

**ZARZĄDZENIE NR WA.0050.320.2020**  
**BURMISTRZA MIASTA ŻARY**

z dnia 17 grudnia 2020 r.

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora "Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż."**

Na podstawie art. 48 oraz art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 1493, 1578, 1875 i 2112), w związku z Uchwałą Nr XLVI/85/18 Rady Miejskiej w Żarach z dnia 24 sierpnia 2018 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji zarządza się, co następuje:

**§ 1. Ogłasza się konkurs ofert na wybór realizatora „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.”** stanowiący załącznik nr 1 do zarządzenia.

**§ 2.** Wykonanie zarządzenia powierza się Naczelnikowi Wydziału Spraw Społecznych.

**§ 3.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

z up. Burmistrza  
Z-ca Burmistrza

/-/ **Olaf Napiórkowski**

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr WA.0050.320.2020

Burmistrza Miasta Żary

z dnia 17 grudnia 2020 r.

**BURMISTRZ MIASTA ŻARY**  
**OGŁASZA OTWARTY KONKURS OFERT**  
**NA WYBÓR REALIZATORA „PROGRAM REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ŻARY**  
**O STATUSIE MIEJSKIM W WIEKU POWYŻEJ 65 r.ż. I PONIŻEJ 18 r.ż.”**

działając na podstawie art. 48 b ust. 1, ust. 2 oraz ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.) oraz Uchwały Nr XLVI/85/18 Rady Miejskiej w Żarach z dnia 24 sierpnia 2018 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej

**OGŁASZA OTWARTY KONKURS OFERT**  
**NA WYBÓR REALIZATORA „PROGRAM REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ŻARY**  
**O STATUSIE MIEJSKIM W WIEKU POWYŻEJ 65 r.ż. I PONIŻEJ 18 r.ż.”**

**I. PRZEDMIOT KONKURSU**

Przedmiotem konkursu jest wybór podmiotu, który zorganizuje i przeprowadzi w 2021 r. program polityki zdrowotnej p.n.: „**Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.**” stanowiący załącznik do wyżej wymienionej uchwały Rady Miejskiej. Świadczenia rehabilitacyjne w ramach programu prowadzone będą w warunkach ambulatoryjnych.

**II. ADRESACI KONKURSU:**

Konkurs adresowany jest do **podmiotów leczniczych** w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) zwanych dalej „oferentami”, spełniających następujące wymagania:

- 1) dysponują specjalistyczną kadrą posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania wskazanych w poniższym katalogu świadczeń rehabilitacyjnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach prawa – zabiegi mają się odbywać pod nadzorem co najmniej magistra fizjoterapii;
- 2) dysponują lokalem, w którym świadczone będą usługi w zakresie rehabilitacji leczniczej, położonym na terenie miasta Żary spełniającym warunki określone w przepisach prawa;
- 3) dysponują specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną do wykonywania zawartych w poniższym katalogu świadczeń zgodnym z wymaganiami określonymi w przepisach prawa, posiadającym aktualne przeglądy techniczne;
- 4) posiadają aktualną polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności leczniczej podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 5) zapewnią mieszkańcom Żar dostępności do świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, tj.: świadczenia mają się odbywać w dni powszednie od poniedziałku do piątku według harmonogramu zaproponowanego przez realizatora.

**III. BENEFICJENCI ŚWIADCZEŃ:**

Beneficjentami świadczeń są osoby w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż. zamieszkałe na terenie miasta Żary, tj. zameldowane w Żarach na pobyt stały lub czasowy, które uzyskały skierowanie od lekarza opieki zdrowotnej, posiadające dolegliwości ze strony narządu ruchu, tj. chorujących m.in. na choroby układu mięśniowo - szkieletowego i tkanki łącznej (klasyfikacja M00 – M99 wg ICD 10) oraz pozostałe choroby pogłębiające dysfunkcję ruchowe.

**IV. WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW PUBLICZNYCH** przeznaczonych na realizację programu:

1. W 2021r. wysokość środków publicznych przeznaczonych na realizację zadania wynosi **120 000,00 zł brutto** (słownie: sto dwadzieścia tysięcy złotych 00/100 brutto).

2. Rehabilitacja będzie prowadzona według kolejności zgłoszeń do wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację tego zadania.

3. Burmistrz Miasta Żary zastrzega sobie prawo do nierozdysponowania wszystkich środków przewidzianych w ogłoszeniu o konkursie.

#### **V. TERMIN REALIZACJI ZADANIA:**

1. Rozpoczęcie realizacji programu nastąpi w terminie od dnia podpisania umowy.
2. Zakończenie realizacji programu nastąpi do 30 listopada 2021r.

