

Prezydent Miasta Kalisza ogłasza konkurs ofert, zapraszając do składania ofert

1. Przedmiotem konkursu jest realizacja w 2023 roku miejskiego programu polityki zdrowotnej - profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), skierowanego do dziewcząt z rocznika 2011 zamieszkałych w Kaliszu, w ramach którego przeprowadzone zostaną szczepienia przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV).
2. Zakres programu obejmuje:
 - a przeprowadzenie cyklu szczepień dla jednej osoby szczepionką przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). Szczepieniem objęte będą dziewczęta urodzone w 2011r. zamieszkałe na terenie miasta Kalisza;
 - b uzyskanie pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego do wykonania cyklu szczepień;
 - c przeprowadzenie badania kwalifikującego do szczepienia;
 - d wykonanie szczepienia;
 - e wydanie stosownych zaświadczeń o szczepieniu po podaniu każdej kolejnej dawki szczepionki;
 - f zutylizowanie zużytych materiałów i sprzętu medycznego na swój koszt zgodnie z obowiązującymi zasadami;
 - g przeprowadzenie akcji informacyjno- edukacyjnej wśród dziewcząt i chłopców urodzonych w 2011r. zamieszkałych na terenie miasta Kalisza oraz wśród rodziców/ opiekunów prawnych adresatów programu (realizator zorganizuje spotkanie rodziców/ opiekunów prawnych adresatów Programu z lekarzem zajmującym się problematyką raka szyjki macicy lub lekarzem innej specjalizacji posiadającym wiedzę o szczepieniach HPV).

Szczepionka powinna być dostępna na polskim rynku i dopuszczona do stosowania w Polsce.

Łączna wysokość środków przeznaczonych na realizację Programu wynosi 50 000,00 zł .

Przewiduje się zawarcie umowy na okres od dnia jej podpisania do dnia 15 grudnia 2023r.

Dopuszcza się możliwość zrealizowania świadczeń w okresie krótszym niż czas trwania umowy.

3. Oferty mogą być składane przez podmioty lecznicze, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 poz. 633 z późn.zm.)

4. Oferenci zobowiązani są złożyć następujące dokumenty:

- 1) ofertę na przygotowanym przez organizatora konkursu formularzu ofertowym – formularz ofertowy dostępny jest na stronie internetowej Urzędu Miasta Kalisza, w Biuletynie Informacji Publicznej oraz w Wydziale Spraw Społecznych i Mieszkaniowych Urzędu Miasta Kalisza.
- 2) aktualny odpis z rejestru,
- 3) kopię statutu lub regulaminu organizacyjnego,
- 4) kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej,
- 5) oświadczenia:

- a) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu i regulaminem organizowania konkursu, określonym w Zarządzeniu Nr 2/2022 Prezydenta Miasta Kalisza z dnia 4 stycznia 2022 roku,
- b) oświadczenie oferenta, że sprzęt medyczny, używany do realizacji badań, spełnia wymogi, określone w ustawie z dnia 7.04.2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 poz. 974),
- c) oświadczenie oferenta, że osoby, które będą wykonywały badania – świadczenia zdrowotne - w ramach programu będącego przedmiotem konkursu posiadają odpowiednie kwalifikacje i aktualne uprawnienia do ich wykonywania.
- d) oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych
- e) oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
- f) oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,
- g) oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł,
- h) oświadczenie o zabezpieczeniu ilości szczepionek niezbędnych do zrealizowania świadczeń

5. Ofertę w zaklejonej kopercie z podaną nazwą i adresem podmiotu składającego ofertę opatrzoną napisem: **„Oferta na realizację w 2023r. miejskiego programu polityki zdrowotnej, profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)”** *(nie otwierać przed terminem otwarcia ofert)* należy złożyć do dnia 15.03.2023r. do godziny 12.00. Oferty można wysłać pocztą kurierską lub składać w zaklejonych kopertach, od pon. do pt. w godz. 7.30-15.30 z wyjątkiem dni wolnych od pracy, w Wydziale Spraw Społecznych i Mieszkaniowych Urzędu Miasta Kalisza ul. Kościuszki 1a pok. 120. Pracownik Wydziału Spraw Społecznych i Mieszkaniowych potwierdzi złożenie oferty z datą i godziną jej przyjęcia. W przypadku przesłania oferty o dotrzymaniu terminu decyduje data wpływu do Urzędu Miasta Kalisza. Wszystkie koszty związane ze sporządzeniem i złożeniem oferty ponosi Oferent. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

6. Wyboru oferty dokona Prezydent Miasta Kalisza w formie zarządzenia Prezydenta Miasta Kalisza - na podstawie formalnej i merytorycznej oceny ofert dokonanej przez Komisję Konkursową do dnia 22.03.2023r.

