

## ZARZĄD POWIATU RADOMSKIEGO

ogłasza

**konkurs ofert na wybór realizatora zadania - programu polityki zdrowotnej pn.  
„Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu  
zapaleniu mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026”**

### I. Przedmiot konkursu

1. Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora zadania - programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026”.
2. Zadanie w szczególności obejmuje:
  - a) przeprowadzenie 2 otwartych spotkań informacyjno-edukacyjnych (nt. miejsc bytowania kleszczy, dróg szerzenia KZM, objawów zakażenia i powikłań oraz profilaktyki - sposoby unikania ukąszenia przez kleszcza, odpowiednia odzież, stosowanie repelentów, dokładne sprawdzanie ciała po wizycie w miejscach bytowania kleszczy, poprawna metoda usunięcia kleszcza ze skóry i pierwsze objawy, mogące wskazywać na zakażenie),
  - b) przeprowadzenie kampanii edukacyjnej za pośrednictwem:
    - plakatów w urzędach miast i gmin, zakładach opieki zdrowotnej, kościołach oraz na tablicach informacyjnych,
    - strony internetowej i portalu społecznościowego Powiatu Radomskiego oraz realizatora – wyłonionego w drodze konkursu,
    - ulotek edukacyjnych dotyczących profilaktyki i leczenia kleszczowego zapalenia mózgu, kwalifikację uczestników, sporządzenie listy osób do zaszczepienia w danym roku,
  - c) przeprowadzenie akcji szczepień przeciwko KZM (3 dawkami szczepionki),
  - d) przygotowanie i przeprowadzenie pre-testu i post-testu określającego poziom wiedzy na temat działań profilaktycznych przeciwko KZM,
  - e) przygotowanie i przeprowadzenie ankiety satysfakcji uczestnika i zgłaszania uwag do organizatora programu,
  - f) rozliczenie wydatkowanych środków,
  - g) prowadzenie odrębnego rejestru uczestników i dokumentacji medycznej związanej z realizacją zadania,
  - h) sporządzenie sprawozdania końcowego z realizacji zadania wraz z opisem wyników (ewaluacja).
3. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania reguluje umowa zawarta pomiędzy Powiatem Radomskim a oferentem.
4. Na realizację zadania - programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026” przeznaczono środki finansowe:
  - w 2024 roku - w wysokości 6.000,00 zł (słownie złotych: sześć tysięcy 00/100),
  - w 2025 roku - w wysokości 59.332,00 zł (słownie złotych: pięćdziesiąt dziewięć tysięcy trzysta trzydzieści dwa 00/100),
  - w 2026 roku - w wysokości 34.668,00 zł (słownie złotych: trzydzieści cztery tysiące sześćset sześćdziesiąt osiem 00/100).

### II. Podmioty uprawnione do udziału w konkursie

Oferty na realizację Programu mogą składać podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne (mające siedzibę na terenie Powiatu Radomskiego), zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 799).

W otwartym konkursie ofert mogą wziąć udział świadczeniodawcy określeni w art. 5 pkt. 41 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz.107), którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

### III. Wymagania stawiane oferentom

1. Dotyczące personelu - lekarz przeprowadzający badanie lekarskie, pielęgniarka/personel medyczny wykonujący szczepienie oraz koordynator i prelegenci przeprowadzający spotkania i kampanię informacyjno-edukacyjną - posiadający potwierdzone dokumentami kwalifikacje zawodowe.
2. Lokal z wyposażeniem oraz wymogi określone obowiązującymi przepisami prawa, niezbędne do realizacji zadania.
3. Zadanie winno być zrealizowane z najwyższą starannością, zgodnie z zawartą umową oraz obowiązującymi standardami i przepisami w zakresie opisanym w ofercie.

