

Zarządzenie Nr 240/2017

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 15 września 2017 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek” w 2017 r. oraz powołania Komisji Konkursowej do przeprowadzenia postępowania .

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446, poz. 1579 i poz. 1948, z 2017 r. poz. 730 i poz. 935), art. 4 ust. 1 pkt 2, art. 91 w związku z art. 92 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2016 r. poz. 814, poz. 1579, poz. 1948, z 2017 r. poz. 730 i poz. 935), art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 i 5 i art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, poz. 1807, poz. 1860, poz. 1948, poz. 2138, poz. 2173 i poz. 2250, z 2017 r. poz. 759, poz. 777, poz. 844, poz. 858, poz. 1089, poz. 1139, poz. 1200, poz. 1292 i poz. 1386) i Uchwały Nr XXXVIII/101/2017 Rady Miasta Włocławek z dnia 28 sierpnia 2017 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek” na lata 2017-2019

#### zarządza się, co następuje:

- § 1. 1. Ogłasza się konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek” w 2017 r.
2. Treść ogłoszenia o konkursie, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 1 do zarządzenia.
  3. Wzór oferty stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia
  4. Ramowy wzór umowy na realizację programu stanowi załącznik nr 3 do zarządzenia.
  5. Wzór sprawozdania miesięcznego z realizacji programu stanowi załącznik nr 4 do zarządzenia.
  6. Wzór sprawozdania końcowego z realizacji programu stanowi załącznik nr 5 do zarządzenia.
  7. Wzór zgody na wykonanie szczepienia stanowi załącznik nr 6 do zarządzenia.
- § 2. Ogłoszenie publikuje się poprzez zamieszczenie:
- 1) w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Włocławek - [www.bip.um.wlocl.pl](http://www.bip.um.wlocl.pl),
  - 2) na stronie internetowej Urzędu Miasta Włocławek - [www.wloclawek.pl](http://www.wloclawek.pl),
  - 3) na tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta Włocławek, Zielony Rynek 11/13.
- § 3. Termin składania ofert wyznaczony zostaje na 15 dni od daty opublikowania ogłoszenia, o którym mowa w §1 ust. 2.
- § 4. 1. W celu przeprowadzenia konkursu, o którym mowa w § 1 ust. 1, powołuje się Komisję Konkursową, zwaną dalej Komisją, w składzie :
- 1) Pani Barbara Moraczewska – Zastępca Prezydenta Miasta Włocławek ds. edukacji i spraw społecznych – Przewodnicząca Komisji
  - 2) Pan Piotr Bielicki - dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego – Zastępca Przewodniczącej Komisji,
  - 3) Pani Joanna Kowalewska – główny specjalista w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego - Członek Komisji
  - 4) Pani Marta Molewska – inspektor w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego – Członek Komisji,
  - 5) Pani Monika Michalak – inspektor w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego – Członek Komisji.

2. Członek Komisji podlega wyłączeniu od udziału w komisji, gdy oferentem jest:
  - 1) jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia,
  - 2) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
  - 3) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
  - 4) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej.
3. W sytuacji, o której mowa w ust. 2, Prezydent Miasta Włocławek może uzupełnić skład i powołać do Komisji nowego członka.
4. Prace Komisji są ważne przy udziale co najmniej 3 członków Komisji.
5. Komisja z przebiegu prac sporządza protokół.
6. Komisja przedkłada Prezydentowi Miasta Włocławek propozycję co do wyboru ofert najpóźniej w terminie trzech tygodni od dnia otwarcia ofert.

§ 5. Wykonanie zarządzenia powierza się Dyrektorowi Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek.


- § 6.
1. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.
  2. Zarządzenie podlega podaniu do publicznej wiadomości poprzez ogłoszenie w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Włocławek.

PREZYDENT MIASTA

  
dr Marek Wojtkowski

Projekt  
Sprawozdania  
pod kątem  
Regulacyjny

RADCA PRAWNY

  
mgr Anna Kaniewska

Tr. Wł. - 186

12.09.2016

## UZASADNIENIE

Rada Miasta Włocławek Uchwałą Nr XXXIII/101/2017 z dnia 28 sierpnia 2017 r. przyjęła „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek” na lata 2017-2019. Wobec powyższego zachodzi konieczność dokonania wyboru realizatora programu w 2017 r. W tym celu ogłasza się konkurs ofert. W ogłoszeniu o przeprowadzeniu konkursu umieszcza się wszelkie niezbędne dla wnioskodawców informacje, jak: przedmiot konkursu, wymagania stawiane oferentom, termin i miejsce składania ofert.

