

**ZARZĄDZENIE NR 162/15  
BURMISTRZA MIASTA ŻARY**

z dnia 02.07.2015 r.

**zmieniające ZARZĄDZENIE Nr 154/15 BURMISTRZA MIASTA ŻARY Z DNIA 29.06.2015r.  
w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyczny z zakresu zapobiegania próchnicy dla dzieci z klas I-III szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim”**

Na podstawie art. 48, art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2015r. , poz. 581), w związku z Uchwałą Nr VIII/52/15 Rady Miejskiej w Żarach z dnia 12 czerwca 2015r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu zapobiegania próchnicy zarządzam, co następuje:

§ 1. Zmienia się załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 154/15 Burmistrza Miasta Żary z dnia 29.06.2015r. w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyczny z zakresu zapobiegania próchnicy dla dzieci z klas I-III szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim”, stanowiący Ogłoszenie o konkursie ofert na wybór Realizatora „Programu profilaktycznego z zakresu zapobiegania próchnicy dla dzieci z klas I-III szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim”, w ten sposób, że otrzymuje on brzmienie jak załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

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

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**BURMISTRZ**  
*Danuta Mądej*

## **BURMISTRZ MIASTA ŻARY**

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 (t.j. Dz. U. z 2015r., poz. 581 ze zm.) oraz Uchwały Nr VIII/52/15 Rady Miejskiej w Żarach z dnia 12 czerwca 2015r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu zapobiegania próchnicy

### **OGŁASZA OTWARTY KONKURS OFERT NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ W ROKU 2015**

#### **I. PRZEDMIOT KONKURSU**

Przedmiotem konkursu jest wybór podmiotu, który zorganizuje i przeprowadzi w 2015r. w Żarach „**Program profilaktyczny z zakresu zapobiegania próchnicy dla dzieci z klas I-III szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim** ” stanowiący załącznik do wyżej wymienionej uchwały Rady Miejskiej.

#### **II. ADRESACI KONKURSU:**

Konkurs adresowany jest do **podmiotów leczniczych świadczących usługi medyczne** w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013r. poz. 217), **prowadzących placówkę na terenie miasta Żary** z wyposażonym gabinetem stomatologicznym, dysponujących personelem medycznym posiadającym stosowne kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

### **III. BENEFICJENCI PROGRAMU:**

Beneficjentami programu jest ok. 1307 dzieci z klas I-III szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim. Ostateczna liczba dzieci objętych programem uzależniona jest od imiennych deklaracji złożonych przez rodziców lub opiekunów prawnych dzieci.

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

1. W 2015r. wysokość środków publicznych przeznaczonych na realizację zadania wynosi **60 000,00 zł** (słownie: sześćdziesiąt tysięcy złotych).
2. Burmistrz Miasta Żary zastrzega sobie prawo do nierozdysponowania wszystkich środków przewidzianych w ogłoszeniu o konkursie.

### **V. TERMIN REALIZACJI PROGRAMU:**

1. Rozpoczęcie realizacji Programu nastąpi 1 września 2015r.
2. Zakończenie realizacji Programu nastąpi do 15 grudnia 2015r.

### **VI. PRZEDMIOTOWY ZAKRES REALIZACJI PROGRAMU ZDROWOTNEGO (KONKURSU):\***

- 1) przeprowadzenie spotkań edukacyjno-informacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci objętych programem, obejmującej rozpowszechnienie informacji dotyczącej profilaktyki próchnicy przy współpracy z dyrektorami szkół, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim, poświadczonych zaświadczeniami ;
- 2) uzyskanie pisemnej deklaracji udziału rodziców/opiekunów w programie oraz pisemnego oświadczenia rodziców/opiekunów o wyrażeniu zgody na przekazanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji programu ;
- 3) zarejestrowanie dziecka z określonej populacji uczniów klas I-III zgłaszającego się do programu;
- 4) wykonanie diagnostycznego badania stomatologicznego wraz z wypełnieniem karty medycznej obejmującego: ocenę stanu jamy ustnej, zgryzu, oznaczenie wskaźnika puw i PUW, udzielenie porad odnośnie higieny jamy ustnej, przekazanie pisemnych informacji dla rodziców/opiekunów o stanie uzębienia

oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania w postaci indywidualnej karty uczestnika programu ,

- 5) wykonanie sesji nadzorowanego szczotkowania zębów pasty z fluorem z uwzględnieniem pierwszych zębów trzonowych wraz z zakupem materiałów do jej realizacji (szczoteczka do zębów, pasta z fluorem, kubeczek),
- 6) przeprowadzenie ankiet wśród rodziców/opiekunów dotyczących zagadnień promocji zdrowia jamy ustnej na początku realizacji programu oraz ankiety ewaluacyjnej po zakończeniu realizacji programu,
- 7) utylizacja zużytego zestawu diagnostycznego zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 8) sporządzenie i złożenie Organizatorowi na jego wniosek pisemnej informacji o przebiegu realizacji programu w terminie 10 dni od daty złożenia wniosku;
- 9) sporządzenie i złożenie sprawozdania końcowego merytoryczno – finansowego z realizacji Programu w terminie 10 dni od jego zakończenia;
- 10) inne ważne czynności niezbędne dla realizacji Programu.