Wyniki konkursu zostaną podane oferentom na piśmie oraz przekazane do publicznej wiadomości w formie informacji zamieszczonej na tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta Kalisza Główny Rynek 20, na stronie internetowej Urzędu Miasta Kalisza: www.kalisz.pl oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.

7. Komisja Konkursowa dokona oceny złożonych ofert wg następujących kryteriów:

Kryteria formalne

- 1) Oferta została złożona przez uprawniony podmiot;
- 2) Oferta została podpisana przez osobę/y upoważnioną/e do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta;
- 3) Oferta została złożona i wypełniona prawidłowo zgodnie ze wzorem, stanowiącym załącznik do ogłoszenia;
- 4) Oferent zapewnił warunki kadrowe i lokalowe do realizacji zadania;
- 5) Oferent zapewnił kwalifikacje osób realizujących zadanie;
- 6) Złożono wszystkie wymagane załączniki do oferty;

Dopuszcza się poprawienie błędów formalnych przez oferenta w wyznaczonym terminie.

Ocenie merytorycznej podlega każda oferta oceniona pozytywnie na etapie oceny formalnej.

Kryteria merytoryczne

- 1) Kalkulacja kosztów wykonywanych świadczeń na 1 osobę (0-10)
- 2) Dostępność do usług (liczba dni w tygodniu oraz godziny dotyczące realizacji) (0-10)
- 3) Dotychczasowa działalność w dziedzinie objętej konkursem - doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej organizowanych przez Miasto lub inne podmioty, w tym ocena współpracy z Miastem – ocena efektywności i rzetelności wykonywania realizowanych wcześniej programów (0-5)
- 4) Określenie sposobu przeprowadzenia akcji informacyjno- edukacyjnej realizacji zadania (0-5)

Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania wynosi 30.

Ocena poszczególnych członków Komisji przedstawiana jest w postaci liczb całkowitych. Ostateczna liczba punktów to średnia sumy punktów przyznanych przez poszczególnych członków Komisji. Oferty, które w wyniku oceny merytorycznej uzyskały średnią liczbę punktów poniżej 15 nie kwalifikują się do finansowania w konkursie.

8. W przypadku gdy oferent wyłoniony w konkursie jest stroną umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, umowa zawarta pomiędzy Miastem a Oferentem, może obejmować wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec Oferenta w danym zakresie.

w z. Prezydenta Miasta Kalisza

/.../

Grzegorz Kulawinek

Wiceprezydent Miasta Kalisza

KLAUZULA INFORMACYJNA:

Zgodnie z 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” pragniemy poinformować, że:

Administratorem danych osobowych będzie Prezydent Miasta Kalisza mający swoją siedzibę w Kaliszu przy Głównym Rynku 20, z którym można skontaktować się listownie: Główny Rynek 20, 62-800 Kalisz, e-mailowo: umkalisz@um.kalisz.pl lub telefonicznie: 62/765 43 00. Administrator powołał Inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się telefonicznie: +48 62/765 43 56 lub e-mailowo: iod@um.kalisz.pl.

Przekazane dane osobowe będą przetwarzane w celu wyłonienia wykonawcy a w przypadku jego wyłonienia w celu zawarcia umowy i jej realizacji (art. 6 ust. 1 lit. b RODO) oraz realizacji obowiązków prawnych ciążących na administratorze w związku z zawarciem tej umowy (art. 6 ust. 1 lit. c). Ponieważ realizacja umowy finansowana będzie ze środków publicznych informacje dotyczące realizacji umowy mogą być udostępniane w trybie przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa. Dane mogą być udostępnione firmie Asseco Data Systems S.A. mającej siedzibę w Gdyni przy ul. Podolskiej 21, świadczącej usługi wsparcia technicznego systemu informatycznego Zintegrowanego Systemu Informatycznego OTAGO wspierającego realizację zadania, w zakresie jakim jest to niezbędne do zapewnienia właściwego funkcjonowania tego systemu.

