

Prezydent Miasta Kalisza ogłasza konkurs ofert, zapraszając do składania ofert na realizację w Kaliszu programu polityki zdrowotnej – wczesnego wykrywania chorób piersi u kobiet na lata 2024-2025.

1. Przedmiotem konkursu jest realizacja w 2024 roku i w 2025 roku programu polityki zdrowotnej-wczesnego wykrywania chorób piersi u kobiet na lata 2024-2025, w ramach którego wykonywane są badania mammograficzne u kobiet zamieszkałych w Kaliszu od 40 do 49 roku życia (roczniki 1984 - 1975 w 2024r. oraz 1985 - 1976 w 2025r.) z grupy podwyższonego ryzyka. W przypadku wystąpienia niekorzystnych zmian chorobowych - konsultacja celem omówienia dalszego postępowania.

2. Zakres programu obejmuje:

- a) przygotowanie materiałów informacyjno- edukacyjnych;
- b) weryfikacja ankiety skuteczności akcji edukacyjnej;
- c) kwalifikowanie uczestników do części diagnostycznej (weryfikacja kryterium wieku, zamieszkania, wypełnionej ankiety kwalifikującej, wyrażenia zgody na badanie oraz przetwarzaniem danych osobowych);
- d) wykonanie badania mammograficznego wraz z opisem;
- e) konsultacja celem omówienia dalszego postępowania w przypadku wystąpienia niekorzystnych zmian chorobowych;
- f) przeprowadzenie ankiety satysfakcji z programu (ankietę przygotowuje podmiot wyłoniony w konkursie);
- g) sporządzenie sprawozdania z realizacji programu.

3. Wysokość środków przeznaczonych na realizację programu wynosi 80.000,00 zł brutto w tym koszt akcji informacyjno - edukacyjnej mającej na celu wydanie materiałów w ilości ok 5000 szt. to kwota ok. 5000 zł. planowane kwoty na poszczególne lata:

2024r.: 40 000 zł

2025r.: 40 000zł

Przewiduje się zawarcie umowy na okres od dnia jej podpisania do dnia 16 grudnia 2025r. Dopuszcza się możliwość zrealizowania badań w okresie krótszym niż czas trwania umowy.

4. Oferty mogą być składane przez podmioty lecznicze, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023r. poz. 991 z późn. zm.)

5. 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) opracowany materiał informacyjno- edukacyjny (materiał powinien zawierać wskazania do wykonania MMG piersi, czynniki ryzyka raka piersi, motywowanie do aktywnej profilaktyki raka piersi, zasady i instruktaż obrazkowy samobadania piersi wraz z edukacją zdrowotną kobiet w zakresie wczesnego rozpoznawania u siebie oznak mogących świadczyć o rozwijającej się chorobie nowotworowej, informacje nt. Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi). Uwaga! Miasto zastrzega, że w przypadku wyboru oferty może wykorzystać opracowany materiał edukacyjny w ramach kampanii informacyjno- edukacyjnej programu;
- 3) aktualny odpis z rejestru;
- 4) kopię statutu lub regulaminu organizacyjnego;
- 5) kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej;
- 6) 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 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2021 poz. 1565).
 - 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 oferenta, że nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 poz. 1497 z późn. zm.)

6. Ofertę w zaklejonej kopercie z podaną nazwą i adresem podmiotu składającego ofertę opatrzoną napisem: **„Oferta na realizację w Kaliszu programu polityki zdrowotnej- wczesnego wykrywania chorób piersi u kobiet na lata 2024-2025”** (nie otwierać przed terminem otwarcia ofert) należy złożyć do dnia 08.05.2024r. do godz. 14.00. Oferty można wysłać pocztą kurierską lub składać w zaklejonach kopertach, od poniedziałku do piątku 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.

7. 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 22.05.2024 roku. 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: www.kalisz.pl oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.

8. 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 tylko w zakresie uzupełnienia brakujących, wymaganych załączników.

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.

9. 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.