Konkurs zostanie ogłoszony w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie internetowej Urzędu Miasta Włocławek, a także na tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta Włocławek.

Rozstrzygnięcia konkursu dokona Prezydent Miasta Włocławek na podstawie protokołu sporządzonego przez Komisję Konkursową powołaną w celu przeprowadzenia konkursu.

ZASTĘPCA PREZYDENTA  
*BM*  
dr Barbara Moraczewska

DYREKTOR WYDZIAŁU

14.09.2017  
Piotr Bielecki

*MB*

Załącznik Nr 1

do Zarządzenia Nr 240/2017

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 15. września 2017r.

## OGŁOSZENIE

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446 z późn. zm.), art. 4 ust. 1 pkt 2, art. 91 w związku z art. 92 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2016 r. poz. 814 z późn. zm.), art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 i 5 i art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.) i Uchwały Nr XXXIII/101/2017 Rady Miasta Włocławek z dnia 28 sierpnia 2017 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek” na lata 2017-2019

### Prezydent Miasta Włocławek

**ogłasza konkurs i zaprasza do składania ofert na realizację programu polityki zdrowotnej  
pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych  
na terenie miasta Włocławek” w 2017 r.**

#### I. Ogólne zasady postępowania konkursowego

1. Udzielającym zamówienia jest Gmina Miasto Włocławek reprezentowana przez Prezydenta Miasta Włocławek.
2. Konkurs prowadzi komisja konkursowa powołana przez Prezydenta Miasta Włocławek.
3. Postępowanie jest prowadzone na podstawie:
  - 1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.),
  - 2) niniejszego ogłoszenia konkursu ofert.

#### II. Przedmiot konkursu:

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora, który zorganizuje i przeprowadzi w 2017 r. program polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek”, zwany dalej programem, stanowiący załącznik do Uchwały Nr XXXIII/101/2017 Rady Miasta Włocławek z dnia 28 sierpnia 2017 r.<sup>1</sup>, z zachowaniem założeń w nim określonych.

#### III. Zakres i wymagania dotyczące realizacji programu.

1. W ramach programu realizator zrealizuje szczepienia osób w wieku 65 lat i więcej zamieszkałych na terenie miasta Włocławek.  
*/uwaga: w 2017 r. przewidywane jest zaszczepienie w ramach programu 1 300 osób urodzonych do 1952 r./*
2. Świadczenia będą udzielane dobrowolnie i bezpłatnie, po uzyskaniu pisemnej zgody uczestnika programu.
3. Zakres działań w ramach programu obejmuje:
  - 1) opracowanie harmonogramu szczepień,
  - 2) działania informacyjno-edukacyjne,
  - 3) badania lekarskie i kwalifikację do szczepienia,
  - 4) uzyskanie zgody uczestnika programu na szczepienie,
  - 5) wykonanie szczepień z zapewnieniem niezbędnych do tego celu środków medycznych (podanie 1 dawki szczepionki zarejestrowanej w Polsce na sezon epidemiczny 2017/2018),
  - 6) prowadzenie niezbędnej (wymaganej przepisami prawa) dokumentacji medycznej dotyczącej szczepienia ochronnego,

<sup>1</sup> Treść programu dostępna na stronie [www.bip.um.wlocl.pl](http://www.bip.um.wlocl.pl) w zakładce „Uchwały Rady Miasta”

- 7) monitoring jakości świadczeń w programie (obligatoryjnie w formie anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród uczestników - wzór ankiety stanowi załącznik nr 1 do umowy)
  - 8) sporządzanie sprawozdań<sup>2</sup> z realizacji programu i przekazywanie ich do Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek.
4. Minimalne wymagania stawiane realizatorowi programu:
- 1) w zakresie personelu udzielającego świadczeń:
    - a) co najmniej 1 lekarz udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,
    - b) co najmniej 1 pielęgniarka/położna z uprawnieniami do wykonywania szczepień,
    - c) personel posiadający doświadczenie w realizacji działań informacyjno-edukacyjnych będących przedmiotem programu,
  - 2) w zakresie wyposażenia:
    - a) wyposażenie gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie,
    - b) posiadanie sprzętu niezbędnego do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych.
  - 3) w zakresie dostępności do świadczeń:
    - a) badania lekarskie oraz szczepienia mogą być wykonywane wyłącznie na terenie miasta Włocławek,
    - b) dostępność do świadczeń co najmniej 3 razy w tygodniu, w tym 1 raz w godzinach popołudniowych lub w sobotę,

#### IV. Okres realizacji programu:

Rozpoczęcie realizacji programu winno nastąpić w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy i trwać do 30 listopada 2017 r. Szczegółowy termin realizacji zadania określi umowa zawarta pomiędzy Gminą Miasto Włocławek a oferentem/oferentami wybranymi w toku postępowania konkursowego.