Administrator zobowiązany jest stosować przepisy rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych zatem dane osobowe będą przechowywane, po załatwieniu sprawy i przekazaniu do archiwum zakładowego, przez czas określony dla danej kategorii archiwalnej wskazanej w „Jednolitym rzeczowym wykazie akt organów gminy i związków międzygminnych oraz Urzędów obsługujących te organy i związki” stanowiącym załącznik nr 2 do tego rozporządzenia - dokumentacja z realizacji zadań po 10 latach przechowywania w archiwum zakładowym podlegają ekspertyzie przeprowadzonej przez archiwum państwowe co do zasadności dalszego jej przechowywania

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
4. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
5. prawo do wniesienia skargi do Prezes UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

Podanie danych jest niezbędne do podjęcia działań związanych z wyłonieniem wykonawcy, zawarciem umowy z wykonawcą i spełnienia obowiązków ciążących na Administratorze w związku z jej zawarciem. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości zawarcia umowy i jej rozliczenia. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą wykorzystywane do profilowania.

Prezydent Miasta Kalisza

FORMULARZ OFERTOWY

**dotyczący realizacji w 2023r. miejskiego programu polityki zdrowotnej, profilaktyki
zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)**

<i>I. DANE OFERENTA</i>			
Pełna nazwa oferenta zgodna z wpisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą			
Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą			
Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru			
Dane adresowe siedziby podmiotu leczniczego, a w przypadku osoby fizycznej adres do korespondencji	Kod :	Miejscowość:	Ulica i numer domu:
	Numer telefonu:	Numer faksu :	e-mail:
Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego			
Dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego	Kod :	Miejscowość:	Ulica i numer domu:
	Numer telefonu:	Numer faksu :	e-mail:
Osoby upoważnione do reprezentacji podmiotu leczniczego:	Imię:	Nazwisko:	Funkcja:

	Imię:	Nazwisko:	Funkcja:
Osoba upoważniona do prowadzenia rozliczenia finansowego	Imię:	Nazwisko:	Funkcja:
Numer NIP	Numer REGON:		
Nazwa banku:	Numer rachunku bankowego:		
Rozliczenie realizacji zadania będzie dokonywane na podstawie:			
a) rachunku *		b) faktury VAT *	
*niepotrzebne skreślić			

II KALKULACJA KOSZTÓW

Poszczególne składowe kosztu jednostkowego	Koszt w zł (brutto)
1.	
2.	
3.	
4.	
Koszt ogółem (brutto)	

III.LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB WYKONUJĄCYCH BADANIA I KONSULTACJE W RAMACH PROGRAMU

liczba personelu:			liczba etatów:	
Lp.	Imię	Nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Uzyskany stopień specjalizacji

IV. INNE INFORMACJE**1) WARUNKI LOKALOWE**

Pomieszczenia do udzielania świadczeń	Liczba	Powierzchnia (w m²)

2) SPOSÓB REJESTRACJI PACJENTÓW:**3) CZAS I MIEJSCE REALIZACJI PROGRAMU:**

Czas wykonywania badań w ramach programu:	dni tygodnia:	Godziny (od..do..):
--	---------------	----------------------

Miejsce wykonywania badań w ramach programu:	Ulica, numer domu, nr pokoju itp.:
---	--

4) PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY:**5) PROPONOWANA LICZBA OSÓB OBJĘTYCH PROGRAMEM****6) RODZAJ SZCZEPIONKI****7) DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ**

8) AKCJA INFORMACYJNO –EDUKACYJNA -Określenie sposobu jej przeprowadzenia

V. Podpisy osób uprawnionych do reprezentacji podmiotu zgodnie z dokumentacją :

1.....

2.....

3.....