### IV. Termin i warunki składania ofert

1. Warunkiem przystąpienia do konkursu jest złożenie **w terminie do dnia 28 października 2024 r. do godz. 11.00** pisemnej oferty wraz z wymaganymi załącznikami w jeden z niżej wymienionych sposobów:
  - a) osobiście w godzinach: poniedziałek 8.00-16.00, wtorek-czwartek 7.30-15.30, piątek 7.00-15.00, w Kancelarii Starostwa Powiatowego w Radomiu pok. nr 21 (parter), ul. Tadeusza Mazowieckiego 7,
  - b) za pośrednictwem poczty lub poczty kurierskiej na adres Kancelarii Starostwa Powiatowego w Radomiu pok. nr 21 (parter), ul. Tadeusza Mazowieckiego 7.O zachowaniu terminu złożenia oferty decyduje data wpływu do Starostwa Powiatowego w Radomiu.
2. Czytelnie wypełniona oferta musi być zgodna ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia.
3. Oferta winna być opatrzona pieczętą oferenta oraz pieczętą imienną i podpisem osób upoważnionych do składania oświadczeń woli (w przypadku braku pieczętą czytelnym podpisem z podaniem funkcji), złożona wraz z wymaganymi załącznikami w 1 egzemplarzu, w zamkniętej kopercie z dopiskiem: **„Oferta na konkurs na wybór realizatora zadania - programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026””**.
4. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól formularza ofertowego.
5. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
6. Oferta powinna być sporządzona pod rygorem nieważności, w języku polskim, przejrzysto i czytelnie.
7. Ewentualne poprawki w treści oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.

### V. Do oferty należy dołączyć

1. Oświadczenia (załącznik do nr 2 do ogłoszenia):
  - a) Oświadczenie, że oferent zapoznał się z treścią ogłoszenia oraz warunkami dotyczącymi przedmiotu konkursu ofert,
  - b) Oświadczenie, że świadczenia realizowane w ramach zadania nie będą refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
  - c) Oświadczenie, że oferent posiada odpowiednie warunki lokalowe oraz wyposażenie niezbędne do realizacji zadania, a wykonawcy udokumentowane uprawnienia do realizacji zadania,
  - d) Oświadczenie, że oferent nie zalega z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
2. Dokumenty stosownie do statusu prawnego podmiotu:
  - a) kopia aktualnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wystawiona przez właściwy organ,
  - b) kopia aktualnego odpisu/wyciągu z Krajowego Rejestru Sądowego lub wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
  - c) kopia aktualnego statutu podmiotu leczniczego,
  - d) kopia polisy OC.
3. Dokumenty stanowiące załączniki do oferty oraz wymienione w ofercie, winne być opisane i opatrzone kolejnym numerem (w prawym górnym rogu: załącznik nr ...).
4. Dokumenty powinny być przedstawione w kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta, ze wskazaniem daty poświadczenia zgodności z oryginałem oraz czytelnym podpisem (pełnym imieniem i nazwiskiem), z podaniem funkcji lub podpisem opatrzonym imienną pieczętą.
5. Dokumenty powinny być spięte w jedną całość.

## **VI. Czas wykonania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert**

Zarząd Powiatu Radomskiego oczekuje ofert, w których oferent zadeklaruje realizację zadania w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 31 października 2026 r.

## **VII. Zasady i kryteria rozpatrzenia ofert**

1. Tryb oceny ofert: I etap – ocena formalna, II etap – ocena merytoryczna.
2. Przy wyborze oferty będą brane pod uwagę następujące kryteria:

Lp.	Kryterium	Maksymalna liczba punktów
1	Cena oferowanych świadczeń zdrowotnych oraz kalkulacja kosztów związanych z realizacją zadania	20
2	Kwalifikacje personelu	10
3	Doświadczenie oferenta w realizacji tego typu świadczeń zdrowotnych	10

3. Wartość merytoryczna - decyduje łączna liczba przyznanych punktów.
4. Konkurs zostanie rozstrzygnięty także w przypadku, gdy wpłynie tylko jedna oferta spełniająca wymogi formalne.

## **VIII. Tryb wyboru ofert**

1. Postępowanie konkursowe prowadzone będzie przez Komisję Konkursową powołaną przez Zarząd Powiatu Radomskiego.
2. Termin wyboru oferty nastąpi z chwilą opublikowania Uchwały Zarządu Powiatu Radomskiego w sprawie rozstrzygnięcia konkursu ofert (na podstawie rekomendacji Komisji konkursowej powołanej).
3. Decyzja Zarządu Powiatu Radomskiego w sprawie wyboru oferty oraz przyznanego dofinansowania jest ostateczna i nie stosuje się do niej trybu odwoławczego.
4. Decyzja Zarządu Powiatu Radomskiego stanowi podstawę do zawarcia umowy z oferentem, którego oferta została wyłoniona w postępowaniu konkursowym.