#### V. Wysokość środków publicznych planowanych na realizację programu:

Na realizację programu zaplanowano **50 000 zł brutto (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych)**, w tym na działania edukacyjne do 3 000 zł (słownie: trzy tysiące złotych).

#### VI. Zasady przyznawania środków publicznych na realizację zadania

1. W ramach otwartego konkursu ofert może zostać wybrana więcej niż jedna oferta na realizację programu.
2. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji, finansowania i rozliczania zadania reguluje umowa zawarta pomiędzy oferentem a Gminą Miasto Włocławek.

#### VII. Oferenci:

1. W otwartym konkursie ofert mogą wziąć udział świadczeniodawcy określani w art. 5 pkt. 41 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Udzielający zamówienia dopuszcza udzielanie świadczeń zdrowotnych przez jednego lub kilku oferentów.

#### VIII. Sposób przygotowania oferty:

1. Oferta powinna być sporządzona wg obowiązującego wzoru<sup>3</sup>.
2. Oferent wraz z ofertą składa wszystkie wymagane załączniki.
3. Formularz oferty oraz szczegółowe materiały informacyjne można otrzymać w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek, ul. Kościuszki 12, pokój nr 20, lub pobrać z Biuletynu Informacji Publicznej Urzędu Miasta Włocławek.
4. Wzór oferty nie może być zmodyfikowany poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
5. Oferta musi być podpisana i opieczątowana przez przedstawiciela(-li) oferenta upoważnionego(-ych) do reprezentowania oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu.

<sup>2</sup> wzór sprawozdania miesięcznego i końcowego z realizacji programu stanowią załączniki Nr 4 i 5 do Zarządzenia Nr 240/2017 Prezydenta Miasta Włocławek z dnia 15 września 2017 r.

<sup>3</sup> wzór oferty stanowi załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 240/2017 Prezydenta Miasta Włocławek z dnia 15 września 2017 r.

6. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie opisanej poprzez oznaczenie nazwy i adresu podmiotu oraz opatrzonej informacją: „oferta na konkurs na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek” w 2017 r.”
7. Oferent może wprowadzić, z zastrzeżeniem pkt. 5, zmiany do oferty lub wycofać złożoną ofertę przed upływem terminu składania ofert.
8. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

#### **IX. Dokumenty i oświadczenia wymagane od oferentów.**

1. Dokumenty:
  - 1) Aktualny wydruk/odpis z Rejestru Pomiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub kopia zaświadczenia o wpisie do tego rejestru,
  - 2) Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, np. kopia umowy spółki),
  - 3) Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta,
  - 4) Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu.
2. Oświadczenia oferenta:
  - 1) O niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego,
  - 2) Oświadczenie, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach programu posiadają wymagane kwalifikacje,
  - 3) Oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców.
  - 4) Oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach programu polityki zdrowotnej nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami,
3. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta.

#### **X. Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących konkursu.**

1. Informacje dotyczące konkursu ofert udzielane będą w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek, tel. 054 414 43 87.
2. Oferent może wystąpić z pisemnym/mailowym zapytaniem dotyczącym warunków konkursu ofert. Wyjaśnienia udzielane będą niezwłocznie za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres wskazany w tym zapytaniu.
3. Termin przyjmowania zapytań upływa na 3 dni przed terminem składania ofert.

#### **XI. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Ofertę należy złożyć w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek, ul. Kościuszki 12, pokój nr 20, w godzinach urzędowania (poniedziałek, środa, czwartek w godz. 7.30-15.30, wtorek w godz. 7.30-17.00, piątek w godz. 7.30-14.00) lub nadesłać za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe (decyduje data stempla pocztowego).
2. Ostateczny termin składania ofert upływa ..... 2 października 2017 r.
3. Wszystkie oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone i zwrócone oferentom bez otwierania koperty.

#### **XII. Termin związania ofertą.**

Termin związania ofertą jest nie dłuższy niż 30 dni od upływu terminu składania ofert.