10. Odrzuceniu podlega oferta złożona przez podmiot, który podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 poz. 1497 z późn. zm.)

PREZYDENT
MIASTA KALISZA
/---/
Krystian Kinastowski

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 Ryнку 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 Kaliszu programu polityki zdrowotnej- wczesnego wykrywania chorób piersi u kobiet na lata 2024-2025, w ramach którego wykonywane będą badania mammograficzne

<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 w latach 2024- 40 000zł, 2025- 40 000zł łącznie 80 000 zł (w tym 5000 zł akcja informacyjno- edukacyjna)

1) Akcja informacyjno- edukacyjna (5 000 zł)

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

2) Kalkulacja kosztów wykonywanych świadczeń na 1 osobę

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

2024

2025

6) DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ

7) OPIS REALIZACJI AKCJI INFORMACYJNO- EDUKACYJNEJ

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 Nr 2/2022 Prezydenta Miasta Kalisza z dnia 04 stycznia 2022r.

b) oświadczenie oferenta, że sprzęt medyczny, używany do realizacji badań, spełnia wymogi, określone w ustawie z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2021 poz.1565 z późn. zm.),

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 oferenta, że nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 poz. 1497 z późn. zm.)

PREZYDENT
MIASTA KALISZA
/---/
Krystian Kinastowski

Ramowy projekt umowy

UMOWA nr/WSSM/2022
zawarta w dniur.
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 na realizację w Kaliszu programu polityki zdrowotnej- wczesnego wykrywania chorób piersi u kobiet na lata 2024-2025.

§ 1

1. Miasto zleca, a Podmiot leczniczy przyjmuje do realizacji udzielenie świadczenia zdrowotnego polegającego na wykonywaniu diagnostycznych badań mammograficznych piersi u kobiet zamieszkałych w Kaliszu od 40 do 49 roku życia:

- a) roczniki 1984 – 1975 w 2024r.
- b) roczniki 1985 – 1976 w 2025r.

z grupy podwyższonego ryzyka. W przypadku wystąpienia niekorzystnych zmian chorobowych - konsultacja celem omówienia dalszego postępowania.

2. Zakres programu obejmuje:

- 1) przygotowanie i wydruk materiałów informacyjno- edukacyjnych,
- 2) weryfikacja ankiety skuteczności akcji edukacyjnej,
- 3) kwalifikowanie uczestników do części diagnostycznej (weryfikacja kryterium wieku, zamieszkania, wypełnionej ankiety kwalifikującej, wyrażenia zgody na badanie oraz przetwarzaniem danych osobowych),
- 4) wykonanie badania mammograficznego wraz z opisem,
- 5) konsultacja celem omówienia dalszego postępowania w przypadku wystąpienia niekorzystnych zmian chorobowych,
- 6) przeprowadzenie ankiety satysfakcji z programu (ankietę przygotowuje podmiot wyłoniony w konkursie),
- 7) sporządzenie sprawozdania z realizacji programu.

3. Badania mammograficzne piersi będą wykonywane w ramach limitu, o którym mowa w § 7 ust. 1 umowy, bez skierowania, wszystkim kobietom, które spełnią warunki – kwalifikacji wiekowej, miejsca zamieszkania oraz przynajmniej jedno kryterium określone w ankiecie kwalifikującej do

grupy podwyższonego ryzyka (ankieta stanowi załącznik nr 1 do umowy) i zgłoszą się bezpośrednio do Podmiotu leczniczego celem wykonania badania.

4. Podmiot leczniczy oświadcza, że w załączniku nr 4 do umowy wskazane będą osoby, których świadczenia zdrowotne określone w ust. 3 zostały sfinansowane wyłącznie z budżetu Miasta Kalisza w ramach realizacji niniejszego programu.

5. W ramach realizacji programu Podmiot leczniczy zobowiązany jest do przygotowania materiału informacyjno- edukacyjnego zawierającego logotyp miasta oraz wydruk materiałów, które rozdysponowane będą przy współudziale Miasta.