## **IX. Odrzuceniu w szczególności podlegają oferty**

1. Złożone po terminie.
2. Złożone na drukach innych niż wskazanych w niniejszym ogłoszeniu.
3. Niespełniające wymogów zawartych w części IV pkt 3 niniejszego ogłoszenia odnoszącego się do sposobu oznaczania koperty.
4. Niekompletne (brak załącznika).
5. Dotyczące zadania niezgodnego z ogłoszeniem konkursowym.

## **X. Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu ofert**

1. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie 10 dni od dnia określonego dla złożenia ofert.
2. Ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu dokona Zarząd Powiatu Radomskiego w formie uchwały.  
Wyniki konkursu wywieszane zostaną na:
  - a) w Biuletynie Informacji Publicznej Starostwa Powiatowego w Radomiu: [www.spradom.finn.pl](http://www.spradom.finn.pl),
  - b) na tablicy ogłoszeń Starostwa Powiatowego w Radomiu,
  - c) na stronie internetowej: [www.powiatradomski.pl](http://www.powiatradomski.pl).

## **IX. Ogłoszenie zawiera załączniki**

1. Załącznik Nr 1 – wzór formularza ofertowego,
2. Załącznik Nr 2 – oświadczenia,
3. Załącznik Nr 3 – wzór umowy,
4. Załącznik Nr 4 – wzór sprawozdania merytoryczno-finansowego.

## **XII. Postanowienia końcowe**

1. Zarząd Powiatu Radomskiego zastrzega sobie prawo do negocjowania warunków i kosztów realizacji zadania.
2. Zarząd Powiatu Radomskiego zastrzega sobie prawo unieważnienia konkursu w części lub w całości bez podania przyczyn oraz do przesunięcia terminu składania ofert.

Dodatkowe informacje dotyczące przedmiotu konkursu można uzyskać pod numerem telefonu: (48) 381-50-83 w godzinach: poniedziałek 8.00-16.00, wtorek-czwartek 7.30-15.30, piątek 7.00-15.00. Z treścią zadania - programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026” oferenci mogą zapoznać się w pok.233 w Wydziale Zdrowia i Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego w Radomiu – w Referacie ds. Ochrony Zdrowia przy ul. Mazowieckiego 7 w godzinach: poniedziałek 8.00-16.00, wtorek-czwartek 7.30-15.30, piątek 7.00-15.00.

PRZEWODNICZĄCY  
ZARZĄDU POWIATU

Waldemar Trzela

.....  
Pieczęć firmowa Oferenta

## WZÓR FORMULARZA OFERTOWEGO

### OFERTA

realizacji w latach 2024-2026 programu polityki zdrowotnej pn.  
„Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu  
mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026”

#### I. Dane o ofercie

##### 1. Dane dotyczące składającego ofertę

Pełna nazwa oferenta:	
Numer NIP:	Numer REGON:
Numer wpisu do KRS lub innego rejestru/ewidencji:	

##### 2. Forma organizacyjna

--

##### 3. Dokładny adres

miejsowość:	ulica:
kod pocztowy:	poczta:
nr telefonu:	e-mail:
www:	skrzynka ePUAP:

##### 6. Nazwa banku i numer rachunku

--

##### 7. Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (numer polisy oraz data ważności od ..... do .....)

--

##### 8. Imię i nazwisko, nr telefonu i adres email osób upoważnionych, do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta z upoważnieniem do zawierania umów cywilnoprawnych

--

##### 9. Imię i nazwisko, nr telefonu i adres email osoby odpowiedzialnej za realizację programu

--

##### 10. Imię i nazwisko, nr telefonu i adres email głównego księgowego lub osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu

--

## II. Informacje o sposobie realizacji zadania

1. Kwalifikacje personelu (z wyszczególnieniem liczby osób oraz posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi)

2. Miejsce realizacji zadania (dokładny adres)

3. Sposób podania do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń informacji o sposobie zgłaszania się, organizacji udzielania świadczeń, dniach i godzinach udzielania świadczeń

4. Opis warunków lokalowych oraz wyposażenia posiadanych przez Oferenta

5. Dotychczasowe doświadczenie Oferenta, w zakresie którego dotyczy zadanie

6. Termin realizacji zadania

7. Harmonogram realizacji zadania (z podziałem na poszczególne lata)

8. Zakładane rezultaty realizacji zadania

## III. Koszty realizacji zadania

1. Proponowana kwota należności za realizację zadania (z podziałem na poszczególne lata)

Lp.	Rodzaj kosztów związanych z realizacją zadania	Ilość jednostek (szt.)	Koszt jednostkowy brutto (zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity brutto (zł)
Razem					

Oświadczam(-my), że:

1. Zadanie będące przedmiotem konkursu w całości mieści się w zakresie działalności Oferenta.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym Oferenta.