#### **XIII. Otwarcie, ocena i wybór oferty.**

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu ..... 4 października 2017 r. o godz. 10<sup>00</sup> w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek, ul. Kościuszki 12 – pokój nr 21.
2. Konkurs ofert składa się z dwóch etapów.
3. W pierwszym etapie komisja konkursowa przeprowadza ocenę formalną, dokonując kolejno następujących czynności:

- 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - 2) otwiera koperty z ofertami,
  - 3) dokonuje oceny ofert pod względem formalnym,
  - 4) w przypadku wystąpienia braków, Komisja wzywa oferenta do uzupełnienia oferty w terminie 3 dni roboczych. W przypadku nieuzupełnienia oferty, oferta podlega odrzuceniu przez Komisję.
4. W drugim etapie komisja konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty/najkorzystniejszych ofert dla udzielającego zamówienie, dokonując kolejno następujących czynności:
- 1) ocenia oferty pod względem merytorycznym stosując następujące kryteria oraz ich punktację:
    - a) możliwość realizacji programu zgodnie ze standardami (zasoby kadrowe, warunki lokalowe i wyposażenie): **do 40 pkt**,
    - b) koszt realizacji świadczeń (ogólny i jednostkowy): **do 30 pkt**,
    - c) zasięg realizacji proponowanych działań w ramach programu (liczba odbiorców, dostępność do świadczeń, czas trwania programu): **do 20 pkt**,
    - d) doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych, w tym o podobnym charakterze: **do 10 pkt.**,  
(Oferta może uzyskać maksymalnie 100 pkt. Punktacja końcowa obliczana jest jako średnia arytmetyczna punktów przyznanych przez członków komisji konkursowej w poszczególnych kryteriach).
  - 2) odrzuca oferty nie spełniające kryteriów merytorycznych, tj. oferty, które otrzymały poniżej 70 pkt.
  - 3) w przypadku większej liczby ofert (tj. powyżej 1 oferty), które otrzymały więcej niż 70 pkt. przeprowadza dalsze postępowanie i zaprasza oferentów do indywidualnych negocjacji mających na celu ustalenie ceny jednostkowej świadczeń (w odniesieniu do ceny najkorzystniejszej dla udzielającego zamówienia), liczby świadczeń do wykonania oraz liczby osób objętych programem przez każdego z nich oraz dokonuje podziału środków pomiędzy oferentów w proporcjach uzależnionych od wysokości punktacji uzyskanej w ocenie merytorycznej i zaproponowanego przez oferenta zakresu realizacji programu (liczba świadczeń, liczba odbiorców).
5. Uregulowania dotyczące drugiego etapu mają zastosowanie także wtedy, gdy w wyniku ogłoszenia konkursu zostanie złożona 1 oferta.
6. W toku badania i oceny ofert komisja konkursowa może:
- 1) zwrócić się do oferentów o udzielenie wyjaśnień dotyczących treści merytorycznej złożonych ofert,
  - 2) poprawić w tekście oferty oczywiste omyłki pisarskie.
7. Komisja Konkursowa po zakończeniu drugiego etapu konkursu ofert przedłoży Prezydentowi Miasta Włocławek rekomendacje co do wyboru oferty/ofert wraz z propozycją wysokości środków na realizację programu.
8. Rozstrzygnięcia konkursu dokona Prezydent Miasta Włocławek w formie zarządzenia, na podstawie protokołu z przebiegu konkursu sporządzonego przez komisję konkursową, w ciągu 14 dni od upływu terminu składania ofert.
9. Komisja konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie oraz zamieszcza informację na tablicy ogłoszeń w siedzibie oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Włocławek.
10. Do decyzji Prezydenta Miasta Włocławek w sprawie wyboru oferty/ofert nie stosuje się trybu odwoławczego.

#### XIV. Zawarcie umowy.

Umowy z oferentami wybranymi w toku postępowania konkursowego zostaną zawarte w terminie 5 dni roboczych od daty publikacji zarządzenia Prezydenta Miasta Włocławek o rozstrzygnięciu konkursu w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Włocławek<sup>4</sup>.

#### XV. Postanowienia końcowe.

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert, udzielający zamówienia może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych, o czym niezwłocznie informuje oferentów oraz umieszcza informację w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Włocławek.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do:
  - 1) odwołania konkursu ofert bez podania przyczyny,

<sup>4</sup> ramowy wzór umowy stanowi załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr 240/2017... Prezydenta Miasta Włocławek z dnia 15 września 2017r.