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

## **VII. SPOSÓB SKŁADANIA OFERTY:**

1. Oferta na realizację zadania powinna zawierać:
  - 1) wypełniony **formularz ofertowy, stanowiący załącznik nr 1** do niniejszego ogłoszenia z **dołączonymi kopiami dokumentów, tj.:**
    - a) wypisem 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 2013r. poz. 217) zgodnie z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany,
    - b) odpisem 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) statutem oferenta (jeśli ma obowiązek jego sporządzenia),

- d) decyzją w sprawie nadania numeru NIP,
  - e) zaświadczeniem o numerze identyfikacyjnym REGON,
  - f) polisą 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) oświadczenie podmiotu o:
- a) zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, Regulaminem konkursu, projektem umowy oraz programem polityki zdrowotnej p.n. „ Program profilaktyczny z zakresu zapobiegania próchnicy dla dzieci z klas I-III szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim”, którego organizatorem jest Gmina Żary o statusie miejskim,
  - b) liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających świadczeń, określonych w ramach zadania objętego konkursem,
  - c) spełnieniu wszystkich wymagań zawartych w Regulaminie konkursu,
  - d) zgodności danych zawartych w formularzu ofertowym ze stanem faktycznym i prawnym;
- 3) opis sposobu realizacji zadania zgodnie z warunkami Regulaminu konkursu wraz z tygodniowym harmonogramem pracy, wskazującym dni i godziny, w których realizowany będzie program oraz określenie sposobu rejestracji dzieci kwalifikujących się do programu;
- 4) cenę jednostkową brutto za wykonanie jednego świadczenia (przeprowadzenie świadczeń profilaktyki próchnicy dla jednego dziecka) uwzględniającą koszt jednostkowy: koszt zakupu szczoteczki do zębów, pasty z fluorem i kubeczka, koszt diagnostycznego badania stomatologicznego, koszt obsługi programu (część V pkt 1 oferty);
- 5) cenę jednostkową brutto za przeprowadzenie spotkania edukacyjno-informacyjnego (część V pkt 2 oferty);
- 6) koszt całkowity brutto realizacji programu, stanowiącego sumę iloczynów liczby dzieci (beneficjentów programu) i kosztu jednostkowego brutto

wykonania jednego świadczenia oraz jednostkowego kosztu spotkania edukacyjno-informacyjnego i liczby szkół, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim (część V pkt 4 oferty).

2. Ceny jednostkowe brutto wskazane przez oferenta w ofercie nie będą podlegały zmianom w trakcie realizacji programu. Całkowity koszt świadczeń ulegnie zmianie w przypadku mniejszej liczby dzieci objętych świadczeniami.
3. Podpisy pod ofertą, dołączonymi załącznikami i oświadczeniami składają osoby upoważnione do składania oświadczeń woli, zgodnie z KRS lub zgodnie z innym dokumentem potwierdzającym status prawny podmiotu i umocowanie osób go reprezentujących. Wszystkie złożone własnoręczne podpisy oraz pieczętunki muszą być czytelne.
4. **W formularzu oferty należy wypełnić wszystkie pola czytelnie. W pola, które nie odnoszą się do oferenta należy wpisać „nie dotyczy”. Wszystkie strony oferty muszą być parafowane przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń woli.**
5. **Załączniki przedkładane w formie kserokopii muszą zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem** (na ostatniej stronie wraz z datą) przez osoby uprawnione do składania oświadczeń woli. Jeśli osoby uprawnione nie dysponują pieczętunką imienną, ostatnia strona winna być podpisana pełnym imieniem i nazwiskiem (czytelnie wraz z datą) z zaznaczeniem pełnionej funkcji.
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 pieczętunką firmową oferenta oraz oznaczona **„OTWARTY KONKURS OFERT NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO Z ZAKRESU ZAPOBIEGANIA PRÓCHNICY DLA DZIECI Z KLAS I-III SZKÓŁ PODSTAWOWYCH, KTÓRYCH ORGANEM ZAŁOŻYCIELSKIM JEST GMINA ŻARY O STATUSIE MIEJSKIM”**.
8. Kompletną ofertę należy złożyć w nieprzekraczalnym **terminie do dnia 22 lipca 2015 r.** w biurze podawczym Urzędu Miejskiego w Żarach, Pl. Rynek 1-5 68-200 Żary do godz. 15<sup>30</sup>.
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.
11. Oferta sporządzona wadliwie albo niekompletna pozostanie bez rozpatrzenia.