#### **VI. PRZEDMIOTOWY ZAKRES REALIZACJI ZADANIA\*:**

- 1) zarejestrowanie pacjenta ze stosownym skierowaniem od lekarza opieki zdrowotnej, tj. lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (nie będą honorowane skierowania tzw. „prywatne”) oraz dokonanie stosownej adnotacji na skierowaniu;
- 2) uzyskanie od beneficjentów świadczeń pisemnej zgody na uczestnictwo w programie wraz z pisemnym oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przekazanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji programu (wg załącznika nr 1 i 2 do projektu umowy);
- 3) **zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego zgodnie z zakresem zawartym w poniższym katalogu zabiegów fizjoterapeutycznych, które zrealizuje cel skierowania na rehabilitację i jest z nim zgodne;**
- 4) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich wraz z częścią edukacyjną dostosowaną do beneficjenta świadczeń wymagającego samodzielnego i systematycznego wykonywania ćwiczeń;
- 5) informowanie beneficjenta świadczeń o dalszych zleceniach rehabilitacyjnych;
- 6) przeprowadzenie wśród beneficjentów świadczeń ankiety oceniającej stan zdrowia przed wykonaniem świadczeń rehabilitacyjnych i po ich zakończeniu oraz oceniającej jakość świadczonych usług po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego (wg załącznika nr 3 do projektu umowy)
- 7) utylizacja zużytych materiałów wykorzystanych przy wykonywaniu świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 8) prowadzenie w formie papierowej dla indywidualnego beneficjenta rejestru wykonywanych w ramach skierowań świadczeń potwierdzonych ich wykonanie podpisem beneficjenta;
- 9) sporządzania co miesięcznych rozliczeń wykonywanych świadczeń (wg załącznika nr 4 do projektu umowy) stanowiących załącznik do faktur częściowych;
- 10) sporządzenie i złożenie na żądanie Organizatora informacji na temat realizacji zadania;
- 11) inne ważne czynności niezbędne dla realizacji programu.

**\* przy opracowaniu oferty należy uwzględnić do realizacji wszystkie ww. przedsięwzięcia**

#### **Katalog wymaganych zabiegów fizjoterapeutycznych:**

Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego (rodzaj zabiegu)	Jednostka rozliczeniowa	Waga punktowa produktu rozliczeniowego w warunkach ambulatoryjnych
073	Indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia wg metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) nie mniej niż 30 min.	punkt	25

075	Ćwiczenia wspomagane	punkt	8
067	Pionizacja	punkt	8
068	Ćwiczenia czynne w dociążeniu i czynne w odciążeniu z oporem	punkt	6
069	Ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem	punkt	6
070	Ćwiczenia izometryczne	punkt	6
013	Nauka czynności lokomocji	punkt	8
015	Wyciągi	punkt	7
016	Inne formy usprawniania (kinezyterapia)	punkt	5
019	Masaż suchy – częściowy – min. 20 min. na 1 pacjenta w tym 15 min. czynnego masażu	punkt	10
065	Masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	punkt	12
066	Masaż limfatyczny mechaniczny – leczniczy	punkt	6
024	Galwanizacja	punkt	4
025	Jonoforeza	punkt	5
028	Elektrostymulacja	punkt	7
030	Prądy diadynamiczne	punkt	4
031	Prądy interferencyjne	punkt	4
032	Prądy TENS	punkt	4
033	Prądy Treaberta	punkt	4
034	Prądy Kotza	punkt	4
035	Ultradźwięki miejscowe	punkt	6
036	Ultrafonoforeza	punkt	7
039	Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	punkt	3
076	Naświetlanie promieniami IR, UV - miejscowe	punkt	3
043	Laseroterapia punktowa	punkt	6
074	Krioterapia miejscowa	punkt	8

## VII. SPOSÓB SKŁADANIA OFERTY:

1. Oferta na realizację zadania powinna zawierać:

- 1) wypełniony **formularz ofertowy, stanowiący załącznik nr 1** do niniejszego ogłoszenia, posiadający:
  - a) opis sposobu realizacji zadania wskazujący dni i godziny, w których będą realizowane świadczenia;
  - b) określenie warunków lokalowych, wskazanie adresu lokalu na terenie miasta Żary, gdzie będą wykonywane świadczenia;
  - c) wskazanie wyposażenia w sprzęt medyczny ze szczególnym uwzględnieniem aparatury i sprzętu do realizacji przedmiotu oferty;
  - d) cenę jednostkową brutto za jeden punkt produktu rozliczeniowego;

2) **dołączone kopie dokumentów, tj.:**

- a) wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) zgodnie z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany,
- b) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzającym m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej działalności i sposób reprezentacji, zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany, jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom,
- c) decyzję w sprawie nadania numeru NIP,
- d) zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON,
- e) polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, ważną w okresie wykonania umowy, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenie, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy.

2. Zaoferowana cena jednostkowa brutto za 1 punkt produktu rozliczeniowego nie będzie podlegała zmianom w trakcie realizacji umowy.

3. Podpis pod ofertą i załącznikami do oferty składa osoba upoważniona do składania w imieniu oferenta oświadczeń woli, zgodnie z KRS lub zgodnie z innym dokumentem potwierdzającym status prawny podmiotu i umocowanie osób go reprezentujących.

4. W formularzu oferty należy wypełnić wszystkie pola czytelnie. W pola, które nie odnoszą się do oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.

5. Załączniki przedkładane w formie kserokopii muszą być uwierzytelnione przez osobę uprawnioną do złożenia oferty.

6. Ofertę należy sporządzić pod rygorem nieważności w języku polskim, w sposób czytelny i przejrzysty.

7. Oferent winien umieścić ofertę wraz z załącznikami w zaklejonej kopercie, która będzie zaadresowana, opieczetowana pieczętą firmową oferenta oraz oznaczona „**OTWARTY KONKURS OFERT NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ŻARY O STATUSIE MIEJSKIM W WIEKU POWYŻEJ 65 r.ż. I PONIŻEJ 18 r.ż.**”

8. Kompletną ofertę należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do dnia 04.01.2021 r. w Biurze Podawczym Urzędu Miejskiego w Żarach, Pl. Rynek 1-5, 68-200 Żary do godz.: 15:30.

9. W przypadku przesłania oferty drogą pocztową o terminie złożenia oferty decyduje data wpływu do Urzędu Miejskiego w Żarach.

10. Oferta złożona na innym formularzu lub po upływie terminu określonego w niniejszym ogłoszeniu nie zostanie rozpatrzona i podlega odrzuceniu.