- 2) przesunięcia terminu składania i otwarcia ofert oraz przesunięcia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny,
- 3) odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych (m.in. zmian w budżecie Miasta),
3. Kwota przyznana na realizację programu może być niższa od wskazanej w ogłoszeniu.
4. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do zakończenia realizacji programu polityki zdrowotnej, gdy szczepienia będą refundowane ze środków publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego.

**PREZYDENT MIASTA**

*dr Marek Wojtkowski*



Załącznik nr 2

do Zarządzenia Nr 240/2017

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 15.11.2014 r.

.....  
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....  
(miejscowość, data)

## OFERTA

**program polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek” w 2017 r.**

### I. Dane dotyczące Oferenta

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

4. Nr identyfikacyjny NIP:

5. Nr identyfikacyjny Regon:

6. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

7. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

9. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych i podejmujący działania w ramach programu:

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
Pielęgniarka/położna (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
Osoba prowadząca działalność edukacyjno-informacyjną (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	

10. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych i wyposażenia punktu szczepień):

--

11. Inne wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu:

--

## **II. Informacje o programie**

1. Planowane działania informacyjne, sposób rekrutacji uczestników programu:

--

2. Planowana liczba uczestników programu (w tym wskazanie np. rejonu, osiedla):

--

3. Liczba osób powyżej 65 roku życia z aktywnej listy pacjentów poz zamieszkujących we Włocławku, nad którymi Oferent sprawuje profilaktyczną opiekę (wg stanu na dzień składania oferty):

--

4. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny wykonywania szczepień, sposoby rejestracji uczestników programu, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym udziału w programie:

--

5. Opis działań edukacyjno-informacyjnych:

--

**III. Plan finansowy – preliminarz kosztów**

Lp.	Świadczenie	Liczba jednostek	Rodzaj miary	Koszty realizacji	
				Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Wartość (kwota brutto w zł)
1.	Wykonanie szczepienia ochronnego szczepionką (1 dawka), w tym: 1) Przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikacyjnego. 2) Wykonanie szczepienia. 3) Wypełnienie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych. 4) Czynności organizacyjno – administracyjno - techniczne i inne koszty (np. utylizacji)		szczepienie		
2.	Przeprowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych.		zadanie		
Planowany koszt całkowity realizacji programu – kwota brutto w zł:					
słownie:					

**IV. Informacje dodatkowe.**

1.	Doświadczenie Oferenta w realizacji programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia, w tym szczególnie w zakresie szczepień ochronnych (rodzaje programów, termin realizacji, zleceńodawca programu)	
----	---	--

**Jednocześnie Oferent oświadcza, że:**

1. zapoznał się z treścią „Programu szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek” stanowiącego załącznik do Uchwały Nr XXXIII/101/2017 Rady Miasta Włocławek a dnia 28 sierpnia 2017 r.
2. zapoznał się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Włocławek,
3. zapoznał się z wzorem i zaakceptował warunki umowy,
4. wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....  
 podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych  
 do reprezentowania oferenta

---

**Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:**

1. aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub kopię aktualnego zaświadczenia o wpisie do tego rejestru.
2. kopię statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, np. kopię umowy spółki),
3. upoważnienie do podpisania oferty o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez Oferenta,
4. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu,
5. oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego
6. oświadczenie, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach programu posiadają wymagane kwalifikacje,
7. oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców,
8. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

Załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr 240/2017

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 15 września 2017 r.

Ramowy wzór umowy na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek” w 2017 r.

## UMOWA NR .....

zawarta w dniu ..... we Włocławku pomiędzy Gminą Miasto Włocławek z siedzibą we Włocławku, Zielony Rynek 11/13, zwaną dalej **Zamawiającym**, reprezentowaną przez **Prezydenta Miasta Włocławek** oraz za kontrasygnatą **Skarbnika Miasta**

a ..... z siedzibą w .....

(numer wpisu do rejestru, nazwa organu prowadzącego rejestr)

zwanym dalej **Świadczeniodawcą**, w imieniu którego działają:

...

w rezultacie dokonania przez Zamawiającego wyboru oferty Świadczeniodawcy w drodze konkursu ofert, przeprowadzonego na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), strony zawierają umowę o treści następującej:

### § 1

1. Przedmiotem umowy jest realizacja w 2017 r. programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek” zwanego dalej programem.
2. W ramach realizacji programu Zamawiający zleca, a Świadczeniodawca zobowiązuje się do:
  - 1) zakupu szczepionek oraz przechowywania ich zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami producenta,
  - 2) uzyskania pisemnej zgody wykonanie szczepienia,
  - 3) udzielania następujących świadczeń zdrowotnych:
    - a) przeprowadzenia lekarskich badań kwalifikacyjnych w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepień,
    - b) wykonania szczepień z zapewnieniem środków medycznych niezbędnych do tego celu,
  - 4) prowadzenia rejestracji uczestników programu,
  - 5) prowadzenia niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepienia ochronnego (m.in. sporządzenia stosownych sprawozdań i przekazanie ich do właściwych instytucji, zgłoszenia niepożądanego odczynu poszczepiennego),
  - 6) przeprowadzenia działań edukacyjno-informacyjnych,
  - 7) przeprowadzenie oceny jakości świadczeń w formie anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród uczestników programu (wzór ankiety stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy)
  - 8) sporządzania sprawozdań z realizacji programu i przekazywania ich do Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek.
3. Zakres, zasady organizacji programu, w tym działań informacyjno-edukacyjnych oraz świadczeń zdrowotnych określone zostały w Uchwale Nr XXX/101/2017 Rady Miasta Włocławek z dnia 28 sierpnia 2017 r., ofercie Świadczeniodawcy i protokole negocjacji stanowiących odpowiednio załączniki nr 2, 3 i 4 do niniejszej umowy.

## § 2

1. Realizacja programu rozpoczyna się z dniem zawarcia umowy, a zakończona będzie do dnia 30 listopada 2017 r.

## § 3

1. Świadczenia zdrowotne będą udzielane w: .....
2. Informacja obejmująca: zakres i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych, dni i godziny w jakich świadczenia są udzielane, zasady wpisu na listę osób objętych świadczeniami, sposób rejestracji zostanie podana do wiadomości publicznej poprzez ...

## § 4

1. Strony przewidują, że wykonaniem szczepień profilaktycznych zostanie objętych maksymalnie ..... osób w wieku 65 lat i więcej zamieszkałych na terenie miasta Włocławek.
2. Dla osób, o których mowa w ust. 1 udział w programie jest nieodpłatny. Świadczeniodawca zobowiązany jest do wywieszenia takiej informacji w miejscach udzielania świadczeń.
3. Osoby spoza terenu miasta Włocławek mogą uczestniczyć w programie realizowanym przez Świadczeniodawcę, lecz bez obciążania Zamawiającego kosztami udzielonych im świadczeń.

## § 5

1. Świadczeniodawca oświadcza, że osoby uczestniczące w realizacji programu w ramach niniejszej umowy posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone przez Zamawiającego oraz wynikające z odrębnych przepisów.
2. O każdej zmianie w imiennym wykazie osób zamieszczonym w ofercie, Świadczeniodawca informuje pisemnie Zamawiającego w terminie do 14 dni od daty dokonania tych zmian. Świadczeniodawca zobowiązuje się, że ewentualne zmiany osób udzielających świadczeń zdrowotnych nie spowodują zmniejszenia liczby i obniżenia kwalifikacji zawodowych personelu, zagwarantowanych przez Świadczeniodawcę w ofercie.
3. Świadczeniodawca oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych umową.
4. Świadczeniodawca oświadcza, że w przypadku, gdy termin obowiązywania polisy, o której mowa w ust. 3 jest krótszy niż termin obowiązywania umowy, przedłuży okres ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co najmniej do końca obowiązywania umowy.
5. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia.

## § 6

Świadczeniodawca zabezpieczy dostęp do sprzętu i aparatury medycznej niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach programu i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach.

## § 7

Z tytułu przedmiotu umowy określonego w § 1 Zamawiający wypłaci Świadczeniodawcy wynagrodzenie w łącznej wysokości do kwoty ..... zł brutto (słownie złotych: .....)  
według stawek określonych w załączniku nr 4 do umowy.

## § 8

1. Strony ustalają, że rozliczenie programu będzie następowało na podstawie faktur częściowych w okresach miesięcznych.
2. Wynagrodzenie za dany okres miesięczny obliczane jest jako suma iloczynu stawek wymienionych w załączniku nr 4 do umowy i liczby świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt. 3 lit. b oraz działań edukacyjnych, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt. 6 zrealizowanych w tym okresie.

3. Podstawę do przekazania środków stanowić będzie prawidłowo sporządzona faktura VAT wystawiona przez Świadczeniodawcę w terminie do 14 dnia każdego następnego miesiąca na Gminę Miasto Włocławek, 87-800 Włocławek, