programu w odniesieniu do 1 osoby podlegającej szczepieniu:	
VIII. ZAKŁADANA LICZBA WYKONANYCH SZCZEPIEŃ	
Proponowana liczba osób podlegających zaszczepieniu w ramach programu	
IX. Całkowity koszt realizacji zadania (stanowiący iloraz jednostkowego kosztu całkowitego realizacji programu na rzecz 1 osoby oraz liczby osób podlegających zaszczepieniu w ramach programu)	

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z dokumentami konkursowymi, jestem świadomy/a praw i obowiązków wynikających ze złożenia oferty i wybrania jej do realizacji oraz zobowiązuję się do spełnienia wszystkich wymagań konkursowych.

.....…….. .....……

Miejscowość, data

Podpis i pieczątka osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji Oferenta

Uwaga!

1. Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego.
2. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
3. Formularz ofertowy należy wypełnić w całości, nie zostawiając żadnych pustych miejsc.
4. Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami.
5. Do oferty należy dołączyć wszelkie wymagane dokumenty i oświadczenia wskazane w ogłoszeniu o konkursie.

Załącznik nr 2 do ogłoszenia Burmistrza Choroszczy
o otwartym konkursie ofert na wybór realizatora
świadczenia zdrowotnego w roku 2019 z zakresu
profilaktyki zdrowotnej określonej w programie
polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”

OŚWIADCZENIA OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert i Zarządzenia

Nr 63/2019 Burmistrza Gminy Choroszcz z dnia 13.08.2019 r. w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego w roku 2019 z zakresu profilaktyki zdrowotnej określonej w programie polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+” wraz z załącznikami do ww. Zarządzenia.

2. Oświadczam, że .....

(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą - Oferenta)

realizuje świadczenia zdrowotne w rodzaju Podstawowej Opieki Zdrowotnej na podstawie umowy nr ..... z dnia ..... z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku.

3. Oświadczam, że program polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+” w 2019 r. będzie realizowany na terenie gminy Choroszcz w pomieszczeniach …….....

.....

(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą - Oferenta)

które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 r. poz. 595).

……..……..……., dn. ..... …….....

Podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Oferenta

Załącznik nr 3 do ogłoszenia Burmistrza Choroszczy
o otwartym konkursie ofert na wybór realizatora
świadczenia zdrowotnego w roku 2019 z zakresu
profilaktyki zdrowotnej określonej w programie
polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”

REGULAMIN ORGANIZOWANIA KONKURSU OFERT

§ 1. Regulamin organizowania konkursu ofert, zwany dalej „Regulaminem konkursu”, określa zasady postępowania Komisji konkursowej w trakcie przeprowadzania konkursu na realizację programu polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”, zwanego dalej „Programem”.

§ 2. 1. Oferty mogą być składane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, które na podstawie umów podpisanych z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku mają prawo udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz posiadają jednostki lub komórki organizacyjne udzielające tych świadczeń na terenie Gminy Choroszcz.

2. Oferenci mogą składać oferty dotyczące określonej liczby osób uprawnionych, o których mowa w programie polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”.

3. Warunkiem udziału oferenta w konkursie jest złożenie prawidłowo wypełnionej oferty - zgodnej z wymaganiami i terminem określonym w Ogłoszeniu konkursowym.

§ 3. 1. Zawarcie umowy następuje na podstawie wyniku konkursu ofert, na zasadach i w trybie określonym w niniejszym Regulaminie konkursu.

2. Celem konkursu ofert jest wybór najkorzystniejszej oferty/ofert, odpowiadającej/ych warunkom konkursu.

3. Konkurs przeprowadza Komisja konkursowa oceniając złożone oferty zgodnie z Regulaminem konkursu. Komisja obraduje na posiedzeniu zamkniętym, bez udziału oferentów.

4. Komisja wybiera spośród siebie Przewodniczącego Komisji oraz Sekretarza. Przewodniczący Komisji konkursowej może zapraszać do udziału w jej pracach inne osoby- w szczególności ekspertów, których obecność jest niezbędna do realizacji zadań Komisji.

5. Członkowie Komisji konkursowej, ani osoby zaproszone do udziału w jej pracach, nie mogą być oferentami.

6. Członek Komisji konkursowej podlega wyłączeniu od udziału w pracach Komisji, gdy oferentem lub Kierownikiem oferenta jest:

1) jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia;

2) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;

3) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej lub jakiejkolwiek zależności;

4) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej.

7. Członkowie Komisji podpisują oświadczenie bezstronności i poufności. W przypadku niepodpisania oświadczenia, decyzję o wykluczeniu członka komisji z jej prac podejmuje Przewodniczący, a w przypadku, kiedy oświadczenia nie podpisał Przewodniczący – decyzję o wykluczeniu z prac komisji podejmują pozostali członkowie komisji zwykłą większością głosów. W takim wypadku należy ponownie dokonać wyboru Przewodniczącego komisji.

8. Do osób zaproszonych do udziału w pracach Komisji konkursowej, o których mowa w ust. 4, przepisy ust. 5 – 7 stosuje się odpowiednio.

9. Komisja podejmuje decyzje w głosowaniu jawnym zwykłą większością głosów.

10. Członkowie Komisji Konkursowej mają prawo wglądu do pełnej dokumentacji ofert konkursowych.

§ 4. Ogłoszenie o konkursie ofert podaje się do publicznej wiadomości, co najmniej 14 dni przed upływem terminu składania ofert, zamieszczając Ogłoszenie na tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego w Choroszczy, na stronie BIP urzędu http://bip.choroszcz.pl/ oraz na stronie internetowej urzędu http://choroszcz.pl/.

§ 5. 1. Oferenci zobowiązani są złożyć następujące dokumenty:

1) ofertę, opatrzoną pieczęcią i podpisem osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
2) oświadczenie oferenta, opatrzone pieczęcią i podpisem osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
3) klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych (załącznik nr 6 do ogłoszenia), opatrzoną pieczęcią i podpisem osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
4) aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu, wykonującego działalność leczniczą z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, ubiegającego się o realizację programu (Oferenta);
5) poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą (oferenta);
6) poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię zaświadczenia o nadaniu NIP Oferentowi;
7) poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię zaświadczenia o nr REGON Oferenta;
8) poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez Oferenta.

2. Wszystkie kopie dokumentów oraz wydruki powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Oferenta) i sygnowane jego podpisem oraz pieczęcią.

§ 6. Oferty składa się w zamkniętej i nieprzejrzystej kopercie w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Koperta powinna być opisana i zawierać: nazwę i adres oferenta oraz nazwę konkursu, na jaki jest składana.

§ 7. 1. Konkurs ofert składa się z dwóch etapów.

2. W etapie pierwszym Komisja konkursowa dokonuje oceny formalnej ofert. Odrzuceniu podlegają oferty:

a) złożone na drukach innych niż wskazane w niniejszym ogłoszeniu,

b) złożone po terminie,

c) których termin realizacji zadania jest inny niż w ogłoszeniu,

d) złożone przez podmiot nieuprawniony,

e) niedotyczące pod względem merytorycznym zadania wskazanego w ogłoszeniu,

f) podpisane przez osoby nieupoważnione,

g) oferty złożone bez wymaganych załączników,

h) oferty nieodpowiadające warunkom konkursu.

3. W etapie drugim Komisja konkursowa dokonuje oceny merytorycznej ofert oraz wybiera najkorzystniejszą ofertę, według kryterium oceny tj. kalkulacji kosztów.

4. Z przebiegu konkursu Komisja konkursowa sporządza protokół, który zawiera:

1) oznaczenie miejsca i czasu trwania konkursu;

2) imiona i nazwiska członków Komisji konkursowej oraz osób zaproszonych do udziału w pracach Komisji konkursowej;

3) liczbę złożonych ofert;

4) wskazanie ofert spełniających warunki określone w formularzu ofertowym i Regulaminie konkursu;

5) wskazanie ofert nieodpowiadających warunkom konkursu lub zgłoszonych po terminie;

6) wskazanie najkorzystniejszych dla zamawiającego ofert albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta;

7) ewentualne odrębne stanowisko członka Komisji konkursowej;

8) podpisy członków Komisji konkursowej oraz osób ewentualnie zaproszonych do udziału w pracach Komisji konkursowej.

5. Komisja konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału oferentów.

§ 8. 1. Nie przewiduje się uzupełniania ofert.

§ 9. 1. W przypadku otrzymania dwóch lub więcej identycznych i zarazem najkorzystniejszych cenowo ofert, możliwe jest podpisanie umowy z dwoma lub więcej oferentami na zaszczepienie określonej grupy osób, biorąc pod uwagę kryterium łatwego dostępu pacjentów do świadczeń.

2. Każdy członek Komisji konkursowej może wnieść do protokołu zdanie odrębne w sprawie wyboru oferenta na realizatora programu.

§ 10. 1. Komisja konkursowa niezwłocznie podaje wyniki konkursu do wiadomości publicznej przez wywieszenie na tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego w Choroszczy, na stronie BIP urzędu http://bip.choroszcz.pl/ oraz na stronie internetowej urzędu http://choroszcz.pl/.

§ 11. 1. Komisja ulega rozwiązaniu po podjęciu przez Burmistrza Choroszczy decyzji w formie ogłoszenia o wyborze oferty do realizacji.

§ 12. 1. Gmina Choroszcz zawrze umowę z wybranym przez Komisję konkursową Oferentem/Oferentami, w terminie 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

Załącznik nr 4 do ogłoszenia Burmistrza Choroszczy
o otwartym konkursie ofert na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego w roku 2019 z zakresu
profilaktyki zdrowotnej określonej w programie polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”

Zgodnie z przepisem art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO) informuje się, że:

1.. Administratorem Pani/Pana danych jest Burmistrz Choroszczy z siedzibą w Urzędzie Miejskim w Choroszczy ul. Dominikańska 2, 16-070 Choroszcz. 2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: Urząd Miejski w Choroszczy, ul. Dominikańska 2, 16-070 Choroszcz, tel. 85 713 22 02, e-mail: iod@choroszcz.pl. 3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przepis art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, co oznacza, że Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu: realizacji świadczenia zdrowotnego w roku 2019 z zakresu profilaktyki zdrowotnej określonej w programie polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+” na podstawie udzielonej przez Panią/Pana zgody. 4. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane innym podmiotom na podstawie odpowiednich przepisów prawa, a także podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską w ramach prowadzonej korespondencji. 5. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą stanowiły podstawy do podejmowania decyzji w sposób zautomatyzowany ani nie będą podlegały profilowaniu. Administrator Pani/Pana danych osobowych nie będzie ich przekazywał poza terytorium Polski i UE ani organizacjom międzynarodowym w rozumieniu RODO. 6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do realizacji celu, o którym mowa w pkt 3 oraz po ustaniu tego celu przez czas określony w przepisach nakładających na Administratora obowiązek archiwizowania dokumentów urzędowych. 7. Posiada Pani/Pan: -prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, -prawo do sprostowania danych, które są nieprawidłowe, -prawo do żądania usunięcia danych w przypadku cofnięcia zgody na ich przetwarzanie (w przypadku rezygnacji z świadczenia), a także odnośnie danych, które są przetwarzane niezgodnie z prawem albo nie są niezbędne dla realizacji celu, o którym mowa w pkt 3 i celu obowiązkowego archiwizowania dokumentów urzędowych, -prawo do żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych (wstrzymania operacji na danych stosownie do złożonego wniosku),-prawo do żądania przeniesienia danych do innego administratora. 8. Zakres każdego z ww. praw oraz sytuacje, w których można z nich skorzystać wynikają z przepisów z zakresu ochrony danych osobowych (RODO i przepisów krajowych). To, z którego uprawnienia może Pan/Pani skorzystać zależeć będzie w szczególności od podstawy prawnej i celu przetwarzania Pani/Pana danych i będzie przedmiotem rozstrzygnięcia przez Administratora w ramach rozpatrywania ewentualnego wniosku o skorzystanie, z któregoś z ww. praw. 9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy z zakresu ochrony danych osobowych. 10. Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych dla realizacji celu, o którym mowa w pkt 3 jest dobrowolne, przy czym konsekwencją niepodania przez Panią/Pana danych osobowych będzie brak możliwości zrealizowania celu, o którym mowa w pkt 3.

Ja, niżej podpisana/y po zapoznaniu się z treścią powyższych zasad wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, co poświadczam poniższym odręcznym podpisem:

LP.	Data szczepienia	Imię i nazwisko	Nr PESEL	Edukacja zdrowotna w zakresie grypy	Jak osoba dowiedziała się o organizowanych szczepieniach	Poziom zadowolenia /uwagi wniesione do programu	Czytelny podpis osoby zaszczepionej
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Załącznik nr 5 do ogłoszenia Burmistrza Choroszczy
o otwartym konkursie ofert na wybór realizatora
świadczenia zdrowotnego w roku 2019 z zakresu
profilaktyki zdrowotnej określonej w programie
polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”

Wzór umowy:

Umowa Nr ……..
w sprawie przekazania środków publicznych z przeznaczeniem na realizację zadań w zakresie programu profilaktyki grypy, w ramach programu zdrowotnego „GRYPOODPORNI 65+”

zawarta w ..... w dniu .....

pomiędzy:

- Gminą ..... z siedzibą w .....;

zwaną dalej **Gminą**,

reprezentowaną przez .....
– Burmistrza Gminy .....,

przy kontrasygnacie .....
– Skarbnika Gminy .....,

a

- ……
  z siedzibą w .....,
  wpisaną do ..... pod nr .....,
  NIP ....., REGON .....,

zwanym dalej **Podmiotem wykonującym działalność leczniczą**,

reprezentowanym przez .....
– .....,

zwanych dalej łącznie **Stronami**,

o następującej treści:

Umowa zawarta w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert, o którym mowa w art. 48 b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.), z pominięciem stosowania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1986 ze zm.) z uwagi na fakt, że zamówienie spełnia warunki określone w art. 4 pkt 8 ww. ustawy i nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30.000 €.

§ 1. Przedmiot umowy

Mając na względzie zakres zadań własnych, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt. 5, w związku z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 506), a także na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.), w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert, Gmina zleca, a Podmiot wykonujący

działalność leczniczą przyjmuje do realizacji zadanie polegające na wykonaniu programu zdrowotnego w zakresie określonym w § 2 – w dalszej części niniejszej umowy określanego, jako „zadanie”.

§ 2. Opis zadania, miejsce i termin jego wykonania

1. Przedmiotem zadnia jest realizacja następujących zadań w zakresie programu polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”:
   1) Wykonanie ……. (słownie: …….) szczepień przeciw grypie sezonowej mieszkańców gminy, którzy ukończyli 65 rok życia, zameldowanych (pobyt stały lub czasowy) na terenie Gminy Choroszcz,

      w tym zakup następującej aparatury medycznej, koniecznej do realizacji tych zadań:
      .....
      .....

      w zakresie zgodnym z warunkami konkursu ofert, o którym mowa w § 1, w szczególności z jego przedmiotem, oraz ofertą złożoną przez Podmiot wykonujący działalność leczniczą, stanowiącą załącznik Nr 1 do niniejszej umowy, będącą jej integralną częścią.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, będą przeprowadzane u mężczyzn i kobiet po 65 roku życia, zameldowanych na terenie Gminy Choroszcz, zgodnie ze stanem na dzień przeprowadzenia badania i zaszczepienia.
3. Termin realizacji zadania Strony ustalają od dnia .....do dnia .....
4. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, będą przeprowadzone w punkcie szczepień zlokalizowanym w …….. przy ul. ……...
5. Maksymalna liczba osób objętych świadczeniami opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, wynosi .....
6. O udziale osoby w świadczeniach opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, decyduje kolejność zgłoszeń, chyba, że wystąpią szczególne przesłanki zdrowotne do podania szczepionki poza kolejnością.

§ 3. Sposób realizacji zadania

1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą jest zobowiązany do:
   a) Podania do wiadomości publicznej na terenie Gminy informacji o realizacji programu, w tym o miejscu, terminie i czasie wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej;
   b) Przyjmowania zgłoszeń, informowania pacjentów o terminach realizacji zadania we własnym zakresie, poprzez udostępnienie co najmniej jednej linii telefonicznej, przez 5 dni w tygodniu po 5 godzin dziennie (pomiędzy godz. $8^{\underline{00}}$, a $13^{\underline{00}}$);
   c) Wykonania przedmiotu umowy z należytą starannością i poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadami etyki zawodowej;
   d) Zapewnienia personelu posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania umowy;
   e) Zapewnienia sprzętu i materiałów medycznych niezbędnych przy realizacji

umowy;

f) Przestrzegania przepisów określających prawa i obowiązki pacjentów;

g) Prowadzenia dokumentacji medycznej oraz prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach określonych przepisami prawa oraz innej dokumentacji odzwierciedlającej realizację zadania w sposób umożliwiający przeprowadzenie kontroli;

h) Przestrzegania przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO);

i) Podpisania Umowy Powierzenia Przetwarzania Danych Osobowych, stanowiącej załącznik Nr 1 do niniejszej umowy dotacyjnej;

j) Prowadzenia rejestru, zawierającego:
- datę szczepienia,
- imię i nazwisko,
- nr PESEL,
- oświadczenie, że osoba została poddana edukacji zdrowotnej w zakresie zachorowań na grypę i szczepień p/grypie,
- dane skąd dana osoba uzyskała informację o organizowanych szczepieniach,
- informację o poziomie zadowolenia z udziału w programie/uwagach wniesionych do programu,
- zgoda na przetwarzanie danych osobowych do celów realizacji programu,
- podpis osoby poddanej szczepieniu,

k) Prowadzenia edukacji zdrowotnej osób zainteresowanych wykonaniem szczepienia w celu podniesienie poziomu wiedzy na temat szczepień przeciwko grypie i ich celowości oraz zwiększenia świadomości zdrowotnej mieszkańców gminy Choroszcz w zakresie grypy - jej przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki i utrzymania wymaganego poziomu higieny,

l) Przedłożenia informacji o liczbie osób wykluczonych ze szczepienia ze względów zdrowotnych, w trakcie realizacji szczepień z programu- na dzień złożenia faktury za wykonane szczepienia,

m) Przedłożenia do dnia 15.11.2019 r. informacji o liczbie osób w wieku powyżej 65 roku życia zaszczepionych przeciwko grypie poza programem,

n) Przedłożenia do dnia 15.11.2019 r. informacji o liczbie wizyt spowodowanych infekcjami grypopochodnymi wśród osób zaszczepionych w ramach programu na przestrzeni sezonu epidemiologicznego, w którym nastąpiło zaszczepienie,

o) Przeprowadzenie szczepień przeciw grypie sezonowej, poprzedzonych badaniami w celu wykluczenia ewentualnych przeciwwskazań do podania szczepionki. Zaszczepienie szczepionką przeciwko grypie, której skład zostanie zweryfikowany i uaktualniany na dany sezon epidemiczny. Wyboru szczepionki zgodnej z ww. wskazaniami dokona Podmiot wykonujący działalność leczniczą,

p) Rozliczenie wykonanego zadania.

2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, realizując program, zobowiązuje się do zamieszczania w materiałach informacyjno-promocyjnych, publikacjach, mediach informacji o treści: „Program zdrowotny finansowany ze środków budżetowych Gminy Choroszcz”.

3. Zabronione jest finansowanie tego samego wydatku w ramach zadania, o którym mowa w § 2, z dwóch źródeł finansowania (tzw. ,,podwójne finansowanie"), przez co należy rozumieć jakiekolwiek podwójne zrefundowanie (lub rozliczenie) całkowite lub

częściowe tego samego wydatku w zadaniu o którym mowa w § 2, albo w zadaniu zbieżnym merytorycznie, realizowanym w ramach innych projektów ze środków publicznych, w tym krajowych lub pochodzących z budżetu Unii Europejskiej oraz niepodlegających zwrotowi środków pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

§ 4. Wysokość przekazanych środków finansowych

1. Strony ustalają wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości …….. zł (słownie: ……. złotych 00/100) brutto za jedno szczepienie. Wynagrodzenie całkowite za przedmiot umowy, zostanie ustalone, jako iloczyn liczby faktycznie wykonanych szczepień oraz ceny jednostkowej szczepienia. Prognozowane wynagrodzenie z tytułu całości umowy nie może przekroczyć ……. zł.
2. Stawka jednostkowa brutto, o której mowa w ust. 1, obejmuje wszelkie koszty związane z realizacją umowy, w szczególności: koszt szczepionki, wykonania badania lekarskiego, wykonanie szczepienia, jednorazowy sprzęt medyczny do wykonania szczepień, fachowy personel, opiekę medyczną, utylizację zużytego sprzętu medycznego i materiałów, itp.
3. Nieuwzględnienie przez Zleceniobiorcę jakichkolwiek dodatkowych kosztów związanych z realizacją niniejszej umowy, nie może stanowić podstawy roszczeń Zleceniobiorcy w stosunku do Zleceniodawcy zarówno w trakcie jej realizacji, jak też po jej wykonaniu.
4. Zleceniodawca nie przewiduje udzielania zaliczek na poczet wykonania przedmiotu umowy.
5. Rozliczenie przedmiotu umowy nastąpi fakturą końcową, po upływie terminu wykonania lub zaszczepienia dopuszczalnej liczby osób.
6. Faktura wystawiona będzie na następujące dane:
   Nabywca: Gmina Choroszcz, ul. Dominikańska 2, 16-070 Choroszcz, NIP: 966 176 96 99
   Odbiorca: Urząd Miejski w Choroszczy, ul. Dominikańska 2, 16-070 Choroszcz
7. Podstawą wystawienia faktury jest:
   a. prawidłowo wypełniona lista wykonanych szczepień (rejestr),
   b. oświadczenie o prowadzeniu edukacji zdrowotnej osób zainteresowanych wykonaniem szczepienia w celu podniesienie poziomu wiedzy na temat szczepień przeciwko grypie i ich celowości oraz zwiększenia świadomości zdrowotnej mieszkańców gminy Choroszcz w zakresie grypy - jej przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki i utrzymania wymaganego poziomu higieny,
   c. informacja o liczbie osób wykluczonych ze szczepienia ze względów zdrowotnych, w trakcie realizacji szczepień z programu,

   załączone do złożonej przez Zleceniobiorcę faktury.

d. Zleceniodawca ma obowiązek zapłaty faktury w terminie 7 dni, licząc od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury, w pełnej wysokości.
e. Za dzień zapłaty uznaje się datę złożenia polecenia przelewu w banku Zleceniodawcy.

§ 5. Sposób płatności środków finansowych

1. Gmina przekaże Podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą wynagrodzenie, o którym mowa w § 4, na rachunek bankowy nr ....., prowadzony przez .....……..

§ 6. Tryb kontroli

1. Gminie przysługuje prawo kontroli wykonania wymienionych w §2 i §3 umowy zadań, w szczególności w zakresie poprawności realizacji zadania określonego w § 1 niniejszej umowy, poprzez:
   1) kontrolę przychodni pod kątem realizacji - przedmiotu niniejszej umowy;
   2) kontrolę dokumentacji potwierdzającej wykonanie przedmiotu umowy;
   3) żądanie złożenia wyjaśnień.
2. Kontrola, o której mowa w ust. 1, może być przeprowadzana zarówno w toku realizacji umowy oraz po jej zakończeniu.
3. Kontrola, o której mowa w ust. 1, może być przeprowadzania zarówno w siedzibie Podmiotu wykonującego działalność leczniczą, jak i w miejscu realizacji umowy.
4. Prawo przeprowadzania kontroli, o której mowa w ust. 1, przysługuje osobom upoważnionym przez Gminę.
5. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, osoby upoważnione przez Gminę mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonywania umowy, oraz żądać udzielenia ustnie lub na piśmie informacji dotyczących wykonania umowy. Podmiot wykonujący działalność leczniczą na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.
6. Podmiot wykonujący działalność leczniczą zobowiązuje się poddać kontroli i przyczyni się do niej, w zakresie wskazanym w ust. 1.
7. Gmina oświadcza, że upoważnieni do przeprowadzenia kontroli jego pracownicy zostaną zobowiązani do zachowania w tajemnicy danych osobowych, do których mieli dostęp zarówno w trakcie, jak i po ustaniu okresu zatrudnienia.

§ 7. Odstąpienie od umowy

1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą nie może powierzyć realizacji zadań określonych w §2 i §3 innym podmiotom.
2. W razie naruszenia postanowień ust. 1 Zleceniodawcy przysługuje prawo odstąpienia od umowy.
3. Zleceniodawca może rozwiązać niniejszą umowę za dwutygodniowym wypowiedzeniem w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wykonaniu zobowiązań wynikających z umowy, ustalonych na podstawie wyników kontroli, o której mowa w §5 pkt 1.
4. W przypadku rozwiązania umowy z powodów, o których mowa w ust. 3 Podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą przysługiwać będzie wynagrodzenie za faktycznie wykonaną część Programu do czasu rozwiązania umowy.

§ 8. Zachowanie tajemnicy i bezpieczeństwo danych osobowych

1. Strony umowy zobowiązują się do:
   1) Zachowania w tajemnicy wszelkich informacji otrzymanych i uzyskanych w związku z wykonywaniem zobowiązań wynikających z realizacji niniejszej umowy, w szczególności informacji o stosowanych technicznych i organizacyjnych środkach bezpieczeństwa;
   2) Wykorzystywania informacji jedynie w celach określonych ustaleniami dokonanymi przez Strony niniejszej umowy;

3) Podejmowania wszelkich kroków i działań w celu zapewnienia, że żadna z osób otrzymujących informacje w myśl postanowień ust. 1 nie ujawni tych informacji, ani ich źródła zarówno w całości jak i w części, stronom trzecim bez uzyskania uprzedniej, wyrażonej na piśmie zgody strony umowy, od której pochodzą informacje;
4) Tego, iż w razie wątpliwości w przedmiocie kwalifikacji określonych informacji na potrzeby niniejszej umowy, kwalifikowania tych informacji, jako informacji chronionych zapisami niniejszej umowy;
5) Nie sporządzania kopii, ani jakiegokolwiek innego powielania, poza uzasadnionymi w prawie przypadkami, informacji otrzymanych i uzyskanych w związku z realizacją niniejszej umowy;
6) Tego, że przekazywanie, ujawnianie oraz wykorzystywanie informacji otrzymanych przez Podmiot wykonujący działalność leczniczą od Gminy, będących przedmiotem niniejszej umowy, nastąpić może wobec podmiotów uprawnionych na podstawie przepisów obowiązującego prawa i w zakresie określonym umową;
7) Przestrzegania zasad bezpieczeństwa, w trakcie czynności wykonywanych u strony umowy, o których strona ta poinformowała;
8) Stosowania własnych środków technicznych i organizacyjnych wobec pracowników własnych i podwykonawców, dopuszczonych do realizacji niniejszej umowy, w celu dochowania tajemnicy informacji.

2. Zobowiązanie, o którym mowa w ust. poprzednim nie ma zastosowania do:
1) Informacji ogólnie dostępnych i powszechnie znanych;
2) Informacji, na których ujawnienie strona umowy, od której pochodzą informacje, wyraziła wyraźną zgodę na piśmie, pod rygorem nieważności;
3) Informacji uzyskanych przez stronę umowy od osób trzecich, o ile takie ujawnienie przez osobę trzecią nie stanowi naruszenia powszechnie obowiązujących przepisów prawa lub zobowiązań zaciągniętych przez te osoby. Strony umowy zobowiązane są do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych od osób trzecich, które zostały im udostępnione z naruszeniem wymogów określonych w zdaniu poprzednim;
4) Udostępniania informacji na rzecz podmiotów uprawnionych, o ile obowiązek udostępniania tych informacji na rzecz tych podmiotów wynika z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 9. Postanowienia końcowe

1. Zmiana postanowień umowy wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 869 ze zm.), ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.) oraz przepisy Kodeksu cywilnego.
3. Strony oświadczają, że zostały poinformowane, iż niektóre dane zawarte w treści umowy, jak również przedmiot umowy mogą stanowić informację publiczną zgodnie z przepisami ustawy z dn. 6 wrzenia 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1429)
4. Wszelkie spory związane z niniejszą umową podlegają rozpoznaniu przez sąd właściwy dla siedziby Gminy.
5. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Załącznik nr 1
do umowy Nr …….. z dnia ……
w sprawie przekazania środków publicznych
z przeznaczeniem na realizację zadań
w zakresie programu profilaktyki grypy,
w ramach programu zdrowotnego
„GRYPOODPORNI 65+”

UMOWA POWIERZENIA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

zawarta w dniu **……** w Białymstoku pomiędzy:

Gminą Choroszcz z siedzibą:**16-070 Choroszcz, ul. Dominikańska 2, NIP: 9661769699,** reprezentowaną przez: Burmistrza Choroszczy – mgr inż. Roberta Wardzińskiego, zwaną dalej **Administratorem danych osobowych/Administratorem**

a

…….
…….
…….

reprezentowaną przez:
…….
…….
…….
zwaną dalej „Wykonawcą”, łącznie zwanych „Stronami”.
zwaną dalej **Przetwarzającym**

Zważywszy, że Strony niniejszej umowy łączy Umowa główna nr …….. (dalej: „Umowa główna”) Strony zawierają Umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych, zwanej dalej „Umową”, o następującej treści:

§ 1
Powierzenie przetwarzania danych

1. W związku z zawarciem przez Strony Umowy głównej Administrator stosownie do art. 28 ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. (zwane dalej „Rozporządzeniem”), powierza Przetwarzającemu przetwarzanie danych osobowych w celu należytego wykonywania obowiązków wynikających z Umowy głównej.

2. Dane osobowe, których dotyczy Umowa obejmują dane osobowe przetwarzane w dokumentacji papierowej w związku z należytą realizacją Umowy głównej.
3. Przetwarzający zobowiązuje się przetwarzać powierzone dane osobowe wyłącznie w zakresie (co do kategorii, rodzaju danych oraz operacji przetwarzania) opisanym w załączniku nr 1 do Umowy.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez Przetwarzającego w siedzibie Przetwarzającego.

§ 2
Zasady przetwarzania danych

1. Przetwarzający zobowiązuje się do podjęcia przy przetwarzaniu danych osobowych, o których mowa w §1 Umowy środków zabezpieczających, co najmniej w zakresie określonym w art. 32 Rozporządzenia.
2. Przetwarzający zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem oraz przy użyciu urządzeń i systemów informatycznych zapewniających zastosowanie poziomu bezpieczeństwa zgodnie z krajowymi przepisami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych.
3. Wszelkie decyzje dotyczące przetwarzania danych osobowych, odbiegających od ustaleń zawartych w niniejszej umowie, powinny być przekazywane drugiej stronie w formie pisemnej pod rygorem ich nieważności.

§ 3
Zabezpieczenie przetwarzanych danych osobowych

1. Przetwarzający zobowiązuje się spełnić warunki, o których mowa w art. 32 Rozporządzenia. W szczególności zobowiązuje się do:
   a) zastosowania środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych, a w szczególności zabezpieczenia danych przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabraniem przez osobę nieuprawnioną, uszkodzeniem lub zniszczeniem,
   b) dopuszczenia do przetwarzania danych osobowych, w tym obsługi systemu informatycznego oraz urządzeń wchodzących w jego skład służących do przetwarzania danych, wyłącznie osób posiadających wydane przez niego upoważnienie,
   c) zapewnienia kontroli nad prawidłowością przetwarzania danych,
   d) prowadzenia ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych,
   e) dochowania szczególnej staranności, aby osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych zachowały je w tajemnicy, również po zakończeniu realizacji Umowy powierzenia, między innymi poprzez poinformowanie ich o prawnych konsekwencjach naruszenia poufności danych.
2. Przetwarzać dane osobowe mogą tylko osoby, posiadające upoważnienie. Administrator wyraża zgodę na upoważnienie przez Przetwarzającego osób, które będą przetwarzać dane osobowe Administratora.
3. Administrator jest uprawniony do kontrolowania Przetwarzającego w zakresie przetwarzania danych osobowych, pod względem zgodności z Umową powierzenia oraz oceny zgodności przetwarzania danych z Rozporządzeniem.
4. Administrator danych realizować będzie prawo kontroli w godzinach pracy Podmiotu przetwarzającego i z minimum 7 dniowym jego uprzedzeniem.
5. Z czynności kontrolnych Strony sporządzają protokół.

6. Po kontroli, o której mowa w ust. 3, Administrator może żądać wykonania zaleceń pokontrolnych, o ile wynikają one z przepisów prawa dotyczącego ochrony danych osobowych. W przypadku niewykonania zaleceń w terminie 14 dni, Administrator wyznaczy dodatkowy termin, a w przypadku jego niedotrzymania przez Przetwarzającego może Umowę główną rozwiązać.

§ 4
Współdziałanie Stron

1. Strony ustalają, że podczas realizacji niniejszej Umowy będą ze sobą ściśle współpracować informując się wzajemnie o wszystkich okolicznościach mających lub mogących mieć wpływ na wykonanie Umowy.
2. Przetwarzający może powierzyć przetwarzanie danych osobowych podmiotowi trzeciemu, (o którym mowa w art. 28 ust. 2 i 4 RODO), jeśli jest to niezbędne w celu wykonania Umowy głównej. W takim przypadku Przetwarzający zobowiązany jest do zapewniania, iż podwykonawca przetwarzał będzie dane osobowe wyłącznie w celu i w zakresie opisanym w umowie zawartej przez podwykonawcę z Przetwarzającym, przy czym cel i zakres przetwarzania nie będzie szerszy niż wynikający z niniejszej Umowy oraz podwykonawca zobowiązany będzie do zachowania wszelkich wymagań oraz warunków przetwarzania danych osobowych wynikających z niniejszej Umowy i Rozporządzenia. Podpisanie umowy między podmiotem przetwarzającym, a podwykonawca, wymaga uzyskania szczegółowej lub ogólnej pisemnej zgody administratora na podpowierzenie danych podwykonawcy oraz obowiązku zawarcia umowy z podwykonawcą, która przewidywałaby takie same obowiązki ochrony danych jak w umowie między administratorem, a podmiotem przetwarzającym.

§ 5

Usunięcie danych osobowych

1. Najpóźniej w ciągu 7 dni licząc od wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy głównej, Przetwarzający zobowiązany jest usunąć ze swoich zbiorów danych wszystkie dane osobowe, które przetwarzał w związku z wykonywaniem Umowy głównej.
2. Usunięcie danych nie dotyczy dokumentacji medycznej wytworzonej w związku z wykonaniem Umowy głównej.
3. Przez usunięcie danych osobowych, o którym mowa w ust. 1, rozumieć należy zniszczenie tych danych osobowych lub taką ich modyfikację, która nie pozwoli na ustalenie tożsamości osoby, której dane dotyczą (anonimizacja danych).

§ 6
Czas obowiązywania Umowy powierzenia

1. Niniejsza Umowa powierzenia zaczyna obowiązywać od dnia podpisania zostaje zawarta na czas trwania Umowy głównej.
2. Administrator uprawniony jest do rozwiązania Umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy:
   a) zostanie stwierdzone prawomocną decyzją administracyjną lub prawomocnym wyrokiem sądu, że Przetwarzający naruszył zasady ochrony danych osobowych, o których mowa w niniejszej Umowie,
   b) Administrator, w wyniku przeprowadzenia kontroli, o której mowa w § 3 Umowy, stwierdzi, że Przetwarzający nie przestrzega przepisów dotyczących przetwarzania danych osobowych i nie usunie wskazanych przez Administratora uchybień w terminie 14 dni od dnia otrzymania stosownego pisemnego wezwania.

§ 7
Naruszenie ochrony danych osobowych

1. W przypadku stwierdzenia naruszenia ochrony danych osobowych Przetwarzający zobowiązuje się do zgłoszenia tego Administratorowi bez zbędnej zwłoki, chyba że jest mało prawdopodobne, by naruszenie to skutkowało ryzykiem naruszenia praw lub wolności osób fizycznych.
2. Podmiot przetwarzający jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z treścią umowy, a w szczególności za udostępnienie powierzonych do przetwarzania danych osobowych osobom nieupoważnionym.

§ 8
Postanowienia końcowe

1. Wszelkie zmiany do Umowy powierzenia powinny być sporządzone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową powierzenia zastosowanie będą miały przepisy Kodeksu Cywilnego i ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r.
3. Umowę sporządzono w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Administrator **Przetwarzający**

Załącznik nr 1
do Umowy Powierzenia Przetwarzania Danych Osobowych

Zakres powierzonych danych osobowych

1. Wykaz operacji przetwarzania które mogą być wykonywane na danych osobowych:
   a. zbieranie,
   b. utrwalanie,
   c. organizowanie,
   d. porządkowanie,
   e. przechowywanie,
   f. pobieranie,
   g. przeglądanie,

2. Zakres danych osobowych przetwarzanych:

Zakres danych dla kategorii osób: mieszkańcy zakwalifikowani do szczepień
Imiona i nazwiska, adres zamieszkania, PESEL

Załącznik nr 6 do ogłoszenia Burmistrza Choroszczy
o otwartym konkursie ofert na wybór realizatora
świadczenia zdrowotnego w roku 2019 z zakresu
profilaktyki zdrowotnej określonej w programie
polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z przepisem art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO) informuje się, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Burmistrz Choroszczy z siedzibą w Urzędzie Miejskim w Choroszczy ul. Dominikańska 2, 16-070 Choroszcz.
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: Urząd Miejski w Choroszczy, ul. Dominikańska 2, 16-070 Choroszcz, tel. 85 713 22 02, e-mail: iod@choroszcz.pl.
3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przepis art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, co oznacza, że Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu: przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego w roku 2019 z zakresu profilaktyki zdrowotnej określonej w programie polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane innym podmiotom na podstawie odpowiednich przepisów prawa, a także podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską w ramach prowadzonej korespondencji.
5. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą stanowiły podstawy do podejmowania decyzji w sposób zautomatyzowany ani nie będą podlegały profilowaniu.
6. Administrator Pani/Pana danych osobowych nie będzie ich przekazywał poza terytorium Polski i UE ani organizacjom międzynarodowym w rozumieniu RODO.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do realizacji celu, o którym mowa w pkt 3 oraz po ustaniu tego celu przez czas określony w przepisach nakładających na Administratora obowiązek archiwizowania dokumentów urzędowych.
8. Posiada Pani/Pan:
   -prawo dostępu do treści swoich danych osobowych,
   -prawo do sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
   -prawo do żądania usunięcia danych w przypadku cofnięcia zgody na ich przetwarzanie, a także odnośnie danych, które są przetwarzane niezgodnie z prawem albo nie są niezbędne dla realizacji celu, o którym mowa w pkt 3 i celu obowiązkowego archiwizowania dokumentów urzędowych,
   -prawo do żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych (wstrzymania operacji na danych stosownie do złożonego wniosku),
   -prawo do żądania przeniesienia danych do innego administratora.
   Zakres każdego z ww. praw oraz sytuacje, w których można z nich skorzystać wynikają z przepisów z zakresu ochrony danych osobowych (RODO i przepisów krajowych). To, z którego uprawnienia może Pan/Pani skorzystać zależeć będzie w szczególności od podstawy prawnej i celu przetwarzania Pani/Pana danych i będzie przedmiotem rozstrzygnięcia przez Administratora w ramach rozpatrywania ewentualnego wniosku o skorzystanie, z któregoś z ww. praw.
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy z zakresu ochrony danych osobowych.
10. Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych dla realizacji celu, o którym mowa w pkt 3 jest dobrowolne, przy czym konsekwencją niepodania przez Panią/Pana danych osobowych będzie brak możliwości zrealizowania celu, o którym mowa w pkt 3.

……
(czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

Załącznik nr 7 do ogłoszenia Burmistrza Choroszczy
o otwartym konkursie ofert na wybór realizatora
świadczenia zdrowotnego w roku 2019 z zakresu
profilaktyki zdrowotnej określonej w programie
polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+”

Urząd Miejski w Choroszczy
ul. Dominikańska 2
16-070 Choroszcz
tel. 85-713-22-17 fax: 85-719-18-39

.....

Pieczątka firmowa oferenta

FORMULARZ ROZLICZENIA ZADANIA REALIZOWANEGO Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ OKREŚLONEJ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ „GRYPOODPORNI 65+”

Lp.	**I. DANE OFERENTA**			
1.	Pełna nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)			
2.	Adres siedziby wraz z kodem pocztowym	kod pocztowy: miejscowość: ulica i numer lokalu:		
		e-mail:	nr tel.:	nr faksu:
3.	NIP			
4.	Data zawarcia umowy			
5.	Numer umowy, o ile został nadany			
6.	Termin realizacji programu	od …….…… do …….		

II. SZCZEGÓŁOWY OPIS WYKONANIA POSZCZEGÓLNYCH DZIAŁAŃ (OPIS POWINIEN ZAWIERAĆ SZCZEGÓŁOWĄ INFORMACJĘ O ZREALIZOWANYCH DZIAŁANIACH ZGODNIE Z UMOWĄ, Z UWZGLĘDNIENIEM STOPNIA ORAZ SKALI ICH WYKONANIA, A TAKŻE WYJAŚNIĆ EWENTUALNE ODSTĘPSTWA W ICH REALIZACJI; W OPISIE NALEŻY PRZEDSTAWIĆ RÓWNIEŻ INFORMACJĘ O ZAANGAŻOWANYM WKŁADZIE OSOBOWYM I WKŁADZIE RZECZOWYM W REALIZACJĘ DZIAŁAŃ; W PRZYPADKU REALIZACJI DZIAŁANIA PRZEZ PODMIOT NIEBĘDĄCY STRONĄ UMOWY, NALEŻY WSKAZAĆ)
III. OPIS DOKONANYCH W RAMACH ZADANIA WYDATKÓW INWESTYCYJNYCH. INFORMACJA, W JAKI SPOSÓB PONIESIENIE WYDATKÓW INWESTYCYJNYCH WPŁYNĘŁO NA REALIZACJĄ ZADANIA I SKUTECZNOŚĆ JEGO WYKONANIA

IV. INFORMACJA O LICZBIE OSÓB W WIEKU POWYŻEJ 65 ROKU ŻYCIA ZASZCZEPIONYCH PRZECIWKO GRYPIE POZA PROGRAMEM	
V. INFORMACJA O LICZBIE OSÓB WYKLUCZONYCH ZE SZCZEPIENIA ZE WZGLĘDÓW ZDROWOTNYCH	
VI. PROPONOWANY TERMIN REALIZACJI PROGRAMU od …….…… do …….	
VII. KALKULACJA KOSZTÓW	
Proponowany koszt całkowity realizacji programu w odniesieniu do 1 osoby podlegającej szczepieniu:	
VIII. ZAKŁADANA LICZBA WYKONANYCH SZCZEPIEŃ	
Proponowana liczba osób podlegających zaszczepieniu w ramach programu	
IX. Całkowity koszt realizacji zadania (stanowiący iloraz jednostkowego kosztu całkowitego realizacji programu na rzecz 1 osoby oraz liczby osób podlegających zaszczepieniu w ramach programu)	
X. INFORMACJE DODATKOWE MOGĄCE MIEĆ ZNACZENIE PRZY ROZLICZANIU ZADANIA	

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z dokumentami konkursowymi, jestem świadomy/a praw i obowiązków wynikających ze złożenia oferty i wybrania jej do realizacji oraz zobowiązuję się do spełnienia wszystkich wymagań konkursowych.

.....…….. .....……

Miejscowość, data *Podpis i pieczątka osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji Oferenta*

Uwaga!

1. Oferent nie może modyfikować treści formularza.
2. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
3. Formularz ofertowy należy wypełnić w całości, nie zostawiając żadnych pustych miejsc.
4. Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami.
5. Zobowiązuję się do dostarczenia

a) do dnia 15.11.2019 r. informacji o liczbie osób w wieku powyżej 65 roku życia zaszczepionych przeciwko grypie poza programem

b) do dnia 15.11.2019 r. informacji o liczbie wizyt spowodowanych infekcjami grypopochodnymi wśród osób zaszczepionych w ramach programu na przestrzeni sezonu epidemiologicznego, w którym nastąpiło zaszczepienie