#### **VIII. TERMIN, TRYB I KRYTERIA ROZPATRYWANIA OFERT:**

1. Otwarcie ofert nastąpi nie później niż w terminie 7 dni od dnia upływu terminu do składania ofert w siedzibie Urzędu Miejskiego w Żarach, pl. Rynek 1-5. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa powołana przez Burmistrza Miasta Żary.

2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi nie później niż w terminie 14 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

3. Z wyłonionym w drodze konkursu świadczeniodawcą zostanie zawarta umowa zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.), której wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia.

4. Konkurs na realizację zadania może zostać przeprowadzony w innym terminie w przypadku nie złożenia ofert lub nie rozstrzygnięcia konkursu.

5. Konkurs zostanie rozstrzygnięty także w przypadku, gdy wpłynie tylko jedna oferta.

6. Burmistrz Miasta Żary ma prawo do odwołania postępowania konkursowego, unieważnienia konkursu, odstąpienia od rozstrzygnięcia konkursu oraz przesunięcia terminu składania i otwarcia ofert bez podania przyczyny.

7. Burmistrz Miasta Żary zastrzega sobie prawo do wyboru więcej niż jednej oferty zwycięskiej w konkursie w związku z koniecznością zapewnienia optymalnych warunków realizacji zadania objętego przedmiotowym konkursem.

8. Termin związania ofertą ustala się na 30 dni od dnia, w którym upłynął termin składania ofert.

9. Burmistrz Miasta Żary dokonuje ostatecznego rozstrzygnięcia konkursu ofert, od którego nie przysługuje odwołanie.

10. Burmistrz Miasta Żary niezwłocznie zawiadomi oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku.

11. Szczegółowe warunki o przedmiocie konkursu, formularz ofertowy i projekt umowy na realizację „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.” dostępne są na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Żarach ( [www.zary.pl](http://www.zary.pl) ), w Biuletynie Informacji Publicznej oraz Wydziale Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Żarach, Pl. Rynek 1-5, tel. 68 470 83 71 oraz tel. 68 470 83 47.

#### **IX. TRYB, KRYTERIA I TERMIN WYBORU OFERTY:**

1. Czynności związane z przeprowadzeniem konkursu i wyłonieniem świadczeniodawcy wykonuje Komisja Konkursowa, powołana Zarządzeniem Burmistrza Miasta Żary, działająca zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym ogłoszeniu.

2. Komisja obraduje na posiedzeniu zamkniętym bez udziału oferentów.

3. Pracami Komisji kieruje Przewodniczący Komisji. W przypadku nieobecności Przewodniczącego pracami komisji kieruje sekretarz Komisji.

4. Posiedzenia Komisji są ważne, jeżeli w posiedzeniu uczestniczy co najmniej ½ jej składu osobowego.

5. Komisja może zasięgnąć opinii specjalistów z danej dziedziny medycyny w sprawach dotyczących przedmiotu konkursu.

6. Członek Komisji podlega wyłączeniu z udziału w pracach Komisji, jeżeli pozostaje w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa lub jest związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z oferentem lub członkami organów zarządzających oferenta, oferent lub członkowie organów zarządzających oferenta pozostają wobec członka Komisji w stosunku nadrzędności służbowej, bądź pozostają w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności członka Komisji.

7. Członkowie Komisji podpisują oświadczenie, że nie zachodzi okoliczność wykluczająca ich z udziału w pracach Komisji zgodnie z warunkami, o których mowa w pkt 6.

8. W sytuacji, o której mowa w pkt 6, Burmistrz Miasta Żary może uzupełnić skład Komisji i powołać do Komisji nowego członka.

9. W ramach swoich prac Komisja:

- a) stwierdza liczbę otrzymanych ofert na realizację przedmiotu konkursu,
- b) dokonuje otwarcia ofert złożonych w terminie,
- c) dokonuje sprawdzenia ofert pod względem spełnienia wymogów formalnych.

10. Komisja odrzuca oferty, złożone po wyznaczonym terminie.

11. Złożone oferty podlegają ocenie formalnej i merytorycznej z odpowiednim zastosowaniem kryteriów zawartych w niniejszym ogłoszeniu.

12. Ocena formalna polega na sprawdzeniu czy:

- a) oferta została złożona w terminie określonym w ogłoszeniu,
- b) oferta została złożona przez uprawniony podmiot,
- c) oferta została złożona na właściwym formularzu,
- d) oferta została podpisana przez osoby uprawnione,
- e) formularz jest prawidłowo wypełniony,
- f) oferta jest zgodna z zakresem zadania ogłoszonym w konkursie,
- g) oferta zawiera wymagane załączniki.

13. Oferta spełniająca wymogi formalne zostanie dopuszczona do dalszego etapu postępowania i poddana ocenie merytorycznej.

14. W przypadku wystąpienia braków, o których mowa w pkt 12 i/lub niejasności co do treści oferty lub załączonych do oferty dokumentów, komisja może wezwać oferenta do uzupełnienia oferty lub złożenia wyjaśnień w wyznaczonym przez siebie terminie.

15. Oferty nie uzupełnione przez Oferenta zgodnie z postanowieniami pkt 14 (złożenie brakujących dokumentów, złożenie wyjaśnień) w wyznaczonym przez Komisję terminie, zostają odrzucone z przyczyn formalnych.

16. Komisja tworzy wykaz ofert spełniających wymogi formalne oraz wykaz ofert, które nie kwalifikują się do konkursu, wraz z podaniem przyczyn.

17. Komisja konkursowa dokonuje oceny merytorycznej mającej na celu wybór najkorzystniejszych ofert na podstawie następujących kryteriów:

a) cena za 1 punkt;

b) dostępność do świadczeń zdrowotnych.

