.....

U M O W A

na realizację w 2022 r. świadczeń zdrowotnych w ramach programu zdrowotnego pn.: „Szczepienia ochronne przeciw grypie dla mieszkańców Powiatu Pajęczańskiego w wieku 65 lat i więcej na 2021-2023 rok"

Zawarta w dniu ..... w Pajęcznie, pomiędzy
Powiatem Pajęczańskim z siedzibą w Pajęcznie przy ul. Kościuszki 76, 98-330 Pajęczno reprezentowanym przez Zarząd Powiatu, w imieniu którego występują:

1. **Zbigniew Gajęcki – Starosta Pajęczański**
2. **Paweł Sikora – Wicestarosta Pajęczański**

przy kontrasygnacie Sylwii Konieczko - Skarbnika Powiatu Pajęczańskiego
- zwanym w dalszej części umowy **„Zamawiającym"**,
a
.....
zwanym dalej ,,Wykonawcą"

W związku z rozstrzygniętym konkursem ofert na 2022 r. na realizacje świadczeń zdrowotnych w ramach programu zdrowotnego pn.: „Szczepienia ochronne przeciw grypie dla mieszkańców Powiatu Pajęczańskiego w wieku 65 lat i więcej na 2021-2023 rok" .....ustala się co następuje:

§ 1

1. Wykonawca zobowiązuje się na podstawie niniejszej umowy do udzielania świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców Powiatu Pajęczańskiego realizowanych w ramach Programu Zdrowotnego na 2022 r. pn.: **„Szczepienia ochronne przeciw grypie dla mieszkańców Powiatu Pajęczańskiego w wieku 65 lat i więcej na 2021-2023 rok"** przyjętego uchwałą Rady Powiatu Pajęczańskiego Nr 194/XXXIII/21 z dnia 9 lutego 2021r. zwanej dalej „Programem", finansowanego ze środków budżetowych Powiatu Pajęczańskiego zgodnie z ofertą.
2. Zamawiający zobowiązuje się do przekazania na realizację zadania publicznego, o którym mowa w pkt 1 środki finansowe nieprzekraczające łącznej kwoty ..... zł (słownie:.....) zgodnie z ofertą Wykonawcy.
3. Wykonawca zobowiązuje się do wykorzystania przekazanych środków finansowych zgodnie z celem, na jaki je uzyskał i na warunkach określonych niniejszą umową.
4. Świadczenia zdrowotne udzielane na podstawie niniejszej Umowy, Wykonawca wykonywać będzie poprzez personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi.
5. Wykonawca oświadcza, że wszystkie pomieszczenia, w których będzie udzielał świadczeń zdrowotnych spełniają wymogi do realizacji programu, określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
6. Wykonawca zobowiązuje się wykonać zadanie wymienione w ust. 1 w terminie do dnia 30 listopada 2022 r.

7. Wykonawca zobowiązuje się powiadomić Ośrodki Zdrowia funkcjonujące na terenie Powiatu Pajęczańskiego o sposobie rejestracji pacjentów do programu oraz terminie i miejscu przeprowadzenia szczepień.
8. W ramach realizacji przedmiotu umowy Wykonawca zobowiązany jest do:
   1) zakupu szczepionek i przechowywania ich zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami producenta;
   2) przeprowadzenia badania lekarskiego przed wykonaniem szczepień;
   3) dokonania stosownych wpisów potwierdzających wykonanie szczepień w dokumentacji medycznej;
   4) uzyskania pisemnej zgody na wykonanie szczepienia na wzorze druku dostarczonym przez udzielającego zamówienie (Załącznik nr 1);
   5) pobrania od osób uczestniczących w programie oświadczeń, o wyrażeniu zgody na przetwarzanie ich danych osobowych, w celach związanych z realizacją programu.
9. Wykonawca, jako Administrator Danych zobowiązuje się do przestrzegania zasad ochrony danych osobowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO).

§ 2

1. Przy realizacji przedmiotu umowy Wykonawca zobowiązany jest do zachowania praw pacjenta, należytej staranności, zgodnej ze wskazaniami wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej, zapewnienia sprzętu medycznego i urządzeń niezbędnych do realizacji przedmiotu umowy, spełniających normy prawne.
2. Wykonawca zobowiązany jest do przeprowadzenia akcji promocyjno - informacyjnej programu zdrowotnego dotyczącego szczepień profilaktycznych w ramach programu zdrowotnego pn. **„Szczepienia ochronne przeciw grypie dla mieszkańców Powiatu Pajęczańskiego w wieku 65 lat i więcej na 2021-2023 rok"** m.in. na stronie internetowej podmiotu leczniczego oraz na tablicach ogłoszeń wszystkich ośrodków zdrowia znajdujących się na terenie Powiatu Pajęczańskiego.
3. Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej (Załącznik nr 3) (m. in. wskazanie liczby uczestników objętych programem, liczby osób nieobjętych programem z powodów zdrowotnych lub innych - ze wskazaniem tych powodów, liczby osób, które z własnej woli zrezygnowały ze świadczenia w trakcie realizacji programu) oraz przeprowadzenia oceny jakości świadczeń wśród uczestników programu na podstawie wyników anonimowej ankiety satysfakcji (Załącznik nr 2) oraz pisemnych uwag zgłaszanych do realizatora programu (należy przedstawić zbiorcze wyniki np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników programu ankiet satysfakcji). W przypadku wystąpienia trudności, zweryfikowanych podczas realizacji programu, zobowiązuje się je opisać ze wskazaniem sposobu ich rozwiązania.
4. Wykonawca ponosi wyłączną odpowiedzialność za wszelkie szkody powstałe w związku z wykonaniem przedmiotu umowy.
5. Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej oraz innej dokumentacji odzwierciedlającej realizację zadania w sposób umożliwiający kontrolę.

§ 3

1. Umowa może być rozwiązana przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku gdy Wykonawca:
   1) zaniecha udzielania świadczeń zdrowotnych lub ograniczy ich zakres,
   2) udzieli odpłatnie świadczeń zdrowotnych objętych umową.
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron w przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację przedmiotowej umowy, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności.

§ 4

1. Wykonawca przedłoży fakturę wraz z listą osób, które zostały zaszczepione w 2022 r. w ramach programu do dnia 9 grudnia 2022 r.
2. Lista osób zaszczepionych powinna zawierać następujące dane.: imię nazwisko, pesel, adres zamieszkania, data zapisu, podpis osoby zaszczepionej.
3. Należność za wykonanie umowy nie może przekroczyć kwoty zaplanowanej przez Zamawiającego na realizację świadczeń.
4. Na wniosek Zamawiającego Wykonawca zobowiązuje się udzielić niezwłocznie wszelkich dodatkowych informacji i przedłożyć wszystkie dokumenty niezbędne do rozliczenia realizacji umowy.

§ 5

Kwota wymieniona w § 1 ust. 2 zostanie przekazana do dnia 17 grudnia 2022 r. na rachunek bankowy wskazany przez Wykonawcę w Banku ..... Nr konta:..... Podstawą do wypłaty środków finansowych będą dokumenty wymienione w § 4 pkt 1 i 2.

§6

1. Wszelkie zmiany, uzupełnienia i oświadczenia składane w związku z niniejszą umową wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Wszelkie wątpliwości związane z realizacją niniejszej umowy będą wyjaśniane w formie pisemnej.
3. Umowa wygasa po wypełnieniu zobowiązań z niej wynikających i dokonanym rozliczeniu zadania, najpóźniej do dnia 9 grudnia 2022 r.

§7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Ewentualne spory powstałe w związku z zawarciem i wykonaniem niniejszej umowy Strony będą się starały rozstrzygnąć polubownie. W przypadku braku porozumienia spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego ze względu na siedzibę Zamawiającego.

§8

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednej dla każdej ze stron.

Wykonawca Zamawiający

Załącznik nr 1 do umowy

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

1. Ja niżej podpisana(y).....oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w Programie Zdrowotnym pn.: „Szczepienia ochronne przeciw grypie dla mieszkańców Powiatu Pajęczańskiego w wieku 65 lat i więcej na 2021-2023 rok" i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie Programu zgodnie z obowiązującymi przepisami (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO), ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

....

Imię i nazwisko pacjenta Podpis i data złożenia podpisu

2. Potwierdzenie wykonania szczepienia

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

Załącznik nr 2 do umowy

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA PROGRAMU

Szanowni Państwo,
poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat programu „Sczepienia ochronne przeciw grypie dla mieszkańców Powiatu Pajęczańskiego w wieku 65 lat i więcej na 2021-2023 rok". Otrzymane informacje pomogą w jeszcze lepszej organizacji tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.

Płeć:
Kobieta ☐ Mężczyzna ☐

1.Czy Pani/Pana zdaniem Program odpowiada na potrzeby mieszkańców Powiatu Pajęczańskiego?
☐zdecydowanie tak
☐raczej tak
☐trudno powiedzieć
☐raczej nie
☐zdecydowanie nie
2.Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji udzielania świadczeń w ramach Programu?
☐zdecydowanie tak
☐raczej tak
☐trudno powiedzieć
☐raczej nie
☐zdecydowanie nie
3.Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z poziomu lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty?
☐zdecydowanie tak
☐raczej tak
☐trudno powiedzieć
☐raczej nie
☐zdecydowanie nie
4.Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z poziomu pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty?
☐zdecydowanie tak
☐raczej tak
☐trudno powiedzieć
☐raczej nie
☐zdecydowanie nie

5.Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten Program innym osobom?

☐zdecydowanie tak

☐raczej tak

☐trudno powiedzieć

☐raczej nie

☐zdecydowanie nie

6. Czy uważa Pani/ Pan że regularne szczepienia przeciw grypie sezonowej są ważne, aby zapobiegać grypie i jej ewentualnym powikłaniom w populacji ?

☐zdecydowanie tak

☐raczej tak

☐trudno powiedzieć

☐raczej nie

☐zdecydowanie nie

7.Inne uwagi

……

……

……

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety. Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości usług oraz najwyższego komfortu naszym pacjentom. Jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

Załącznik nr 3 do umowy

SPRAWOZDANIE REALIZATORA Z PRZEPROWADZONYCH DZIAŁAŃ (WZÓR)

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