Wymagane załączniki do oferty :

- 1) aktualny odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub innego właściwego rejestru,
- 2) kopia statutu lub regulaminu organizacyjnego,
- 3) kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej,
- 4) Oświadczenia:

- a) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu i regulaminem organizowania konkursu, określonym w Zarządzeniu 2/2022 Prezydenta Miasta Kalisza z dnia 4 stycznia 2022 roku.
- b) oświadczenie oferenta, że sprzęt medyczny, używany do realizacji badań, spełnia wymogi, określone w ustawie z dnia 7.04.2022r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 poz. 974),
- c) oświadczenie oferenta, że osoby, które będą wykonywały badania – świadczenia zdrowotne - w ramach programu będącego przedmiotem konkursu posiadają odpowiednie kwalifikacje i aktualne uprawnienia do ich wykonywania.
- d) oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych
- e) oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
- f) oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,
- g) oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł,
- h) oświadczenie o zabezpieczeniu ilości szczepionek niezbędnych do zrealizowania świadczeń .

w z. Prezydenta Miasta Kalisza

/.../

Grzegorz Kulawinek

Wiceprezydent Miasta Kalisza

Ramowy projekt umowy

UMOWA nr /WSSM/2023

zawarta w dniu

pomiędzy :

Miastem Kalisz z siedzibą w Kaliszu Główny Rynek 20, zwanym dalej "*Miastem*", w imieniu którego działają :

.....
.....a
.....
.....

zwanym w dalszej treści umowy "*Podmiotem leczniczym*"

o udzielenie przez Miasto zamówienia na świadczenie zdrowotne wykonywane przez Podmiot leczniczy w ramach miejskiego programu polityki zdrowotnej- profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)

§ 1.

1. Miasto zleca, a Podmiot leczniczy przyjmuje do realizacji udzielenie świadczenia zdrowotnego polegającego na przeprowadzeniu szczepień przeciwko zakażeniom wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV). Świadczenia, o których mowa w ust. 2 będą realizowane wśród dziewcząt zamieszkałych na terenie Miasta Kalisza z rocznika 2011.
2. Do zakresu realizacji świadczenia należy:
 - a uzyskanie pisemnej zgody od rodzica/opiekuna prawnego dziecka na wykonanie cyklu szczepień obejmującego dawki szczepienia;
 - b przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia przed każdą dawką szczepienia (dokumentacja medyczna przechowywana będzie w Podmiocie leczniczym);
 - c wykonanie szczepienia obejmującego dawki szczepienia podane w odstępach czasowych zalecanych przez producenta szczepionki;
 - d dokonanie wpisu o szczepieniu do wymaganej dokumentacji medycznej; wydanie stosownego zaświadczenia o szczepieniu po podaniu każdej kolejnej dawki szczepionki, pisemne powiadomienie o fakcie szczepienia lekarzy rodzinnych właściwych dla zaszczepionych dziewcząt w terminie 14 dni od daty przeprowadzenia szczepienia ostatniego z serii (ustalenie lekarza rodzinnego dla osoby szczepionej należy do zadań podmiotu leczniczego);
 - e zutilizowanie materiałów i sprzętu medycznego na swój koszt zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. W ramach realizacji programu Podmiot leczniczy zobowiązany jest do przeprowadzenia edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) skierowanej do odbiorców programu tj.: dziewcząt i chłopców urodzonych w 2011r., jak również rodziców/opiekunów prawnych adresatów programu.

4. Podmiot leczniczy zobowiązany jest do osobistego świadczenia usług objętych niniejszą umową, a na ewentualne zlecenie świadczenia zdrowotnego w zakresie objętym umową do wykonania przez podwykonawcę wymagana jest pisemna zgoda Miasta.
5. Podmiot leczniczy ponosi pełną odpowiedzialność za udzielenie świadczenia zdrowotnego przez osoby trzecie, które udzielają świadczeń zdrowotnych w zastępstwie Podmiotu leczniczego. Osoby trzecie zastępujące Podmiot leczniczy powinny być ubezpieczone od odpowiedzialności cywilnej. Koszty zastępstwa ponosi Podmiot leczniczy.
6. Informacja o organizacji udzielania przedmiotowego świadczenia zdrowotnego zamieszczona zostanie przez Miasto na stronie internetowej: www.kalisz.pl oraz przesłana przez Miasto - w formie zbiorczej informacji o wszystkich realizowanych przez Miasto programach polityki zdrowotnej- do wiadomości placówek zdrowotnych świadczących usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej na terenie Kalisza, a mających kontrakty na rok 2023 z NFZ.
7. Informacja o organizacji udzielania przedmiotowego świadczenia zdrowotnego zamieszczona zostanie przez Miasto na stronie internetowej: www.kalisz.pl . Podmiot leczniczy zobowiązuje się do informowania, że program jest finansowany ze środków Budżetu Miasta Kalisza.
8. Program winien być realizowany z uwzględnieniem i zachowaniem wytycznych i zaleceń Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia związanych z ryzykiem zakażenia koronawirusem SARS-CoV2, aktualnych na czas realizacji programu.
9. W sytuacji nasilenia epidemii sposób realizacji programu może ulec zmianie zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia.