18. Ocena merytoryczna dokonywana jest przez komisję konkursową. Ocenę merytoryczną ustala się przez zsumowanie punktów przydzielonych ofercie za poszczególne kryteria w skali od 1 do 5 przez każdego członka komisji. Średnia arytmetyczna punktów otrzymanych od poszczególnych członków komisji konkursowej stanowi ocenę końcową uzyskaną przez oferenta.

19. Komisja przygotowuje propozycję wyboru ofert lub nie wybrania żadnej z ofert.

20. Z przebiegu posiedzeń Komisja sporządza protokół.

21. Protokół, o którym mowa w pkt 20 sporządza sekretarz Komisji i przedkłada do podpisu wszystkim członkom Komisji obecnym na posiedzeniu.

22. Swoje stanowisko Komisja przedstawia w protokole Burmistrzowi Miasta Żary do zatwierdzenia.

23. W razie, gdy na konkurs ofert zostanie zgłoszona tylko jedna oferta, może zostać wybrana, jeśli spełnia wymagania określone w warunkach konkursu.

24. Burmistrz Miasta Żary niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku.

25. Komisja Konkursowa rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

26. Burmistrz Miasta Żary dokonuje ostatecznego rozstrzygnięcia konkursu ofert, od którego nie przysługuje odwołanie lub zamyka konkurs bez wybrania którejkolwiek z ofert, w tym zamknięcia konkursu z uwagi na brak ofert spełniających wymogi formalne.

27. Po rozstrzygnięciu konkursu z wyłonionym Oferentem/Oferentami Burmistrz Miasta Żary zawiera umowę na realizację programu najpóźniej w terminie 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu.

28. Umowę, o której mowa w ust. 27 zawiera się na czas określony, tj. od dnia podpisania umowy do 30 listopada 2021r.

29. W sytuacji nieprzewidzianych niniejszym ogłoszeniem Komisja podejmuje rozstrzygnięcie zwykłą większością głosów.

Załączniki:

1. Formularz ofertowy.

2. Projekt umowy.

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**na Realizatora „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.”**

(pieczęć oferenta)	Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia)	
<b>I. DANE OFERENTA</b>		
<b>Pełna nazwa oferenta</b>		
<b>Adres siedziby oferenta</b> (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
<b>Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (lub innego właściwego rejestru/ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu)</b>		
<b>Nr NIP oferenta</b>		
<b>Nr REGON oferenta</b>		
<b>Telefon kontaktowy i adres e-mail</b>		
<b>Nazwa banku i numer rachunku bankowego</b>		
<b>Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację zadania</b>		
<b>Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować zadanie</b>		
<b>II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczeń:</b>		
Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Data od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa)	Posiadane specjalizacje i certyfikaty
<b>1.</b>		



2.		
3.		
<b>III. Informacje o warunkach lokalowych oraz sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń zdrowotnych:</b>		
1. Warunki lokalowe zgodne z przepisami obowiązującymi w tym zakresie		
2. Wyposażenie w sprzęt medyczny (aparatura, sprzęt do realizacji świadczeń) zgodny z przepisami obowiązującymi w tym zakresie		
<b>IV. Dostępność do świadczeń zdrowotnych:</b>		
1. Miejsce realizacji świadczeń (dokładny adres, nr tel./fax)		
2. Dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń		
<b>V. Kalkulacja realizacji zadania:</b>		
<b>Cena jednostkowa brutto w zł za 1 punkt produktu rozliczeniowego:</b>		..... zł (słownie:..... .....)

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się i nie wnoszę uwag do ogłoszenia o konkursie ofert oraz projektu umowy;
- 2) spełniam wszystkie wymagania zawarte w ogłoszeniu o konkursie;
- 3) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
- 4) osoby realizujące świadczenia posiadają kwalifikacje wymagane przez Organizatora;
- 5) przez okres realizacji świadczeń zdrowotnych, zobowiązuję się do:
  - a) zatrudnienia przy realizacji świadczeń osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
  - b) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonych w odrębnych przepisach,
  - c) zabezpieczenia specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej do wykonywania świadczeń zgodnych z wymaganiami określonymi z przepisach prawa, posiadających aktualne przeglądy techniczne potwierdzone w paszportach tych urządzeń,
  - d) udzielenia świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
  - e) utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń – przez cały okres realizacji świadczeń oraz niezmnieszenia zakresu ubezpieczenia,
  - f) zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą ( w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń),
  - g) przestrzegania ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 152).

.....

.....

Miejscowość, data

podpis i pieczętą przedstawiiciela/-li

oferenta upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

Do oferty załączono:

1. Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020r. poz. 295 z późn. zm.) zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydane.

2. Kopię odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzający/-e m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji oferenta, zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowane upoważnienia udzielone tym organom.

3. Polisę bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

4. Decyzję w sprawie nadania numeru NIP.

5. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.

**Kopie dokumentów załączone do oferty muszą być uwierzytelnione przez osobę uprawnioną do złożenia oferty.**

**-PROJEKT-**

UMOWA Nr ...../2020

zawarta w dniu ..... w Żarach pomiędzy:

Gminą Żary o statusie miejskim, z siedzibą w Żarach, pl. Rynek 1-5,

reprezentowaną przez:

Burmistrza Miasta Żary - .....

przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy Żary o statusie miejskim - .....

zwaną dalej „**Organizatorem**”

a

.....  
 .....  
 .....

wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego, pod numerem: ....., nr NIP zakładu: ....., nr REGON: ....., reprezentowanym przez:

1. .... -

2. .... -

zwanym dalej „**Realizatorem**”

§ 1. 1. Organizator powierza, a Realizator zobowiązuje się do przeprowadzenia „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.” według warunków określonych szczegółowo w ofercie złożonej przez Realizatora w dniu stanowiącej integralną część umowy oraz w zakresie i na warunkach określonych w niniejszej umowie.

2. Świadczenia prowadzone będą w ..... w (dniach, miesiącach) ..... w godzinach .....

3. Realizator w ramach przedmiotu umowy, o którym mowa w ust. 1 zobowiązuje się do wykonania następującego katalogu świadczeń:

Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego (rodzaj zabiegu)	Jednostka rozliczeniowa	Waga punktowa produktu rozliczeniowego w warunkach ambulatoryjnych
073	Indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia wg metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) nie mniej niż 30 min.	punkt	25
075	Ćwiczenia wspomagane	punkt	8
067	Pionizacja	punkt	8
068	Ćwiczenia czynne w dociążeniu i czynne w odciążeniu z oporem	punkt	6
069	Ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem	punkt	6
070	Ćwiczenia izometryczne	punkt	6

013	Nauka czynności lokomocji	punkt	8
015	Wyciągi	punkt	7
016	Inne formy usprawniania (kinezyterapia)	punkt	5
019	Masaż suchy – częściowy – min. 20 min. na 1 pacjenta w tym 15 min. czynnego masażu	punkt	10
065	Masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	punkt	12
066	Masaż limfatyczny mechaniczny – leczniczy	punkt	6
024	Galwanizacja	punkt	4
025	Jonoforeza	punkt	5
028	Elektrostymulacja	punkt	7
030	Prądy diadynamiczne	punkt	4
031	Prądy interferencyjne	punkt	4
032	Prądy TENS	punkt	4
033	Prądy Treaberta	punkt	4
034	Prądy Kotza	punkt	4
035	Ultradźwięki miejscowe	punkt	6
036	Ultrafonoforeza	punkt	7
039	Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	punkt	3
076	Naświetlanie promieniami IR, UV - miejscowe	punkt	3
043	Laseroterapia punktowa	punkt	6
074	Krioterapia miejscowa	punkt	8

4. Ponadto Realizator zobowiązuje się do:

- 1) zarejestrowania pacjenta ze stosownym skierowaniem od lekarza opieki zdrowotnej, tj. lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (nie będą honorowane skierowania tzw. „prywatne”) oraz dokonanie stosownej adnotacji na skierowaniu;
- 2) uzyskania pisemnej zgody na uczestnictwo w programie wraz z pisemnym oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przekazanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji programu (wg załącznika nr 1 i 2 do projektu umowy);
- 3) **zaplanowania postępowania rehabilitacyjnego zgodnie z zakresem zawartym w powyższym katalogu świadczeń, które zrealizuje cel skierowania na rehabilitację i jest z nim zgodne;**
- 4) wykonania zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich wraz z częścią edukacyjną dostosowaną do beneficjenta świadczeń wymagającego samodzielnego i systematycznego wykonywania ćwiczeń;
- 5) informowania beneficjenta świadczeń o dalszych zleceniach rehabilitacyjnych;
- 6) przeprowadzenia wśród beneficjentów ankiety oceniającej stan zdrowia przed wykonaniem świadczeń rehabilitacyjnych i po ich zakończeniu oraz oceniającej jakość świadczonych usług po zakończeniu cyklu rehabilitacji (wg załącznika nr 3 do projektu umowy);
- 7) utylizacji zużytych materiałów wykorzystanych przy wykonywaniu świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 8) prowadzenia w formie papierowej dla indywidualnego beneficjenta rejestru wykonywanych w ramach skierowań świadczeń potwierdzonych ich wykonanie podpisem beneficjenta;
- 9) sporządzania co miesięcznych rozliczeń wykonywanych świadczeń (wg załącznika nr 4 do projektu umowy) stanowiących załącznik do faktur częściowych;
- 10) sporządzenia i złożenia na żądanie Organizatora informacji na temat realizacji zadania;
- 11) inne ważne czynności niezbędne dla realizacji programu.

§ 2. Umowa zawarta jest na czas określony, tj. od dnia podpisania umowy do 30 listopada 2021r.

§ 3. Realizator zobowiązuje się do wykonania przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i z zaleceniami Państwowego Inspektora Sanitarnego oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej.

§ 4. 1. Realizator oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody, które mogą wystąpić w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy. W przypadku, gdy termin obowiązywania polisy, o której mowa wyżej jest krótszy niż termin obowiązywania umowy Świadczeniodawca przedłuży okres ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co najmniej do końca obowiązywania umowy.

2. Realizator na wezwanie Organizatora zobowiązuje się do udostępnienia /przedstawienia do wglądu polisy, o której mowa w ust. 1. W przypadku jej nie udostępnienia/ przedstawienia Organizator może rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia.

3. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy realizacji przedmiotu niniejszej umowy ponosi wyłącznie Realizator.

4. Na Realizatorze spoczywa obowiązek przestrzegania ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t. j. Dz. U. z 2020r. poz. 152 ).

§ 5. Realizator zobowiązuje się do :

1) sporządzania w terminie do 5 dnia każdego miesiąca miesięcznego rozliczenia wykonywanych świadczeń za miesiąc poprzedni, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do projektu umowy. Do rozliczenia świadczenia Realizator zobowiązany jest załączyć pisemnej zgody na uczestnictwo w programie (wg załącznika nr 1 i 2 do projektu umowy),

2) sporządzania i składania na żądanie Zleceniodawcy dodatkowych informacji na temat realizowanego zadania.

§ 6. 1. Organizator będący zarazem „Administratorem danych” w trybie art. 28 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych parlamentu europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. zwanego dalej „Rozporządzeniem”, upoważnia Realizatora będącego zarazem „Podmiotem przetwarzającym” do przetwarzania na zasadach i w celu określonym w niniejszej umowie danych osobowych osób, o których mowa w § 1 ust. 1 umowy.

