

**ZARZĄDZENIE NR WA.0050.193.2023**  
**BURMISTRZA MIASTA ŻARY**

z dnia 13 września 2023 r.

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora "Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku od 40 r.ż. do 64 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 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.<sup>1)</sup>), w związku z Uchwałą Nr LV/65/23 Rady Miejskiej w Żarach z dnia 29 sierpnia 2023 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 od 40 r.ż. do 64 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.

Burmistrz

/-/ **Danuta Madej**

---

<sup>1)</sup>Zmiany tekstu jednolitego zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 2674, 2770, 1265, 1855 i 2140 oraz z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1733, 1675 i 1692.

**BURMISTRZ MIASTA ŻARY**  
**OGŁASZA OTWARTY KONKURS OFERT**  
**NA WYBÓR REALIZATORA „PROGRAM REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ŻARY**  
**O STATUSIE MIEJSKIM W WIEKU OD 40 r.ż. DO 64 r.ż.”**  
**OGŁASZA OTWARTY KONKURS OFERT**  
**NA WYBÓR REALIZATORA „PROGRAM REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ŻARY**  
**O STATUSIE MIEJSKIM W WIEKU OD 40 r.ż. DO 64 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 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.) oraz Uchwały Nr LV/65/23 Rady Miejskiej w Żarach z dnia 29 sierpnia 2023 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 OD 40 r.ż. DO 64 r.ż.”**

**I. PRZEDMIOT KONKURSU**

Przedmiotem konkursu jest wybór podmiotu, który zorganizuje i przeprowadzi w 2023 r. program polityki zdrowotnej p.n.: „**Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku od 40 r.ż. do 64 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 2023 r. poz. 991 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 od 40 r.ż. do 64 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 układu ruchu, chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy układu kostno-stawowego oraz schorzenia obwodowego układu nerwowego.

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

1. W 2023 r. wysokość środków publicznych przeznaczonych na realizację zadania wynosi **40 000,00 zł brutto** (słownie: czterdzieści 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 15 grudnia 2023 r.

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

- 1) rozpowszechnienie informacji o realizowanym programie wśród potencjalnych uczestników programu poprzez strony internetowe realizatora, gazety i media lokalne, tablice ogłoszeń, plakaty i ulotki;
- 2) przeprowadzenie przez fizjoterapeutę akcji edukacyjnej obejmującej jedno spotkanie 30 minutowe w grupach max do 20 osób na temat: roli oraz suplementacji diety, aktywności fizycznej oraz ergonomii w miejscu pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobiegania wypadkom i zranieniom, istotności prowadzenia zdrowego trybu życia, sposobów radzenia sobie ze stresem wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre- i post-testu opracowanych przez osobę prowadzącą edukację;
- 3) 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;
- 4) 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 do projektu umowy);
- 5) **przeprowadzenie oceny funkcjonalnej przed rozpoczęciem cyklu rehabilitacyjnego i po jego zakończeniu oraz zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego zgodnie z zakresem zawartym w poniższym katalogu zabiegów fizjoterapeutycznych, które zrealizuje cel skierowania na rehabilitację i jest z nim zgodne;**
- 6) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich wraz z częścią edukacyjną dostosowaną do beneficjenta świadczeń wymagającego samodzielnego i systematycznego wykonywania ćwiczeń oraz wykonanie oceny skuteczności programu wg załącznika nr 4 do projektu umowy);
- 7) informowanie beneficjenta świadczeń o dalszych zleceniach rehabilitacyjnych;
- 8) 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 2 do projektu umowy);
- 9) wykonanie sprawozdań z przeprowadzonych działań w ramach programu w cyklach kwartalnych rocznych i po zakończeniu programu (wg załącznika nr 5 do projektu umowy);
- 10) utylizacja zużytych materiałów wykorzystanych przy wykonywaniu świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 11) prowadzenie w formie papierowej dla indywidualnego beneficjenta rejestru wykonywanych w ramach skierowań świadczeń potwierdzonych ich wykonanie podpisem beneficjenta;
- 12) sporządzania co miesięcznych rozliczeń wykonywanych świadczeń (wg załącznika nr 3 do projektu umowy) stanowiących załącznik do faktur częściowych;
- 13) sporządzenie i złożenie na żądanie Organizatora informacji na temat realizacji zadania;
- 14) 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
<b>kinezyterapia</b>			
5.11.01.0000084	Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty	punkt	36,49
5.11.01.0000085	Zabiegi kinezyterapii	punkt	8,55
5.11.01.0000088	Zabiegi fizykalne	punkt	5,27
5.11.01.0000089	Zabieg masażu	punkt	18,25
5.11.01.0000090	Zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody	punkt	10,24

## 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;
  - e) koszt jednostkowy rehabilitacji brutto;
  - f) koszt jednostkowy działań edukacyjnych brutto;
  - g) koszt całkowity akcji informacyjnej brutto;
  - h) koszt całkowity akcji promocyjnej brutto;
  - i) koszt całkowity brutto realizacji programu;

### 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 2023 r. poz. 991 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. Całkowity koszt realizacji zadania ulegnie zmianie w przypadku w przypadku mniejszej liczby osób objętych rehabilitacją.