§ 2.

1. Podmiot leczniczy zobowiązuje się realizować świadczenie zdrowotne stanowiące przedmiot umowy w miejscu w dniach

Obowiązuje wcześniejsza rejestracja

W ramach realizacji §1 ust.3 Podmiot leczniczy zobowiązany jest do przedstawienia Miastu harmonogramu akcji informacyjno- edukacyjnej w terminie 20 dni od dnia podpisania umowy.

2. Umowa obowiązuje od dnia jej zawarcia do 15.12.2023r.,

§ 3.

Podmiot leczniczy oświadcza , iż osoby wykonujące świadczenia zdrowotne w ramach niniejszej umowy posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia oraz, że osoby te udzielają świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 4.

W razie niemożności udzielenia świadczeń przez osoby, o których mowa w § 3, spowodowanej urlopem, zwolnieniem lekarskim lub inną przyczyną, Podmiot leczniczy zobowiązuje się do zapewnienia we własnym zakresie ciągłości udzielania świadczenia w ramach środków finansowych określonych w umowie.

§ 5.

Pomieszczenia, w których będą wykonywane świadczenia zdrowotne oraz aparatura i sprzęt medyczny muszą odpowiadać standardom określonym w obowiązujących przepisach oraz posiadać krajowe atesty.

§ 6.

Podmiot leczniczy ma obowiązek zaopatrywania się we własnym zakresie i na własny koszt w materiały i artykuły sanitarne, sprzęt jednorazowego użytku oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń na podstawie niniejszej umowy.

§ 7.

1. W ramach realizacji programu Podmiot Leczniczy zaszczepi maksymalnie do dziewcząt urodzonych w 2011r. zamieszkałych na terenie miasta Kalisza.
2. Podmiot leczniczy zobowiązany jest do prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji finansowo – księgowej środków otrzymanych na realizację zadania zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy z dnia 29 września 1994r. o rachunkowości (Dz.U. z 2023r. poz.120) w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.

§ 8.

1. Na realizację miejskiego programu polityki zdrowotnej - profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) - Miasto prześle kwotębrutto (słownie:.....) brutto w tym: cena jednostkowa za wykonanie jednego szczepienia dla jednej dziewczynki wynosizł brutto (słownie:brutto) w skład którego wchodzi cena szczepionki wraz z przeprowadzeniem badania kwalifikującego do szczepienia.

Łączna wartość świadczeń zdrowotnych nie może przekroczyć kwoty(słownie złotych:00/100) brutto w tym podatek VAT.

2. Rozliczenie i wypłata wynagrodzenia określonego w umowie nastąpi po wykonaniu całego cyklu szczepień (... ..) z zastrzeżeniem ust. 5.
3. Środki finansowe należne za wykonanie świadczeń opisanych w ust.1 przekazane będą przelewem bankowym na **rachunek bankowy Podmiotu leczniczego nr**na podstawie faktury i wykazu imiennego zaszczepionych dziewcząt - wzór wykazu stanowi załącznik nr 1 do umowy, w terminie 21 dni od daty doręczenia faktury.
4. Faktura za wykonanie świadczeń w miesiącu grudniu dostarczona zostanie najpóźniej do 18 grudnia 2023r.

Dane Miasta potrzebne do wystawienia rachunku : **Miasto Kalisz, Główny Rynek 20, NIP 618 - 001 - 59 - 33.**

5. Za dzień zapłaty wynagrodzenia przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Miasta.
6. Miasto dokona częściowej płatności należności za wykonanie poszczególnych dawek szczepienia (z zastrzeżeniem, iż pierwsza dawka musi zostać podana w terminie do dnia.....) na podstawie faktury i wykazu imiennego

zaszczepionych dziewcząt w terminie 21 dni od daty doręczenia faktury.

7. Podmiotowi leczniczemu nie przysługuje przekazanie przez Miasto środków finansowych za wykonanie świadczenia zdrowotnego innego niż określone w § 1 umowy oraz z naruszeniem warunków w nim określonych.

§ 9.

1. Podmiot leczniczy zobowiązany jest w terminie do 15 grudnia 2023r. do przedłożenia Miastu końcowego sprawozdania rocznego z wykonania programu.
2. Wzór sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 stanowi załącznik nr 2 do umowy.

§ 10.

1. Środki finansowe pobrane w nadmiernej wysokości lub pobrane nienależnie, podlegają zwrotowi wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, w ciągu 15 dni od dnia stwierdzenia okoliczności uzasadniających ich zwrot.
2. Odsetki od środków finansowych podlegających zwrotowi nalicza się począwszy od dnia następującego po upływie terminu zwrotu określonego w ust. 1 w odniesieniu do środków finansowych pobranych nienależnie lub w nadmiernej wysokości.

§ 11.

1. Należności wypłacone na podstawie umowy nie mogą być przeznaczone na inne cele, niż związane z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Podmiot leczniczy zobowiązany jest wydatkować je w sposób najbardziej racjonalny i celowy, przy jednoczesnym zapewnieniu świadczeń zgodnych z przyjętymi standardami.

§ 12.

1. Miasto zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wrywkowej kontroli, przez osoby upoważnione przez Miasto, bez konieczności wcześniejszego zawiadomienia Podmiotu leczniczego, w godzinach, w których powinny być realizowane prace objęte umową. Kontrola dotyczy w szczególności:
 - 1) sposobu korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, dostępności i jakości świadczeń oraz zasad organizacji ich udzielania,
 - 2) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń.
2. Podmiot leczniczy zobowiązany jest do przedłożenia wszelkich niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i okazania pomocy upoważnionym przez Miasto osobom podczas i w związku z przeprowadzaną kontrolą.
3. Podmiot leczniczy zobowiązany jest do wykonania zaleceń pokontrolnych w wyznaczonych terminach.
4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości związanych z wykonywaniem umowy i nie zastosowaniem się do zaleceń pokontrolnych Miasto może dokonać pomniejszenia należności Podmiotu leczniczego zagwarantowanych niniejszą umową.
5. Kontrole dokumentacji medycznej i jakości świadczeń zdrowotnych mogą być przeprowadzone tylko przez osoby, upoważnione przez Miasto.

§ 13.

1. W razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami z przyczyn leżących po stronie Podmiotu leczniczego, a także nie usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych w czasie kontroli, Podmiot leczniczy wypłaci Miastu karę umowną w wysokości 5% wartości umowy.
2. Podmiot leczniczy wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z przysługujących środków finansowych przekazywanych przez Miasto za wykonanie świadczenia zdrowotnego

§ 14.

1. Podmiot leczniczy zobowiązany jest do:
 - 1) ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem i zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 ust.2.
 - 2) okazania polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w pkt. 1 przy podpisywaniu umowy oraz niezwłocznego dostarczenia kopii polisy stanowiącej kontynuację ubezpieczenia w przypadku, gdy termin jej obowiązywania upływa przed terminem na jaki zawarta została umowa, a określonym w § 2 ust. 2.
2. Miasto nie ponosi jakiegokolwiek odpowiedzialności za szkody wyrządzone osobom trzecim przez Podmiot leczniczy w związku z wykonywaniem, czy zaniechaniem wykonywania świadczeń zdrowotnych.

§ 15.

Podmiot leczniczy zobowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania wynikającego z umowy, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania jest następstwem okoliczności, za które Podmiot leczniczy nie ponosi odpowiedzialności.

§ 16.

Podmiot leczniczy zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej oraz na zasadach wynikających z odrębnych przepisów.

§ 17.

Stronom przysługuje prawo rozwiązania umowy na zasadzie porozumienia stron w przypadku braku możliwości realizacji programu zgodnie z §1 niniejszej umowy szczególnie ze względu na sytuację epidemiczną lub brak dostępności szczepionek.

§18

1. Umowa może być wypowiedziana w całości lub w części przedmiotu umowy, przez każdą ze stron, za jednomiesięcznym wypowiedzeniem dokonany na koniec miesiąca kalendarzowego. Podstawą wypowiedzenia umowy może być naruszenie obowiązków wynikających z niniejszej umowy a w szczególności:
 - 1) ograniczenie dostępności do wykonywanych świadczeń zdrowotnych, zawężenie ich zakresu lub nieodpowiednia jakość,

- 2) rażące niewywiązywanie się z obowiązku zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej,
 - 3) nie przekazywanie wymaganych przez Miasto informacji,
 - 4) skarg pacjentów wskazujących na rażące naruszenia Umowy,
 - 5) w razie nieuzasadnionej zwłoki w zapłacie za wykonane świadczenia zdrowotnego.
2. Miasto może rozwiązać umowę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 1, w razie wystąpienia istotnej okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
 3. Wypowiedzenie umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 19

1. Miasto może wypowiedzieć Umowę w całości lub w części przedmiotu Umowy, bez zachowania terminu wypowiedzenia w przypadkach:
 - 1) przerwy w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych powyżej 14 dni,
 - 2) wykorzystywania środków pieniężnych przekazanych przez Miasto na inne cele niż określone w Umowie,
 - 3) podania przez Podmiot leczniczy niezgodnych ze stanem faktycznym danych i informacji będących podstawą finansowania świadczeń zdrowotnych lub wysokości poszczególnych płatności,
 - 4) odmowy poddania się kontroli bieżącej realizacji Umowy lub przeprowadzenia niezbędnych czynności kontrolnych,
 - 5) nieuwzględnienie zaleceń pokontrolnych,
 - 6) pobierania nienależnych opłat od uczestników programu,
 - 7) utraty przez Podmiot leczniczy zdolności do realizacji świadczeń na rzecz Miasta,
 - 8) nie przedłożenia aktualnej polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w § 14.
2. Wypowiedzenie umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 20.

Zmiana postanowień zawartej umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu stron wyrażoną w formie pisemnej aneksu, pod rygorem nieważności takiej zmiany.

§ 21.

Ewentualne spory wynikłe na tle niniejszej umowy będzie rozstrzygał sąd powszechny właściwy dla siedziby Miasta.

§ 22.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawne, a w szczególności Kodeksu Cywilnego, ustawy o finansach publicznych, ustawy o rachunkowości oraz ustawy o działalności leczniczej.

§ 23.

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Miasta i jeden dla Podmiotu leczniczego.

/ Miasto /

/ Podmiot leczniczy /

w z. Prezydenta Miasta Kalisza

/.../

Grzegorz Kulawinek

Wiceprezydent Miasta Kalisza

Załącznik nr 1 do umowy Nr /WSSM/2023 z dn.....

.....

Pieczętka Podmiotu Leczniczego

Wykaz imienny zaszczepionych dziewcząt w ramach miejskiego programu polityki zdrowotnej-profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)

w miesiącu 2023 roku

Lp.	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Rok urodzenia	Data badania	Dawka szczepienia

.....
podpis głównego księgowego

.....
podpis osoby uprawnionej reprezentującej
podmiot leczniczy

Załącznik Nr 2 do umowy Nr /WSSM/2023 z dn.....

SPRAWOZDANIE ROCZNE

z realizacji umowy nr /WSSM/2023 z dnia..... w przedmiocie świadczenia usług
miejskiego programu polityki zdrowotnej- profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)

Podmiot realizujący usługi zdrowotne:

.....

Okres realizacji umowy:

I. Zakres wykonania świadczenia zdrowotnego w podziale na okresy miesięczne:

Lp.	Miesiąc	Liczba wykonanych szczepień	Kwota za wykonanie usługi
1	Marzec		
2	Kwiecień		
3	Maj		
4	Czerwiec		
5	Lipiec		
6	Sierpień		
7	Wrzesień		
8	Październik		
9	Listopad		
10	Grudzień		
11	SUMA		

2.Okres jakiego rozliczenie dotyczy

.....

3. Liczba dziewcząt zaszczepionych dawkami szczepionki

.....

4. Ilość rozdysponowanych materiałów edukacyjnych

.....

5. Ilość osób uczestniczących w spotkaniu edukacyjnym

.....

6. Podjęte działania w ramach promocji programu

.....
.....

7. Przyczyna niewykonania umowy w 100% (jeżeli dotyczy)

.....
.....

II. Opis merytoryczny zadania

Ocena **skuteczności** programu dla wczesnego wykrywania zakażeń wirusem HPV

.....
.....

Inne uwagi, spostrzeżenia, propozycje zmian

.....
.....

.....
podpis osoby uprawnionej reprezentującej
podmiot leczniczy