2. Przetwarzanie danych obejmuje dane zwykłe w postaci imion, nazwisk, adresów zamieszkania, numeru PESEL osób, o których mowa w ust. 1 oraz dane szczególne, o których mowa w § 1 ust. 4 pkt 1 do 9 umowy.

3. Realizator zobowiązuje się do przetwarzania danych, o których mowa w ust. 2 wyłącznie w celu realizacji niniejszej umowy.

4. Realizator zobowiązuje się, przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych, do ich zabezpieczenia poprzez stosowanie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych zapewniających adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku związanym z przetwarzaniem danych osobowych, o których mowa w art. 32 Rozporządzenia.

5. Realizator zobowiązuje się przetwarzać powierzone mu dane osobowe zgodnie z niniejszą umową, Rozporządzeniem oraz innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą oraz dołożyć należytej staranności przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych.

6. Realizator zobowiązuje się do nadania upoważnień do przetwarzania danych osobowych wszystkim osobom, które będą przetwarzały powierzone dane w celu realizacji niniejszej umowy.

7. Realizator zobowiązuje się zapewnić zachowanie w tajemnicy, o której mowa w art. 28 ust 3 pkt b Rozporządzenia przetwarzanych danych przez osoby, które upoważnia do przetwarzania danych osobowych w celu realizacji niniejszej umowy, zarówno w trakcie zatrudnienia ich w Podmiocie przetwarzającym, jak i po jego ustaniu.

8. Organizator nie wyraża zgody na powierzenie danych osobowych, o których mowa w ust. 2 podwykonawcy. Realizator oświadcza, że w związku z zobowiązaniem do zachowania w tajemnicy danych poufnych nie będą one wykorzystywane, ujawniane ani udostępniane bez pisemnej zgody Organizatora w innym celu niż wykonanie umowy, chyba że konieczność ujawnienia posiadanych informacji wynika z obowiązujących przepisów prawa lub umowy.

9. Realizator jest upoważniony do przetwarzania danych, o których mowa w ust. 2 w okresie określonym w § 2 niniejszej umowy.

10. W miarę możliwości Realizator pomaga Organizatorowi w niezbędnym zakresie wywiązywać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą oraz wywiązywania się z obowiązków określonych w art. 32-36 Rozporządzenia.

11. Realizator po stwierdzeniu naruszenia ochrony danych osobowych bez zbędnej zwłoki – w miarę możliwości nie później niż w terminie 24 godzin zgłasza je Organizatorowi.

12. Organizator zgodnie z art. 28 ust. 3 pkt h) Rozporządzenia ma prawo do przeprowadzenia kontroli, czy środki zastosowane przez Realizatora przy przetwarzaniu i zabezpieczeniu powierzonych danych osobowych spełniają postanowienia umowy. Kontrolę przeprowadza się w godzinach pracy Realizatora i z minimum 7 dniowym jego uprzedzeniem.

13. Realizator zobowiązuje się do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli w terminie wskazanym przez Organizatora nie dłuższym niż 7 dni.

14. Realizator udostępnia Organizatorowi wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków określonych w art. 28 Rozporządzenia.

15. Realizator jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z treścią umowy, a w szczególności za udostępnienie powierzonych do przetwarzania danych osobowych osobom nieupoważnionym.

16. Realizator zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Organizatora o jakimkolwiek postępowaniu, w szczególności administracyjnym lub sądowym, dotyczącym przetwarzania przez Realizatora danych osobowych określonych w umowie, o jakiegokolwiek decyzji administracyjnej lub orzeczeniu dotyczącym przetwarzania tych danych, skierowanych do Realizatora, a także o wszelkich planowanych, o ile są wiadome, lub realizowanych kontrolach i inspekcjach dotyczących przetwarzania u Realizatora tych danych osobowych, w szczególności prowadzonych przez inspektorów upoważnionych przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Niniejszy ustęp dotyczy wyłącznie danych osobowych powierzonych przez Organizatora.

17. Strony zobowiązują się do dołożenia wszelkich starań w celu zapewnienia, aby środki łączności wykorzystywane do odbioru, przekazywania oraz przechowywania danych poufnych gwarantowały zabezpieczenie danych poufnych, w tym w szczególności danych osobowych powierzonych do przetwarzania, przed dostępem osób trzecich nieupoważnionych do zapoznania się z ich treścią.

18. Realizator po zakończeniu świadczenia usług związanych z przetwarzaniem zwraca Organizatorowi wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazują przechowywanie danych osobowych.

§ 7. 1. Realizator za wykonanie przedmiotu umowy otrzyma wynagrodzenie jednostkowe w wysokości ..... zł brutto za 1 punkt produktu rozliczeniowego, o którym mowa w § 1 ust. 3 tabela.

2. Całkowita wysokość wynagrodzenia nie może przekroczyć kwoty 120 000,00 zł brutto (słownie: sto dwadzieścia tysięcy złotych 00/100 brutto), przy czym wynagrodzenie miesięczne nie może przekroczyć kwoty ..... zł brutto (słownie: ..... złotych 00/100 brutto) z zastrzeżeniem zapisów § 8.

3. Cena jednostkowa, o której mowa w ust. 1 jest ostateczna i nie podlega zmianie.

4. Całkowita wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 2 może ulec zmniejszeniu w przypadku pomniejszenia ilości wykonywanych zabiegów.

5. Zapłata wynagrodzenia za poszczególne miesiące wykonywania świadczeń nastąpi po przedstawieniu faktury miesięcznej wraz załącznikami, o których mowa w § 5 ust. 1. Realizator doręczy organizatorowi fakturę wraz z załącznikami w nieprzekraczalnym terminie do 5 dnia każdego miesiąca następującego po realizacji świadczeń.

6. Wynagrodzenie będzie płatne przelewem w terminie 14 dni liczonych od daty otrzymania prawidłowo sporządzonych faktur miesięcznych VAT wraz z załącznikami oraz w terminie do 10.12.2021r. po otrzymaniu prawidłowo sporządzonej faktury VAT wraz załącznikami za miesiąc listopad, na rachunek bankowy Realizatora .....

7. Za dzień zapłaty wynagrodzenia uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Organizatora.

8. Należność płatna ze środków Gminy Żary o statusie miejskim z działu 851 rozdziału 85149 § 4280 – zakup usług zdrowotnych.

§ 8. 1. Liczba udzielanych miesięcznie świadczeń rehabilitacyjnych/zabiegów nie może przekroczyć ..... punktów rozliczeniowych.

2. Dopuszcza się możliwość niewykorzystania lub przekroczenia liczby punktów rozliczeniowych w danym miesiącu do wartości ..... punktów rozliczeniowych miesięcznie.

3. Niewykorzystana lub przekroczona liczba punktów rozliczeniowych w danym miesiącu do wysokości określonej w ust. 2 przechodzi na następny miesiąc, z tym, że nie może przekroczyć terminu obowiązywania umowy.

**§ 9.** 1. Dokumentacja finansowo-księgową, dotyczącą realizacji przedmiotu umowy, powinna być przechowywana w siedzibie Świadczeniodawcy i być udostępniana do wglądu Organizatorowi na żądanie zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji zadania.

2. Realizator zobowiązany jest do poddania się kontroli dokonywanej w miejscu wykonania umowy lub w miejscu wyznaczonym przez Organizatora oraz przekazywania Organizatorowi w formie pisemnej wszelkich informacji, sprawozdań i wyjaśnień, dotyczących realizacji zadania.

3. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządza pisemny protokół w dwóch egzemplarzach.

4. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany Organizator ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są Organizatorowi na piśmie.

5. Organizator udziela odpowiedzi Realizatorowi na piśmie w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Realizatora wyjaśnień.

6. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli nienależytego wykonania umowy i niezgodnego z treścią umowy, Realizator zastrzega sobie prawo do:

- a) żądania zwrotu przekazanych środków finansowych w zakwestionowanych części, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia otrzymania środków,
- b) rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

**§ 10.** 1. Umowa może zostać przez Organizatora rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia przez Realizatora postanowień niniejszej umowy, nieterminowego oraz nienależytego wykonania umowy, a także w przypadku nie udokumentowania, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

2. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron z miesięcznym okresem wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonania umowy. Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych strony określają w sporządzonym protokole.

3. Strony ustalają, że w przypadku nienależytego wykonania umowy, tj. niezgodnego z zakresem określonym w § 1 ust. 3 i 4 Organizator może nałożyć na Realizatora karę umowną w wysokości do 10% ostatecznej wartości brutto umowy, określonej wg § 7 ust. 2. Nie wyłącza to prawa Organizatora do dochodzenia roszczeń na zasadach ogólnych w przypadku wystąpienia szkody przewyższającej wysokość kary umownej.

**§ 11.** 1. Realizator nie może powierzyć wykonania przedmiotu niniejszej umowy osobom trzecim.

2. W razie naruszenia postanowienia ust. 1 Organizator może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym.

**§ 12.** 1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.

3. Spory powstałe przy realizacji niniejszej umowy strony rozstrzygać będą polubownie. W przypadku braku porozumienia spory rozstrzygać będzie sąd powszechny właściwy miejscowo dla Organizatora.

4. Osoba odpowiedzialna za sporządzenie i realizację umowy z ramienia Organizatora: ..... Osoba odpowiedzialna za realizację umowy z ramienia Realizatora: .....

5. Informacja o ewentualnej zmianie osoby bezpośrednio odpowiedzialnej za realizację umowy zostanie przekazana drogą mailową.

**§ 13.** Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron umowy.

.....

ORGANIZATOR

.....

REALIZATOR



**ZGODA  
OŚWIADCZENIE  
OŚWIADCZENIE**

NA UCZESTNICTWO W PROGRAMIE REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ŻARY  
O STATUSIE MIEJSKIM W WIEKU POWYŻEJ 65 r.ż. i PONIŻEJ 18 r.ż. **(dotyczy osób powyżej 65 r.ż.)**

Ja ..... zam. ....

.....PESEL: .....

wyrażam zgodę/ nie wyrażam\* zgody na przeprowadzenie w ramach programu świadczeń rehabilitacyjnych

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji świadczeń oraz potencjalnymi działaniami niepożądanymi.

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych parlamentu europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) na potrzeby realizacji „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.”, tj:

- imię i nazwisko,
- PESEL,
- adres,
- rodzaj i kod zabiegu rehabilitacyjnego

do celów rozliczeń finansowych sporządzanych przez ..... z realizacji zawartej umowy dotyczącej realizacji programu polityki zdrowotnej pn.: „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.”. Finansowanie świadczeń gwarantowanych odbywa się na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020r. poz. 1398 z późn. zm.).

Administratorem danych jest Burmistrz Miasta Żary z siedzibą przy pl. Rynek 1-5, 68-200 Żary

Dane kontaktowe Inspektora Danych Osobowych: e-mail: [iod@um.zary.pl](mailto:iod@um.zary.pl)

Oświadczam jednocześnie, iż zostałem (-am) poinformowany (-a) o:

- 1) adresie siedziby podmiotu, pod którym dane są zbierane i przetwarzane;
- 2) celu zbierania danych, dobrowolności lub obowiązku podania danych, a jeżeli taki obowiązek istnieje, o jego podstawie prawnej;
- 3) okresie, przez który dane osobowe będą przechowywane;
- 4) prawie wglądu do treści swoich danych oraz możliwości ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawie do przenoszenia danych;
- 5) możliwości wniesienia sprzeciwu do przetwarzania swoich danych osobowych;
- 6) prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 7) możliwości do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie powyższych danych osobowych jest dobrowolne, lecz odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestniczenia w programie.