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 OD 40 r.ż. DO 64 r.ż.**”

8. Kompletną ofertę należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do dnia **29.09.2023 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 2022 r. poz. 2561 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 w formie zarządzenia.

7. Naczelnik Wydziału Spraw Społecznych lub osoba zastępująca 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. Ostatecznego rozstrzygnięcia konkursu ofert dokonuje Naczelnik Wydziału Spraw Społecznych lub osoba zastępująca, od którego nie przysługuje odwołanie, po zaciągnięciu opinii komisji konkursowej, który jednocześnie przedkłada powyższą informację Burmistrzowi Miasta Żary celem zapoznania.

10. Wydział Spraw Społecznych 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 od 40 r.ż. do 64 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 17, 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 zarządzeniem skład Komisji i powołać do Komisji nowego członka. Czynności dokonane przed zmianą uznaje się za nieważne.

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 lub przez podmiot nieuprawniony.

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

12. Oferty zawierające błędy formalne nieuzupełnione w terminie 7 dni od dnia powiadomienia pisemnego, mailowego lub telefonicznego - zostaną odrzucone z przyczyn formalnych.

13. Za błąd formalny przyjmuje się w szczególności złożenie oferty:

- a) w niewłaściwy sposób (np.: przesłanie faxem, drogą elektroniczną);
- b) na niewłaściwym formularzu,
- c) bez podpisów osób upoważnionych,
- d) wypełnionej w sposób nieczytelny (uniemożliwiający przeczytanie),
- e) niekompletnie wypełnionej;
- f) niezgodnej z zakresem zadania ogłoszonym w konkursie,
- g) nie zawierającej wymaganych załączników,
- h) zawierającej błędną kalkulację kosztów.

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

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

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

- a) cena oferowanej usługi;
- b) dostępność do świadczeń zdrowotnych.

17. 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.

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

19. Z przebiegu posiedzeń Komisja sporządza protokół.

20. Protokół, o którym mowa w pkt 19 sporządza sekretarz Komisji i przedkłada do podpisu wszystkim członkom Komisji obecnym na posiedzeniu.

21. Swoje stanowisko Komisja przedstawia w protokole Naczelnikowi Wydziału Spraw Społecznych lub osobie zastępującej do zatwierdzenia.

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

23. Wydział Spraw Społecznych niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku.

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

25. Naczelnik Wydziału Spraw Społecznych lub osoba zastępująca 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.

26. Po rozstrzygnięciu konkursu z wyłonionym Oferentem/Oferentami Burmistrz Miasta Żary zawiera niezwłocznie umowę na realizację programu.

27. Umowę, o której mowa w ust. 27 zawiera się na czas określony, tj. od dnia podpisania umowy do 15 grudnia 2023 r.

28. 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 od 40 r.ż. do 64 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>		
<b>2.</b>		
<b>3.</b>		
<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>1. Cena jednostkowa brutto w zł za 1 punkt produktu rozliczeniowego (PLN/brutto):</b>	..... zł (słownie:..... .....)
<b>2. Koszt jednostkowy brutto rehabilitacji (PLN/brutto):</b> (średni koszt wykonania zabiegów dla jednego pacjenta)	..... zł (słownie:..... .....)
<b>3. Koszt jednostkowy brutto działań edukacyjnych (PLN/brutto):</b> (średni koszt działań edukacyjnych przeprowadzonych dla jednego pacjenta)	..... zł (słownie:..... .....)
<b>4. Liczba osób objętych rehabilitacją i akcją edukacyjną:</b>	.....
<b>5. Koszt całkowity akcji informacyjnej brutto (PLN/brutto):</b>	..... zł (słownie:..... .....)
<b>6. Koszt całkowity akcji promocyjnej brutto (PLN/brutto):</b>	..... zł (słownie:..... .....)
<b>7. Koszt całkowity brutto realizacji programu (PLN/brutto):</b> (liczba osób jak w pkt 4 x koszt jednostkowy rehabilitacji jak w pkt 2) + (liczba osób jak w pkt 4 x koszt jednostkowy edukacji jak w pkt 3) + koszt akcji informacyjnej jak w pkt 5 + koszt akcji promocyjnej jak w pkt 6	..... 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).

.....

Miejscowość, data

oferenta upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

.....

podpis i pieczętą przedstawiciela/-li

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 2023r. poz. 991 ze zm.) zgodnym z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydany.

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 ...../2023

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 od 40 r.ż. do 64 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
<b>kinezyterapia</b>			
5.11.01.0000084	Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty	punkt	36,49
5.11.01.0000085	Zabiegi kinezyterapii	punkt	8,55
5.11.01.0000088	Zabiegi fizykalne	punkt	5,27
5.11.01.0000089	Zabieg masażu	punkt	18,25
5.11.01.0000090	Zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody	punkt	10,24

4. Ponadto Realizator zobowiązuje się do:

1) rozpowszechnienia wśród potencjalnych uczestników informacji o realizowanym programie poprzez strony internetowe realizatora, gazety i media lokalne, tablice ogłoszeń, plakaty i ulotki;

- 2) przeprowadzenia przez fizjoterapeutę akcji edukacyjnej obejmującej jedno spotkanie 30 minutowe w grupach max do 20 osób na temat: roli oraz suplementacji diety, aktywności fizycznej oraz ergonomii w miejscu pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobiegania wypadkom i zranieniom, istotności prowadzenia zdrowego trybu życia, sposobów radzenia sobie ze stresem wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre- i post-testu opracowanych przez osobę prowadzącą edukację;
- 3) 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;
- 4) uzyskania 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 do projektu umowy);
- 5) **przeprowadzenia oceny funkcjonalnej przed rozpoczęciem cyklu rehabilitacyjnego i po jego zakończeniu oraz zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego zgodnie z zakresem zawartym w powyższym katalogu zabiegów fizjoterapeutycznych, które zrealizuje cel skierowania na rehabilitację i jest z nim zgodne;**
- 6) wykonania zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich wraz z częścią edukacyjną dostosowaną do beneficjenta świadczeń wymagającego samodzielnego i systematycznego wykonywania ćwiczeń oraz wykonanie oceny skuteczności programu wg załącznika nr 4 do projektu umowy);
- 7) informowania beneficjenta świadczeń o dalszych zleceniach rehabilitacyjnych;
- 8) przeprowadzenia 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 2 do projektu umowy);
- 9) wykonania sprawozdań z przeprowadzonych działań w ramach programu w cyklach kwartalnych rocznych i po zakończeniu programu (wg załącznika nr 5 do projektu umowy);
- 10) utylizacji zużytych materiałów wykorzystanych przy wykonywaniu świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 11) prowadzenia w formie papierowej dla indywidualnego beneficjenta rejestru wykonywanych w ramach skierowań świadczeń potwierdzonych ich wykonanie podpisem beneficjenta;
- 12) sporządzania co miesięcznych rozliczeń wykonywanych świadczeń (wg załącznika nr 3 do projektu umowy) stanowiących załącznik do faktur częściowych;
- 13) sporządzenia i złożenia na żądanie Organizatora informacji na temat realizacji zadania;
- 14) wykonania innych ważnych czynności niezbędnych dla realizacji programu.

§ 2. Umowa zawarta jest na czas określony, tj. od dnia podpisania umowy do 15 grudnia 2023 r.

§ 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 1304 ze zm. ).

**§ 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 3 do projektu umowy. Do rozliczenia świadczenia Realizator zobowiązany jest załączyć pisemnej zgody na uczestnictwo w programie (wg załącznika nr 1 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 zwykle 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 3, 5 i 11 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. Realizator za wykonanie cyklu zabiegów dla jednej osoby otrzyma wynagrodzenie jednostkowe w wysokości ..... zł brutto.

3. Realizator za przeprowadzenie działań edukacyjnych dla jednej osoby otrzyma wynagrodzenie jednostkowe w wysokości ..... zł brutto.

4. Realizator za przeprowadzenie akcji informacyjnej otrzyma wynagrodzenie całkowite w wysokości ..... zł brutto.

5. Realizator za przeprowadzenie akcji promocyjnej otrzyma wynagrodzenie całkowite w wysokości ..... zł brutto.

6. Całkowita wysokość wynagrodzenia nie może przekroczyć kwoty ..... zł brutto (słownie: ..... złotych 00/100 brutto), stanowiącej sumę: (iloczynu wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 2 i liczby osób objętych rehabilitacją, tj.....) oraz (iloczynu wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 3 i liczby osób objętych edukacją, tj.....) oraz wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 4 i 5.

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

8. Całkowita wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 6 może ulec zmniejszeniu w przypadku pomniejszenia ilości wykonywanych zabiegów.

9. 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.

10. Wynagrodzenie będzie płatne przelewem w terminie 14 dni liczonych od daty otrzymania prawidłowo sporządzonych faktur miesięcznych VAT wraz z załącznikami oraz w terminie do 28.12.2023 r. po otrzymaniu prawidłowo sporządzonej faktury VAT wraz załącznikami za miesiąc grudzień, na rachunek bankowy Realizatora .....

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

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

§ 8. 1. Realizując program objęty niniejszą umową Realizator zobowiązany jest do zapewnienia dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej, beneficjentom programu ze szczególnymi potrzebami, co najmniej w zakresie określonym przez minimalne wymagania, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami obejmują:

- 1) w zakresie dostępności architektonicznej:
  - a) zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych w budynku,
  - b) instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do pomieszczeń, w których będzie realizowane zadanie,
  - c) zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy,
  - d) zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100 ze zm. ),
  - e) zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;
- 2) w zakresie dostępności cyfrowej - wymagania określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych;
- 3) w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:
  - a) obsługę beneficjentów programu z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r. poz. 20), lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,
  - b) instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
  - c) zapewnienie na stronie internetowej Zleceniobiorcy informacji o zakresie realizowanego zadania - w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,
  - d) zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji ze Zleceniobiorcą w formie określonej w tym wniosku.

Zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w ramach niniejszej umowy winno nastąpić z uwzględnieniem racjonalnych usprawnień.

2. Brak zapewnienia dostępności, o której mowa w ust. 1 stanowi nienależyte wykonanie umowy, o którym mowa w § 1 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. 6. Nie wyłącza to prawa Organizatora do dochodzenia roszczeń na zasadach ogólnych w przypadku wystąpienia szkody przewyższającej wysokości 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  
ZGODA  
OŚWIADCZENIE  
OŚWIADCZENIE  
OŚWIADCZENIE  
OŚWIADCZENIE  
OŚWIADCZENIE  
OŚWIADCZENIE**

NA UCZESTNICTWO W PROGRAMIE REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ŻARY  
O STATUSIE MIEJSKIM W WIEKU OD 40 R.Ż. DO 64 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.

**Jednocześnie oświadczam, że w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu nie korzystałem (-am) ze świadczeń rehabilitacji leczniczej zleconych z tego samego rozpoznania, finansowanych ze środków publicznych, tj.: NFZ, ZUS, KRUS, PFRON oraz nie będę korzystał z rehabilitacji leczniczej w ramach powyższych środków w trakcie uczestnictwa w programie.**

**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 od 40 r.ż. do 64 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 od 40 r.ż. do 64 r.ż.”. Finansowanie świadczeń gwarantowanych odbywa się na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 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 od 40 r.ż. do 64 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 pacjenta:** .....

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/poleciliby 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 ( 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 dla mieszkańców Gminy Żary o statusie**  
**miejskim w wieku od 40 r.ż. do 64 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 punktowa 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: ..... Pieczęć i podpis Świadczeniodawcy: .....

**Karta oceny skuteczności programu****A. Dane uczestnika**

Nazwisko		Data urodzenia	
Imię		...../...../.....	
Nr PESEL		(dzień/miesiąc/rok)	
Data rozpoczęcia udziału w programie		Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)	
Data zakończenia udziału w programie		Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

\* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

**B. Ocena skuteczności programu****B. 1**

Miernik efektywności	Pierwszy dzień udziału w programie ...../...../..... (dzień/miesiąc/rok)	Ostatni dzień udziału w programie ...../...../..... (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Wynik oceny zaburzeń funkcjonalnych			

**B. 2**

Miernik efektywności	Pierwszy dzień udziału w programie ...../...../..... (dzień/miesiąc/rok)	Ostatni dzień udziału w programie ...../...../..... (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS			

.....

( pieczęć i podpis osoby prowadzącej rehabilitację)

**B. 3**

Miernik efektywności	pre-test ...../...../..... (dzień/miesiąc/rok)	post-test ...../...../..... (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi			

.....

( pieczęć i podpis osoby realizującej działania edukacyjne)

## Sprawozdanie z przeprowadzonych działań w ramach programu

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach oceny skuteczności programu przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od .....do .....	Adresat: Urząd Miejski w Żarach
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym
Liczba pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	Liczba pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego	
Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie wyniku oceny zaburzeń funkcjonalnych	Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	Liczba pacjentów, u których doszło do zmiany w zakresie wartości wyników uzyskanych w post-teście w porównaniu do pre-testów

....., dnia .....

(miejscowość )

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)