.....  
(data i podpis osoby upoważnionej)

Uwaga! Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego

**OŚWIADCZENIA OFERENTA**

Treść	data, czytelny podpis
Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia oraz warunkami dotyczącymi przedmiotu konkursu ofert.	
Oświadczam, że świadczenia realizowane w ramach zadania nie będą refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.	
Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe oraz wyposażenie niezbędne do realizacji zadania, a wykonawcy udokumentowane uprawnienia do realizacji zadania.	
Oświadczam, że nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.	

## WZÓR UMOWY

### UMOWA na realizację programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026”

zawarta w dniu 2024 r. w Radomiu, między:

#### **Powiatem Radomskim**

z siedzibą w Radomiu, ul. Tadeusza Mazowieckiego 7, 26-600 Radom,  
NIP: 948-260-42-08, REGON: 670223110,

reprezentowanym przez: Zarząd Powiatu Radomskiego w osobach:

1. Waldemar Trelka - Przewodniczący Zarządu Powiatu
2. Rafał Czajkowski - Sekretarz Powiatu - działający na podstawie upoważnienia udzielonego uchwałą Nr 77/2019 Zarządu Powiatu Radomskiego z dnia 30 kwietnia 2019 r.

zwanym dalej „Powiatem”

a

#### **Nazwa Realizatora**

z siedzibą w ....., ul. ....,

wpisana/ym do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem ...../Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,

NIP: ....., REGON: .....,

reprezentowaną/ym przez:

.....

zwaną/ym dalej „Realizatorem”.

Na podstawie art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.) i art. 48 i 48 b i c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.), w wyniku rozstrzygniętego w dniu ..... 2024 r. konkursu ofert na wybór realizatora w latach 2024-2026 programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026” strony niniejszej Umowy ustalają, co następuje:

#### § 1

1. Realizator zobowiązuje się na podstawie niniejszej Umowy do udzielania świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców Powiatu Radomskiego realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026”, finansowanego ze środków finansowych Powiatu Radomskiego, zgodnie z warunkami konkursu i ofertą z dnia ..... 2024 r., które stanowią integralną część Umowy (Załącznik nr 1).
2. Świadczenia zdrowotne udzielane na podstawie Umowy, Realizator wykonywać będzie przez personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Realizator zobowiązany jest do dołożenia należytej staranności przy wyborze osób, które w jego imieniu będą udzielać świadczeń zdrowotnych, objętych przedmiotem Umowy.
3. Realizator oświadcza, że wszystkie pomieszczenia, w których będzie udzielał świadczeń zdrowotnych spełniają wymagania sanitarno-epidemiologiczne, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

#### § 2

Realizator zobowiązuje się do przeprowadzenia wszystkich działań zawartych w programie polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026”, przyjętym Uchwałą Rady Powiatu nr 62/VI/2024 z dnia 4 października 2024 r., który jest integralną częścią niniejszej Umowy i stanowi Załącznik nr 2.

#### § 3

Umowa realizowana będzie w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 31 października 2026 r.