---

data i czytelny podpis

**ZGODA  
OŚWIADCZENIE  
OŚWIADCZENIE**

NA UCZESTNICTWO W PROGRAMIE REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ŻARY  
O STATUSIE MIEJSKIM W WIEKU POWYŻEJ 65 r.ż. i PONIŻEJ 18 r.ż. **(dotyczy osób poniżej 18 r.ż.)**

Ja ..... zam. ....

wyrażam zgodę/ nie wyrażam\* zgody na przeprowadzenie w ramach programu świadczeń rehabilitacyjnych  
mojemu dziecku:

Imię i nazwisko dziecka .....

PESEL:.....

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji świadczeń oraz potencjalnymi działaniami  
niepożądanymi.

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka zgodnie z ogólnym  
rozporządzeniem o ochronie danych osobowych parlamentu europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia  
27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2019 r.  
poz. 1781) na potrzeby realizacji „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim  
w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.”, tj:

- imię i nazwisko,
- PESEL,
- adres,
- rodzaj i kod zabiegu rehabilitacyjnego

do celów rozliczeń finansowych sporządzanych przez ..... z realizacji  
zawartej umowy dotyczącej realizacji programu polityki zdrowotnej pn.: „Program rehabilitacji dla  
mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.”. Finansowanie  
świadczeń gwarantowanych odbywa się na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r.  
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r.  
poz. 1398 z późn. zm.).

Administratorem danych jest Burmistrz Miasta Żary z siedzibą przy pl. Rynek 1-5, 68-200 Żary

Dane kontaktowe Inspektora Danych Osobowych: e-mail: iod@um.zary.pl

Oświadczam jednocześnie, iż zostałem (-am) poinformowany (-a) o:

- 1) adresie siedziby podmiotu, pod którym dane są zbierane i przetwarzane;
- 2) celu zbierania danych, dobrowolności lub obowiązku podania danych, a jeżeli taki obowiązek istnieje, o jego  
podstawie prawnej;
- 3) okresie, przez który dane osobowe będą przechowywane;
- 4) prawie wglądu do treści swoich danych oraz możliwości ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia  
przetwarzania oraz prawie do przenoszenia danych;
- 5) możliwości wniesienia sprzeciwu do przetwarzania swoich danych osobowych;
- 6) prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego  
dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 7) możliwości do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie powyższych danych osobowych jest dobrowolne, lecz odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestniczenia w programie.

---

data i czytelny podpis

**ANKIETA**

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.”, w którym Państwo uczestniczyli. Otrzymane informacje pomogą na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielenie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.

Ankieta jest anonimowa.

**Płeć:**

Kobieta

Mężczyzna

**Wiek, dotyczy pacjenta:**

poniżej 18 r.ż.

powyżej 65 r.ż.

Typ schorzenia: .....

**1. Czy Pani /Pana zdaniem program odpowiada na potrzeby mieszkańców miasta Żary?**

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 poleciliby Pani/polecilby Pan ten program innym osobom?**

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

**4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w programie?**

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

5. Czy świadczenia rehabilitacyjne odbywały się zgodnie z harmonogramem (wyznaczona data, wyznaczona godzina)?:

- tak
- nie
- nie wiem

6. Czy uważa Pani/Pan, że regularnie uprawiana aktywność fizyczna odpowiednio dobrana do stanu zdrowia jest ważna, aby zapobiec rozwojowi chorób narządu ruchu?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

7. Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia w momencie przystąpienia do programu? ( proszę zaznaczyć odpowiedź w kwadracie, przy czym 1 oznacza wartość najniższą, a 6 najwyższą):

- 1:
- 2:
- 3:
- 4:
- 5:
- 6:

8. Czy po przeprowadzonej rehabilitacji Pani/Pan dolegliwości bólowe związane z chorobą narządu ruchu ( w porównaniu do stanu przed rehabilitacją) są:

- zdecydowanie większe
- raczej większe
- takie same
- raczej mniejsze
- zdecydowanie mniejsze

9. Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia po zakończeniu programu? ( proszę zaznaczyć odpowiedź w kwadracie, przy czym 1 oznacza wartość najniższą, a 6 najwyższą):

- 1:
- 2:
- 3:
- 4:
- 5:
- 6:

10. Czy Pani/Pana sprawność fizyczna po zakończeniu udziału w programie:

- zmaląa
- pozostała bez zmian
- wzrosła

**Dodatkowe uwagi dotyczące realizacji programu:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Rozliczenie**  
**wykonanych świadczeń w ramach „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Żary**  
**o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.”**  
**za miesiąc ..... 20.....r.**

**1. Lista mieszkańców miasta Żary korzystających ze świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej:**

<b>L.p</b>	<b>Imię i nazwisko, PESEL, adres</b>	<b>Termin wykonania zabiegu od dnia do dnia w danym miesiącu</b>	<b>Ilość dni</b>	<b>Rodzaj zabiegu KOD</b>	<b>Wartość punkto wa 1 zabiegu</b>	<b>Kwota kol.4 x kol.6</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>RAZEM</b>						

2. W załączeniu sztuk..... upoważnień do przetwarzania danych osobowych.

3. Kwotę: ..... zł proszę przekazać na konto:

Bank: .....

Nr .....

.....

Data: .....

Pieczeń i podpis Realizatora