6. Dopuszcza się skorzystanie ze świadczeń zdrowotnych określonych w ust.3 przez tego samego pacjenta tylko raz w danym roku kalendarzowym.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

§ 2

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

Obowiązuje wcześniejsza rejestracja

2. W przypadku wyczerpania limitu o którym mowa w §7 pacjent będzie informowany o możliwości skorzystania z badań na zasadach ogólnych.

3. Umowa obowiązuje od dnia jej zawarcia do 16.12.2025r.

§ 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. Podstawą wystawienia faktury przez Podmiot leczniczy będzie ilość wykonanych badań diagnostycznych pacjentów ustalona według rejestru (wykazu) prowadzonego przez Podmiot leczniczy z zastrzeżeniem, że w okresie obowiązywania umowy **łącznie ilość badań** mammograficznych nie może przekroczyć

a) liczby..... w 2024r.

b) liczbyw 2025r.

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 z późn. zm.) w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.

§ 8

1. Za zdiagnozowanie jednego pacjenta, obejmujące pełny zakres usług zdrowotnych określonych w §1, Miasto przekaże środki finansowe łącznie w wysokościzł (słownie:00/100) brutto w tym podatek VAT, z tego w:

a)..... w 2024r.

b)w 2025r.

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

2. Za wykonanie świadczeń obejmujących przygotowanie i wydruk materiałów informacyjno- edukacyjnych Miasto przekaże środki w wysokości 5000 zł (słownie: pięć tysięcy złotych) brutto

a)..... w 2024r.

b)w 2025r.

3. Łączna wartość umowy nie może przekroczyć kwotyzł (słownie:.....) **brutto**

4. Środki finansowe należne za wykonane świadczenia zdrowotnego przekazane będą przelewem bankowym na **rachunek bankowy Podmiotu leczniczego nr.....** na podstawie faktury i wykazu imiennego uczestników programu - wzór wykazu stanowi załączniki nr 4 do umowy, w terminie 21 dni od daty doręczenia faktury.

5. Faktury za wykonanie świadczeń w miesiącu grudniu dostarczona zostaną najpóźniej do:

a) 16.12. w 2024r.

b) 16.12. w 2025r.

6. Dane Miasta potrzebne do wystawienia faktury:

**Miasto Kalisz, Główny Rynek 20,
NIP 618 - 001 - 59 – 33.**

7. Za dzień zapłaty wynagrodzenia przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Miasta.

8. 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 do przedłożenia Miastu sprawozdania rocznego z wykonania programu do:
 - a) 16.12. w 2024r.
 - b) 16.12. w 2025r.
2. Podmiot leczniczy zobowiązany jest do przedłożenia Miastu sprawozdania końcowego z wykonania programu do 19.12.2025r.
3. Wzór sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 stanowi załącznik nr 2 do umowy, a wzór sprawozdania końcowego, o którym mowa w ust. 2 stanowi załącznik nr 3 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.
3. W przypadku gdy Podmiot leczniczy jest w w/w zakresie stroną umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, umowa zawarta pomiędzy Miastem a Podmiotem leczniczym, obejmuje wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę.

§ 12

1. Miasto zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wyrywkowej 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 ust. 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. 3.

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 odpowiedzialności nie ponosi.

§ 16

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

§ 17

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 diagnostycznych 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 zdrowotne.
2. Miasto może rozwiązać umowę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 1, w razie wystąpienia istotnej zmiany 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.

§ 18

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.

§ 19

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

§ 20

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

§ 21

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.

§ 22

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

/ Podmiot leczniczy /

/Miasto /

PREZYDENT
MIASTA KALISZA
/---/
Krystian Kinastowski

ANKIETA KWALIFIKUJĄCA

Jestem mieszkanką Kalisza: TAK NIE

W jaki sposób dowiedziałam się o programie
.....

Czy materiały informujące przyczyniły się do wzrostu wiedzy nt. profilaktyki raka piersi
.....
.....

Wiek: _____

CZYNNIKI KWALIFIKUJĄCE	TAK	NIE
Czy w Twojej bliskiej rodzinie występował rak piersi		
Czy pierwsza miesiączka wystąpiła przed 12 rokiem życia		
Czy jesteś osoba bezdzietną		
Czy urodziłaś dziecko po 40 roku życia		
Czy występują u Ciebie zmiany w piersiach wyczuwalne przez dotyk		

Wyrażam zgodę na:

- udział w programie polityki zdrowotnej - wczesnego wykrywania chorób piersi u kobiet

TAK NIE

W przypadku dużego zainteresowania udziałem w projekcie, decyduje kolejność zgłoszeń (złożenia ankiety kwalifikującej).

Miejscowość i data: _____

Podpis Uczestnika programu: _____

SPRAWOZDANIE ROCZNE

z realizacji umowy nr /WSSM/.....z dnia w przedmiocie świadczenia usług zdrowotnych na realizację w Kaliszu programu polityki zdrowotnej- wczesnego wykrywania chorób piersi u kobiet na lata 2024-2025

Podmiot realizujący usługi zdrowotne:

.....

Okres realizacji umowy: od dnia.....

a. Liczba rozdysponowanych materiałów edukacyjnych

.....

b. Liczba wypełnionych ankiet kwalifikujących do badania

.....

c. Liczba wypełnionych ankiet skuteczności

.....

d. Liczba osób u których nastąpiło zwiększenie świadomości nt. raka piersi na podstawie weryfikacji ankiet dot. skuteczności materiałów edukacyjnych

.....

e. Liczba wypełnionych ankiet satysfakcji

.....

f. Analiza ankiet satysfakcji

.....

g. Liczba przeprowadzonych badań mmg

.....

h. Liczba konsultacji w związku z wykryciem zmian chorobowych

.....

i. W przypadku niewykonania umowy w 100% należy podać przyczynę:

.....

j. Ocena skuteczności programu polityki zdrowotnej „Wczesnego wykrywania chorób piersi u kobiet”

.....

Inne uwagi, spostrzeżenia, propozycje zmian.....

.....

Kalisz, dn.

Podpis i pieczęć osoby składającej sprawozdanie

SPRAWOZDANIE KOŃCOWE

z realizacji umowy nr /WSSM/.....z dnia w przedmiocie świadczenia usług zdrowotnych na realizację w Kaliszu programu polityki zdrowotnej- wczesnego wykrywania chorób piersi u kobiet na lata 2024-2025

Podmiot realizujący usługi zdrowotne:

.....

Okres realizacji umowy: od dnia.....

1. Liczba rozdysponowanych materiałów edukacyjnych
.....
2. Liczba wypełnionych ankiet kwalifikujących do badania
.....
3. Liczba wypełnionych ankiet skuteczności
.....
4. Liczba osób u których nastąpiło zwiększenie świadomości nt. raka piersi na podstawie weryfikacji ankiet dot. skuteczności materiałów edukacyjnych
.....
5. Liczba wypełnionych ankiet satysfakcji
.....
6. Analiza ankiet satysfakcji
.....
7. Liczba przeprowadzonych badań mmg
.....
8. Liczba konsultacji w związku z wykryciem zmian chorobowych
.....
9. W przypadku niewykonania umowy w 100% należy podać przyczynę:
.....
10. Ocena skuteczności programu polityki zdrowotnej „Wczesnego wykrywania chorób piersi u kobiet”
.....
.....

Inne uwagi, spostrzeżenia, propozycje zmian.....
.....

Kalisz, dn.

Podpis i pieczęć osoby składającej sprawozdanie

.....
Pieczęć Podmiotu Leczniczego

**Wykaz imienny uczestników programu polityki zdrowotnej
wczesnego wykrywania chorób piersi u kobiet – MMG
za okres**

Lp.	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Rok urodzenia	Data badania

.....
podpis głównego księgowego

.....
podpis osoby uprawnionej reprezentującej
podmiot leczniczy