#### § 4

1. Całkowity przewidywany koszt realizacji programu, o którym mowa w § 1 Umowy wynosi ..... zł, w tym:
  - w roku 2024 - kwota ..... zł,
  - w roku 2025 - kwota ..... zł,
  - w roku 2026 - kwota ..... zł.
2. Powiat oświadcza, iż na realizację programu w roku 2024, o którym mowa w § 1 Umowy, przyznał Realizatorowi dotację w wysokości .....zł (słownie złotych: .....), zapisaną w budżecie powiatu na 2024 rok w dziale 851 - ochrona zdrowia, rozdziale 85149 – programy polityki zdrowotnej, § 2780 - dotacja celowa przekazana z budżetu jednostki samorządu terytorialnego na dofinansowanie realizacji zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej.
3. Powiat oświadcza, że na realizację programu, o którym mowa w § 1 przyznał Realizatorowi dotacje:
  - na rok 2025 - w kwocie .....zł (słownie złotych: .....),
  - na rok 2026 - w kwocie .....zł (słownie złotych: .....),zapisane w Wieloletniej Prognozie Finansowej Powiatu Radomskiego.
4. Realizator zobowiązuje się uzyskaną kwotę dotacji przeznaczyć w całości na realizację programu, o którym mowa w § 1 umowy.
5. Realizacja programu, o którym mowa w § 1 umowy, nastąpi:
  - w roku 2024 do dnia 10 grudnia 2024 r., a dofinansowaniu podlega realizacja programu od dnia przekazania dotacji do dnia 10 grudnia 2024 r.,
  - w roku 2025 do dnia 30 listopada 2025 r., a dofinansowaniu podlega realizacja programu od dnia przekazania dotacji do dnia 30 listopada 2025 r.,
  - w roku 2026 do dnia 31 października 2026 r., a dofinansowaniu podlega realizacja programu od dnia przekazania dotacji do dnia 31 października 2026 r.
6. Dotacja na realizację programu w roku 2024 zostanie przekazana Realizatorowi w terminie 14 dni od daty podpisania umowy, na realizację programu w roku 2025 w terminie do 31 stycznia 2025 r., a na realizację programu w roku 2026 w terminie do 31 stycznia 2026 r., na rachunek bankowy Realizatora: .....
7. Realizator oświadcza, że dotacja, o której mowa w § 4 ust. 2 umowy, zostanie wykorzystana do dnia 10 grudnia 2024 r. Kwotę dotacji niewykorzystanej w terminie Realizator jest zobowiązany zwrócić do dnia 17 grudnia 2024 r. na rachunek bankowy wskazany przez Powiat.
8. Realizator oświadcza, że dotacje, o których mowa w § 4 ust. 3 umowy, zostaną wykorzystane odpowiednio do dnia 30 listopada 2025 r. i do dnia 31 października 2026 r. Kwoty dotacji niewykorzystanych w terminie Realizator jest zobowiązany zwrócić do dnia 15 grudnia 2025 r. i do dnia 15 listopada 2026 r., na rachunek bankowy wskazany przez Powiat.
9. Wykorzystanie dotacji następuje przez zapłatę za zrealizowane zadanie. Od niewykorzystanej dotacji zwróconej po terminie, o którym mowa w ust. 7 i ust. 8 naliczane są odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych i podlegają zwrotowi na rachunek bankowy Powiatu. Odsetki nalicza się, poczynawszy od dnia następującego po dniu, w którym upłynął termin zwrotu niewykorzystanej dotacji.
10. Dotacja pobrana nienależnie lub w nadmiernej wysokości podlega zwrotowi na rachunek bankowy Powiatu w ciągu 15 dni od stwierdzenia ww. okoliczności. Od kwoty pobranej nienależnie lub w nadmiernej wysokości nalicza się odsetki określone w ust. 9 poczynawszy od dnia następującego po terminie zwrotu.
11. Realizator w terminie 14 dni od wykorzystania dotacji przyznanej na realizację programu w roku 2024 r. i 2025 r. przedstawi Powiatowi częściowe rozliczenie finansowe realizacji programu wskazanego w § 1 umowy, zgodnie z zapisami zawartymi w Załączniku nr 1a do niniejszej Umowy wraz z rozliczeniem Realizator przedstawi Powiatowi wszelkie dokumenty stwierdzające poniesione koszty realizacji programu, w szczególności faktury zawierające opis źródła finansowania, dowody zapłaty.
12. Realizator w terminie 14 dni od wykorzystania dotacji przyznanej na realizację programu w roku 2026 r. przedstawi Powiatowi szczegółowe rozliczenie finansowe realizacji programu, wskazanego w § 1 umowy, zgodnie z zapisami zawartymi w Załączniku nr 1a do niniejszej Umowy wraz z rozliczeniem Realizator przedstawi Powiatowi wszelkie dokumenty stwierdzające poniesione koszty realizacji programu, w szczególności faktury zawierające opis źródła finansowania, dowody zapłaty.
13. Na żądanie Powiatu Realizator obowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od zgłoszenia, udzielić dodatkowych informacji i pisemnych wyjaśnień oraz przedstawić dodatkowe dokumenty w celu wyjaśnienia nieścisłości związanych z realizacją programu, wskazanego w § 1 umowy oraz poniesionymi kosztami.
14. W razie niewykorzystania dotacji zgodnie z jej przeznaczeniem w tym też wykorzystania dotacji niezgodnie z przeznaczeniem określonym w niniejszej umowie, kwota udzielonej dotacji podlega zwrotowi wraz z odsetkami w wysokości przewidzianej dla zaległości podatkowych, za okres od dnia jej przekazania. Realizator obowiązany jest do zwrotu dotacji także w razie nieudzielenia informacji lub wyjaśnień albo nieudostępnienia dokumentów o których mowa w ustępie § 4 ust. 12 Umowy w terminie 7 dni od daty wystąpienia z takim żądaniem przez Powiat.