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

1. Otwarcie ofert nastąpi nie później niż w terminie 7 dni od dnia upływu terminu składania ofert w siedzibie Urzędu Miejskiego w Żarach, pl. Rynek 1-5 przez Komisję konkursową powołaną przez Burmistrza Miasta Żary.
2. Komisja zgodnie z Regulaminem konkursu dokona oceny ofert.
3. Z wyłonionym w drodze konkursu podmiotem zostanie zawarta umowa na realizację Programu, której wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia.
4. Konkurs na realizację Programu może zostać przeprowadzony w innym terminie w przypadku nie złożenia ofert lub nie rozstrzygnięcia konkursu.
5. Konkurs zostanie rozstrzygnięty także w przypadku, gdy wpłynie jedna oferta.
6. Burmistrz Miasta Żary ma prawo do odwołania postępowania konkursowego, unieważnienia oraz przesunięcia terminu składania 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 tj. Regulamin konkursu, formularz ofertowy i projekt umowy na realizację programu „Program profilaktyczny z zakresu zapobiegania próchnicy dla dzieci z klas I-III szkół podstawowych których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim” dostępny jest na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Żarach ([www.zary.pl](http://www.zary.pl)), w Biuletynie Informacji Publicznej oraz w Wydziale Spraw Społecznych Urzędu

Miejskiego w Żarach, pl. Rynek 1-5, pokój nr 6A, tel. 68 470 83 71 lub BOM  
wejście C okienko nr 1 tel. 68 470 83 85.

Załączniki:

- 1. Formularz ofertowy**
- 2. Projekt umowy**

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**na Realizatora „Programu profilaktycznego z zakresu zapobiegania próchnicy dla dzieci**  
**z klas I-III szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary**  
**o statusie miejskim”**

(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</b>	(stacjonarny)	(komórkowy)
<b>Fax.</b>		
<b>e-mail</b>		
<b>Nazwa banku i numer konta bankowego</b>		

<b>Do formularza ofertowego należy dołączyć (potwierdzone za zgodność):</b>	Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk		
	Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej		
	Statut (jeśli oferent taki posiada)		
	Decyzję w sprawie nadania numeru NIP		
	Zaświadczenie o nr REGON		
	Polisę bądź zobowiązanie do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej		
<b>Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nich za realizację programu</b>			
<b>Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu polityki zdrowotnej</b>			
<b>Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program</b>			
<b>II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu:</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	Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, termin i wskazanie zlecającego program)
<b>1.</b>			
<b>2.</b>			

3.			
4.			
5.			
<b>III. Informacje o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej</b>			
1. Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych			
<b>IV. Dostępność do świadczeń objętych Programem:</b>			
1. Oferowane poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach programu (co najmniej 3 razy w tygodniu, w tym 1 raz w godzinach popołudniowych, co najmniej do godziny 17:30)			
<b>V. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:</b>			
1. <b>Cena jednostkowa brutto za wykonanie jednego świadczenia (PLN/brutto)</b>		..... zł (słownie:.....).	
w tym:			
• koszt zakupu szczoteczki do zębów, pasty z fluorem i kubeczka		.....	
• koszt diagnostycznego badania stomatologicznego		.....	
• koszt obsługi programu		.....	
2. Cena jednostkowa brutto za przeprowadzenie spotkania edukacyjno-informacyjnego		..... zł (słownie: .....)	
3. Liczba dzieci objętych programem:		1307	

<p><b>4. Koszt całkowity brutto realizacji programu (PLN/brutto)</b>          ((liczba dzieci jak w pkt 3 x koszt jednostkowy wykonania jednego świadczenia jak w pkt 1) + (6* x koszt jednostkowy spotkania edukacyjno-informacyjnego jak w pkt 2))  <b>w przypadku mniejszej ilości dzieci koszt zostanie obniżony.</b></p>	<p>..... zł</p> <p>(słownie :.....)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....)</p>
---	---

\* liczba szkół, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się i nie wnoszę uwag do ogłoszenia o konkursie ofert, Regulaminu konkursu, projektu umowy oraz „Programu profilaktycznego z zakresu zapobiegania próchnicy dla dzieci, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim” ;
- 2) spełniam wszystkie wymagania zawarte w ogłoszeniu o konkursie oraz jego regulaminie;
- 3) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
- 4) świadczenia zdrowotne w zakresie profilaktyki próchnicy nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 5) osoby realizujące świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej posiadają kwalifikacje wymagane przez Organizatora;
- 6) przez okres realizacji programu, zobowiązuję się do:
  - a) zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
  - b) zabezpieczenia dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonych w odrębnych przepisach,
  - c) 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,
  - d) utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń – przez cały okres realizacji programu zdrowotnego oraz niezmnieszenia zakresu ubezpieczenia,
  - e) zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej 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

.....  
podpis i pieczętą przedstawiciela/-li oferenta  
upoważnionego/-ych do reprezentowania  
oferenta

Załączniki wymagane do oferty:

1. Kopia 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 2013r. poz. 217) zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydany.
2. Kopia 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. Polisa 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. Statut oferenta.
5. Decyzja w sprawie nadania numeru NIP.
6. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
7. Certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych ( w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji DMJ) (jeśli oferent takie posiada).

**Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację „za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym” oraz pieczętą, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert.**

**Załączniki do ofert powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.**

**-PROJEKT-**

UMOWA Nr ..... /2015

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

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

Danutę Madej - Burmistrza Miasta Żary

przy kontrasygnacie Joanny Wojak - Skarbnika Gminy

zwaną dalej „**Organizatorem**”

a

.....  
.....  
wpisanym do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę  
Lubuskiego, pod numerem: ....., nr NIP zakładu: ....., nr REGON:  
....., reprezentowanym przez:

1 .....

2. ....

zwanej dalej „**Realizatorem**”

§ 1

1. Organizator powierza, a Realizator zobowiązuje się do przeprowadzenia przyjętego Uchwałą Nr VIII/52/15 Rady Miejskiej w Żarach z dnia 12 czerwca 2015 r. programu polityki zdrowotnej p.n. „**Program profilaktyczny z zakresu zapobiegania próchnicy dla dzieci z klas I-III szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim**”, stanowiący załącznik nr 1 do w/w uchwały, zwanego w dalszej części umowy „**Programem**”.
2. Świadczenia przeprowadzone będą w .....  
w (dniach, miesiącach) ..... w godzinach .....
3. Realizator zobowiązuje się do:
  - 1) przeprowadzenia spotkań edukacyjno-informacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci objętych Programem, obejmującej rozpowszechnianie informacji o profilaktyce próchnicy przy udziale Organizatora oraz dyrektorów szkół poświadczone stosownym zaświadczeniem (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do umowy);
  - 2) uzyskanie pisemnej deklaracji udziału rodziców/opiekunów w Programie (wg załącznika Nr 1 do umowy) oraz pisemnego oświadczenia rodziców/opiekunów

o wyrażeniu zgody na przekazanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji Programu (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do umowy);

- 3) zakupu materiałów niezbędnych do realizacji zadania;
- 4) **przeprowadzenia diagnostycznego badania stomatologicznego** : ocena stanu jamy ustnej, zgryzu, oznaczenie wskaźnika puw i PUW, udzielenie porad odnośnie higieny jamy ustnej, przekazanie pisemnych informacji dla rodziców/opiekunów o stanie uzębienia oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania w postaci indywidualnej karty uczestnika programu (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do umowy)
- 5) przeprowadzenia sesji nadzorowanego szczotkowania zębów wraz z zakupem materiałów do jej realizacji (szczoteczka do zębów, pasta z fluorem, kubeczek),
- 6) utylizacji zużytych materiałów i sprzętu medycznego do świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 7) przeprowadzenia ankiet wśród rodziców/opiekunów dotyczących zagadnień promocji zdrowia jamy ustnej na początku realizacji programu (wg załącznika nr 5 do umowy) oraz ankiety ewaluacyjnej po zakończeniu realizacji programu (wg załącznik nr 6 do umowy),
- 8) prowadzenia rejestru świadczeń wykonywanych w ramach Programu w formie papierowej i elektronicznej;
- 9) sporządzenie i złożenie Organizatorowi na jego wniosek pisemnej informacji o przebiegu realizacji programu w terminie 10 dni od daty złożenia wniosku (wg załącznika nr 7 do umowy) ,
- 10) złożenia sprawozdania końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej w terminie 10 dni od zakończenia realizacji zadania (wg załącznika nr 8 do umowy),
- 11) innych ważnych czynności niezbędnych dla realizacji Programu.

## § 2

1. Umowa zawarta jest na czas określony, tj. do 15 grudnia 2015 r.
2. Rozpoczęcie realizacji Programu nastąpi 1 września 2015r. a zakończenie 15 grudnia 2015 r.

## § 3

1. Realizator przyjmuje obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych Programem z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej.
2. Realizator zapewnia, że pomieszczenia w których będą realizowane świadczenia zdrowotne spełniają wymogi przepisów prawa.

#### § 4

1. Realizator oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody, które mogą wystąpić w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy.
2. Realizator oświadcza, że w przypadku, gdy termin obowiązywania polisy, o której mowa w ust. 1 jest krótszy niż termin obowiązywania umowy przedłuży okres ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co najmniej do końca obowiązywania umowy.
3. Realizator na wezwanie Organizatora zobowiązuje się do udostępnienia/przedstawienia do wglądu polisy, o której mowa w ust. 2. W przypadku jej nie udostępnienia/ przedstawienia Organizator może rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia.
4. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy realizacji przedmiotu niniejszej umowy ponosi wyłącznie Realizator.

#### § 5

Realizator zobowiązuje się do :

- 1) sporządzenia imiennego wykazu dzieci objętych Programem wg wzoru stanowiącego załącznik nr 9 do umowy;
- 2) sporządzenia i złożenia Organizatorowi pisemnej informacji o przebiegu realizacji Programu w terminie 10 dni od jego zakończenia.

#### § 6

1. Realizator Programu za wykonanie jednego świadczenia otrzyma wynagrodzenie w wys. .... zł BRUTTO (słownie: ..... ), które obejmuje koszt jednostkowy: koszt zakupu szczoteczki do zębów, pasty z fluorem i kubeczka, koszt diagnostycznego badania stomatologicznego, koszt obsługi programu.
2. Realizator Programu za wykonanie jednostkowego spotkania edukacyjno-informacyjnego otrzyma wynagrodzenie w wys. .... zł BRUTTO (słownie: ..... ).
3. Całkowita wysokość wynagrodzenia Realizatora za wykonanie przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 nie może przekroczyć kwoty ..... zł BRUTTO (słownie: , ..... ) , stanowiącej sumę iloczynu wynagrodzenia o którym mowa w ust. 1 i liczby dzieci objętych programem, tj. 1307 oraz iloczynu wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 2 i liczby szkół, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim.
4. Wysokość wynagrodzenia o którym mowa w ust. 1 i ust. 2 jest ostateczna i nie podlega zmianie.

5. Całkowita wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 3 może ulec zmianie w przypadku udzielenia świadczeń mniejszej liczbie dzieci niż określono w Programie.
6. Realizator zobowiązuje się do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej środków finansowych na realizację Programu.
7. Zapłata wynagrodzenia o którym mowa w ust. 1 następować będzie po wykonaniu cyklu świadczeń, na podstawie złożonej faktury VAT. Do faktury należy załączyć imienny wykaz dzieci objętych Programem (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 9 do umowy) oraz sprawozdanie końcowe z realizacji programu polityki zdrowotnej (wg załącznika nr 8 do umowy).
8. Wynagrodzenie będzie płatne przelewem w terminie 14 dni liczonych od daty otrzymania faktury VAT w raz z załącznikami, na rachunek bankowy Realizatora .....
9. Za dzień płatności uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Organizatora.

## § 7

1. Realizator zobowiązuje się do poddania kontroli na każde żądanie Organizatora.
2. Dokumentacja finansowo-księgowa, dotycząca realizacji przedmiotu umowy, powinna być przechowywana w siedzibie Realizatora i być udostępniana do wglądu dla Organizatora na żądanie zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji Programu.
3. Realizator zobowiązany jest do poddania się kontroli dokonywanej w miejscu wykonania umowy lub w miejscu wyznaczonym przez Zleceniodawcę oraz przekazywania Organizatorowi w formie pisemnej wszelkich informacji, sprawozdań i wyjaśnień, dotyczących realizacji zadania.
4. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządza pisemny protokół w dwóch egzemplarzach.
5. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany Realizator ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są Organizatorowi na piśmie.
6. Organizator udziela odpowiedzi Realizatorowi na piśmie w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Realizatora wyjaśnień.
7. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli nienależnego wykonania umowy i niezgodnego z treścią umowy, Organizator 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.

## § 8

1. Umowa może zostać przez Organizatora rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy, nieterminowego oraz nienależytego wykonania umowy, zmniejszenia zakresu rzeczowego umowy, a także w przypadku stwierdzenia podwójnego wykazania w sprawozdawczości tych samych osób objętych programem świadczeń oraz 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.

## § 9

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.

## § 10

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.

## § 11

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

.....  
ORGANIZATOR

.....  
REALIZATOR

Załącznik nr 1 do umowy

**DEKLARACJA UDZIAŁU W „PROGRAMIE PROFILAKTYCZNYM Z ZAKRESU  
ZAPOBIEGANIA PRÓCHNICY DLA DZIECI Z KLAS I-III SZKÓŁ  
PODSTAWOWYCH, KTÓRYCH ORGANEM ZAŁOŻYCIELSKIM JEST GMINA  
ŻARY O STATUSIE MIEJSKIM”**

**REALIZOWANY WRZESIEŃ-GRUDZIEŃ 2015r.**

Podstawa prawna: Uchwała Rady Miejskiej w Żarach nr VIII/52/15 z dnia 12.06.2015r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu zapobiegania próchnicy

Składający: Deklarację składają rodzice/opiekunowie prawni dziecka uczęszczającego do klas I-III szkoły podstawowej którego organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim.

Termin składania: ..... 2015r.

Miejsce składania: Urząd Miejski w Żarach, ul. Rynek 1-5, 68-200 Żary

(za pośrednictwem dyrektorów szkół podstawowych)

**A. DANE DZIECKA**

1. IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA .....
2. PESEL .....
3. DATA URODZENIA ..... 4. MIEJSCE URODZENIA .....
5. ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA :  
Miejscowość:                      Ulica:                      Nr domu/lokalu:  
Kod pocztowy:                      Poczta:
6. ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA:  
Miejscowość:                      Ulica:                      Nr domu/lokalu:  
Kod pocztowy:                      Poczta:
7. NAZWA I ADRES SZKOŁY PODSTAWOWEJ DO KTÓREJ UCZĘSZCZA DZIECKO:  
Nazwa szkoły:                      Klasa:  
Miejscowość:                      Ulica:                      Nr budynku:  
Kod pocztowy:                      Poczta:

**B. DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH SKŁADAJĄCYCH DEKLARACJĘ**

1. IMIĘ I NAZWISKO OJCA/OPIEKUNA .....
2. ADRES ZAMIESZKANIA OJCA/OPIEKUNA:  
Kraj:                      Województwo:                      Powiat:  
Miejscowość:                      Ulica:                      Nr domu/lokalu:  
Gmina:                      Kod pocztowy:                      Poczta:
3. ADRES DO KORESPONDENCJI OJCA/OPIEKUNA:  
Miejscowość:                      Ulica:                      Nr domu/lokalu:  
Kod pocztowy:                      Poczta:
4. DANE KONTAKTOWE OJCA/OPIEKUNA ( *podanie danych kontaktowych jest nieobowiązkowe*):  
Nr telefonu:                      Adres e-mail:



Załącznik nr 2 do umowy

Żary, .....

.....  
(imię i nazwisko uczestnika  
programu polityki zdrowotnej)

.....  
(PESEL)

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych

.....  
(imię i nazwisko uczestnika programu polityki zdrowotnej oraz rodziców/opiekunów prawnych uczestnika)

w zakresie: imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, do Gminy Żary o statusie miejskim, przy pl. Rynek 1-5 oraz ich przetwarzanie na potrzeby realizacji programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyczny z zakresu zapobiegania próchnicy dla dzieci z klas I-III szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim”.

Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach, w szczególności o dobrowolności podania danych, prawie dostępu do treści danych i ich poprawiania oraz możliwości odwołania niniejszej zgody w każdym czasie. Mam jednocześnie świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych lub jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w przedmiotowym programie.

.....  
( imię i nazwisko oraz podpis rodzica/opiekuna  
prawnego uczestnika programu)

Pouczenie:

Oświadczenie należy złożyć w zamkniętej kopercie na Biuro Podawcze Urzędu Miejskiego w Żarach, pl. Rynek 1-5, 68-200 Żary. Na kopercie umieścić dopisek: „Nie otwierać program profilaktyki próchnicy”

.....  
(pieczęć szkoły)

### ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że realizator „Programu profilaktycznego z zakresu zapobiegania próchnicy dla dzieci z klas I-III szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Żary o statusie miejskim” w roku 2015

.....  
(nazwa realizatora)

zrealizował na terenie szkoły spotkanie informacyjno-edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych zgodnie z następującym harmonogramem:

<b>Edukacja zdrowotna</b>	<b>Data przeprowadzenia edukacji zdrowotnej</b>	<b>Liczba uczestników edukacji zdrowotnej</b>
Spotkanie informacyjno-edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych		

.....  
(pieczęć i podpis realizatora programu)

.....  
(pieczęć i podpis dyrektora szkoły)

**KARTA UCZESTNIKA PROGRAMU**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Szkoła podstawowa/klasa.....

## 1. Ocena stanu uzębienia:

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			

			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

(cyfry I-V oznaczają zęby mleczne, 1-8 zęby stałe)

Oznaczenie symboli używanych w diagramie:

Z – ząb zdrowy

N – ząb niewyrżnięty

U – ząb usunięty

E – ząb do usunięcia

W – ząb wypełniony

P – ząb do wypełnienia

T – uraz

F – uszczelnienie bruzd

Wskaźnik PUW : .....

 NISKI (dobry) WYSOKI (zły)

Wskaźnik puw: .....

 NISKI (dobry) WYSOKI (zły)

PUW/puw – liczba zębów z próchnicą usuniętych lub wypełnionych

## 2. Przyzębie

 ZDROWE CHORE

## 3. Zgryz

 PRAWDŁOWY NIEPRAWDŁOWY

## 4. Stan higieny jamy ustnej

 DOBRY ZŁY

## 5. Wskazania i zalecenia

.....

.....

.....

Data .....

.....  
( Podpis i pieczęć lekarza)

## ANKIETA

Szanowni Państwo,

*uprzejmie prosimy o wypełnienie wstępnej ankiety związanej z realizacją programu profilaktycznego z zakresu zapobiegania próchnicy prowadzonego przez Gminę Żary o statusie miejski, w którym uczestniczy Państwa dziecko. Uzyskane informacje posłużą do przygotowania dalszych działań związanych z promocją zdrowia jamy ustnej. Ankieta jest anonimowa, nie wymaga podawania imienia i nazwiska.*

1. Czy matka dziecka odbyła wizytę u stomatologa w okresie ciąży?  
 TAK  NIE
2. Czy lekarz prowadzący ciążę (ginekolog) zalecił matce dziecka konsultację stomatologiczną?  
 TAK  NIE
3. Czy lekarz pediatra omówił z matką/ojcem dziecka aspekty dbania o higienę jamy ustnej u dziecka?  
 TAK  NIE
4. W jakim wieku dziecko po raz pierwszy było u stomatologa?
5. Jak często dziecko odbywa wizyty kontrolne u stomatologa?  
 częściej niż raz na pół roku  rzadziej niż raz na pół roku
6. Czy dziecko miało usuwane zęby z powodu próchnicy?  
 TAK  NIE
7. Czy Państwa dziecko szczotkuje zęby?  
 TAK  NIE
8. Ile razy dziennie Państwa dziecko szczotkuje zęby?  
 3 i więcej razy dziennie  1-2 razy dziennie  
 rzadziej niż 1 raz dziennie  nie myje zębów
9. Czy chcieliby Państwo, aby przynajmniej raz w roku przeglądy stomatologiczne odbywały się w szkole?  
 TAK  NIE
10. Czy znają Państwo skutki wynikające z złej higieny jamy ustnej?  
 TAK  NIE
11. Jakie produkty do higieny jamy ustnej dziecko stosuje?  
 pasta z fluorem  nić dentystyczna  
 płyn do ust  szczoteczki międzyzębowe
12. Kiedy według Państwa należy zacząć dbać o higienę jamy ustnej dzieci?  
 przed pojawieniem się pierwszych zębów  około 6 m-ca życia  
 około 3 roku życia  około 6 roku życia
13. Jak oceniają Państwo dostępność usług stomatologicznych?

.....

(miejscowość i data)

## ANKIETA ewaluacyjna

### „PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO Z ZAKRESU ZAPOBIEGANIA PRÓCHNICY DLA DZIECI Z KLAS I-III SZKÓŁ PODSTAWOWYCH, KTÓRYCH ORGANEM ZAŁOŻYCIELSKIM JEST GMINA ŻARY O STATUSIE MIEJSKIM” REALIZOWANY WRZESIEŃ-GRUDZIEŃ 2015r.

Szanowni Państwo,

uprzejmie prosimy o wypełnienie ankiety ewaluacyjnej realizacji programu profilaktycznego z zakresu zapobiegania próchnicy prowadzonego przez Gminę Żary o statusie miejski, w którym uczestniczy Państwa dziecko. Uzyskane informacje posłużą do oceny efektywności Programu i weryfikacji jego celowości. Ankieta jest anonimowa, nie wymaga podawania imienia i nazwiska.

1. Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę w zakresie poniższych zagadnień ( w skali ocen od 1 do 5, gdzie 5 to najwyższa ocena)?

1.1. Zapobiegania powstawania próchnicy i chorób dziąseł u dzieci?

1.2. Zachęcania dzieci do dbania o zęby poprzez ich codzienne mycie i wizyty u dentysty?

1.3. Czynników wpływających na rozwój próchnicy u dzieci?

2. Czy uważa Pan/Pani, że uczestnictwo w Programie było korzystne dla zdrowia Pana/Pani dziecka?

TAK

RACZEJ TAK

NIE

RACZEJ NIE

NIE WIEM

3. Czy uczestnictwo w programie zwiększyło Pana/Pani wiedzę w zakresie profilaktyki stomatologicznej?

TAK

RACZEJ TAK

NIE

RACZEJ NIE

NIE WIEM

4. Czy uzyskana przez Pana/Panią wiedza będzie wykorzystywana w dalszej opiece nad dzieckiem?

NIEZBĘDNA

PRZYDATNA

MAŁO PRZYDATNA

NIEPOTRZEBNA

5. Jak ocenia Pan/Pani zaangażowanie personelu medycznego realizującego program?

DOBRZE

RACZEJ DOBRZE

ŹLE

RACZEJ ŹLE

NIE WIEM

(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć firmowa)

.....  
(miejscowość, data)

**INFORMACJA O PRZEBIEGBU REALIZACJI**

**„PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO Z ZAKRESU ZAPOBIEGANIA PRÓCHNICY DLA DZIECI Z KLAS I-III SZKÓŁ PODSTAWOWYCH, KTÓRYCH ORGANEM ZAŁOŻYCIELSKIM JEST GMINA ŻARY O STATUSIE MIEJSKIM”**

1. Okres realizacji świadczeń:

--

2. Liczba dzieci objętych świadczeniami:

--

3. Procentowa liczba dzieci przystępujących do programu:

--

4. Wykonanie świadczeń:

L.p.	Świadczenie	Jednostka rozliczeniowa	Plan	Wykonanie	Koszt
1.	Sesja nadzorowanego szczotkowania zębów	1 zajęcie			
2.	Diagnostyczne badanie stomatologiczne	1 badanie			
3.	Spotkanie edukacyjno-informacyjne z rodzicami	1 spotkanie			
4.	Materiały dydaktyczne – wymienić wg rodzaju	np. sztuka, komplet, pakiet			
				Ogółem:	

.....  
pieczęć i podpis

.....  
(pieczęćka firmowa)

.....  
(miejscowość, data)

**FORMULARZ SPRAWOZDANIA KOŃCOWEGO  
MERYTORYCZNO-FINANSOWEGO**

**„PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO Z ZAKRESU ZAPOBIEGANIA  
PRÓCHNICY DLA DZIECI Z KLAS I-III SZKÓŁ PODSTAWOWYCH, KTÓRYCH  
ORGANEM ZAŁOŻYCIELSKIM JEST GMINA ŻARY O STATUSIE MIEJSKIM”**

**I. Informacje ogólne**

1. Czy świadczenia były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą Żary o statusie miejskim a Realizatorem programu?  
 TAK  NIE
2. Czy świadczenia udzielane były przez osoby wskazane w ww. umowie?  
 TAK  NIE

**II. Informacje o programie**

1. Okres realizacji świadczeń:

2. Zrealizowane działania informacyjno-edukacyjne:

3. Liczba uczestników programu:

4. Narzędzia monitorowania zastosowane do bieżącej kontroli realizacji programu:

5. Wyniki realizacji programu:

Liczba przeprowadzonych spotkań informacyjno-edukacyjnych z rodzicami	
Liczba uczestników programu, u których wykonano diagnostyczne badanie stomatologiczne	
Liczba przeprowadzonych sesji instruktażowych higieny jamy ustnej	
Liczba wydanych kart uczestnika programu	
Ilość materiałów dydaktycznych przekazanych uczestnikom programu (proszę wymienić wg rodzaju): - ..... - .....	
Ilość pozostałych materiałów wykorzystanych do realizacji programu (proszę wymienić wg rodzaju): - ..... - .....	

6. Wnioski z realizacji programu:

--

**III. Rozliczenie finansowe programu:**

1. Koszt realizacji programu zgodnie z zawartą umową:	
2. Kwota wydatkowana na realizację programu:	
3. Wysokość kwoty, która nie została wykorzystana w programie nie wykorzystano z powodu:	

**IV. Dodatkowe informacje:**

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

**V. Załączniki:**

(materiały informacyjno-edukacyjne wykorzystywane w programie, informacje prasowe, publikacje i in.)

1. ....
2. ....
3. ....

**VI. Liczba załączonych (bez danych osobowych) egzemplarzy indywidualnych kart uczestnika programu:**

.....

podpis i pieczęć osoby upoważniona do reprezentowania Realizatora programu