## § 5

1. Realizator oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
2. Realizator oświadcza, że w przypadku, gdy termin obowiązywania polisy, o której mowa w ust. 1 jest krótszy niż termin obowiązywania umowy przedłuży okres ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co najmniej do końca obowiązywania umowy.
3. Za szkody powstałe w związku z realizacją Umowy odpowiedzialność ponosi Realizator.

## § 6

1. Realizator zobowiązany jest do poddania się kontroli dotyczącej sposobu realizacji Umowy, przez cały okres jej trwania, prowadzonej przez przedstawicieli Powiatu, w szczególności w zakresie dostępności, terminowości i jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach programu oraz organizacji ich udzielania.
2. Realizator zobowiązuje się do niezwłocznego wykonania wszelkich zaleceń pokontrolnych po przeprowadzonej kontroli, o której mowa w ust. 1, wydanych w formie pisemnej.
3. W razie niewykonania lub wykonania Umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie Realizatora, zobowiązany on będzie do zapłacenia Powiatowi kar umownych w następującej wysokości:
  - 1) 0,1 % kwoty ..... zł, za każde stwierdzone jednostkowe naruszenie, w przypadku:
    - a) udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające stosownych kwalifikacji i uprawnień do ich udzielania w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
    - b) nieudzielania świadczeń zdrowotnych w określonym czasie ustalonym w niniejszej umowie;
    - c) obciążania pacjentów kosztami świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Umowy lub kosztami produktów leczniczych i wyrobów medycznych, służących do ich udzielenia;
    - d) niezrealizowania zaleceń pokontrolnych lub udaremniania kontroli realizacji Umowy;
    - e) niezasadnionej odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Umowy;
    - f) przedstawienia przez Realizatora danych dotyczących zrealizowanych świadczeń zdrowotnych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Powiat dokonał płatności nienależnych środków finansowych.
  - 2) 0,2 % kwoty ..... zł, za każde stwierdzone jednostkowe naruszenie, w przypadku:
    - a) niepodania do wiadomości Powiatu zmian w zasadach organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, objętych przedmiotem Umowy;
    - b) udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób i w warunkach nie odpowiadających wymogom określonym w Umowie.
  - 3) 10 % kwoty ..... zł, w przypadkach o których mowa w § 6 ust. 4 i § 8 Umowy.
4. Powiat może rozwiązać Umowę za 14-dniowym okresem wypowiedzenia w przypadku stwierdzenia rażących nieprawidłowości w jej realizacji, stwierdzonych na podstawie wyników kontroli, o której mowa w § 6 ust. 1 Umowy.
5. Realizator zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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).

## § 7

W przypadku zaistnienia szkody, której wysokość przekracza karę umowną, Powiat będzie mógł żądać odszkodowania uzupełniającego do wysokości rzeczywistej szkody.

## § 8

Powiat zastrzega sobie prawo do natychmiastowego rozwiązania Umowy bez zachowania terminu wypowiedzenia, w przypadku stwierdzenia rażącego naruszenia jej istotnych postanowień przez Realizatora, a w szczególności: stwierdzenia w trakcie kontroli braku umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o której mowa w § 5 ust. 1 Umowy.

## § 9

W sprawach nie uregulowanych niniejszą Umową stosuje się przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.) wraz z przepisami wykonawczymi oraz przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1610 ze zm.).

## § 10

Wszystkie zmiany Umowy wymagają dla swojej ważności zachowania formy pisemnej w postaci Aneksu do Umowy.

### § 11

Ewentualne spory powstałe w związku z zawarciem i wykonywaniem niniejszej umowy Strony będą starały się rozstrzygać polubownie. W przypadku braku porozumienia spór rozstrzygany będzie przed sądem właściwym dla siedziby Powiatu.

### § 12

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Powiatu i jeden dla Realizatora.

Powiat:

Realizator:

#### ZALĄCZNIKI:

1. Oferta realizacji zadania.
- 1a. Wzór sprawozdania częściowego/końcowego merytoryczno-finansowego
2. Uchwała Nr 62/VI/2024 Rady Powiatu w Radomiu z dnia 4 października 2024 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026”.
3. Klauzula informacyjna.

## KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starostwo Powiatowe w Radomiu, z siedzibą przy ul. Mazowieckiego 7 w Radomiu, tel. (48) 36-55-801 wew.181, adres e-mail: powiat@radompowiat.pl.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: Starostwo Powiatowe w Radomiu, ul. Mazowieckiego 7 pok. 124, tel. (48) 36-55-801 wew. 181; e-mail: bkubik@spradom.eu.
3. Zbierane dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i e zgodnie z ogólnym Rozporządzeniem 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 (RODO) w celu realizacji przez Starostwo Powiatowe w Radomiu obowiązków wynikających z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.) oraz warunków otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026”.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko instytucje uprawnione na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane nie dłużej, niż wynika to z przepisów prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną (okres archiwizacji ustawa o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach).
6. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora:
  - dostępu do treści swoich danych,
  - możliwość ich sprostowania,
  - usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
  - przenoszenia i wniesienia sprzeciwu (o ile nie spowoduje to ograniczenia lub uniemożliwienia realizacji ustawowych zadań Urzędu).
7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Jeżeli dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody art.6 ust.1 lit. a, może ją Pani/Pan w dowolnym momencie wycofać, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Prawa, które Pani/Panu nie przysługują:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
  - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, jeśli podstawą przetwarzania jest również art. 6 ust. 1 lit. b RODO.
10. Pani/Pana dane osobowe nie są i nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 RODO.

.....  
Pieczęć firmowa Oferenta**WZÓR SPRAWOZDANIA MERYTORYCZNO-FINANSOWEGO****SPRAWOZDANIE  
CZĘŚCIOWE/KOŃCOWE\* MERYTORYCZNO-FINANSOWE****realizacji w latach 2024-2026 programu polityki zdrowotnej pn.  
„Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko  
kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026”****I. Ocena merytoryczna zadania**

## 1. Nazwa podmiotu realizującego zadanie

Pełna nazwa oferenta:	
Numer NIP:	Numer REGON:

## 2. Dokładny adres podmiotu realizującego zadanie

miejsowość:	ulica:
kod pocztowy:	poczta:
nr telefonu:	e-mail:
www:	skrzynka ePUAP:

## 3. Imię i nazwisko, nr telefonu i adres email osoby odpowiedzialnej za realizację programu

--

## 4. Czas realizacji zadania (data rozpoczęcia, data zakończenia)

--

## 5. Charakterystyka populacji objętej zadaniem

--

## 6. Opis przebiegu realizacji zadania

--

## 7. Liczba osób, która skorzystała ze świadczeń zdrowotnych w ramach zadania

--

## 8. Wyniki z realizacji zadania (np. na podstawie pre i post-testów oraz ankiet): ocena efektów

--

## II. Rozliczenie finansowe zadania

Zestawienie faktur (rachunków)

Tabela 1 – Koszty dotyczące wynagrodzenia realizatora programu

Lp.	Numer pozycji kosztorysu	Nazwa kosztu	Kwota kosztów poniesionych w programie	Data i sposób zapłaty
RAZEM				

Tabela 2 – Koszty poniesione w programie z pominięciem wynagrodzenia realizatora programu

Lp.	Nr dokumentu księgowego	Numer pozycji kosztorysu	Data wystawienia dokumentu księgowego	Nazwa kosztu	Kwota (zł) ogółem	Kwota kosztów poniesionych w programie	Data i sposób zapłaty
RAZEM							

Kwota kosztów poniesionych w programie (suma tabela 1 i tabela 2): ..... zł

Uwagi:

--

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis osoby upoważnionej

\* niewłaściwe skreślić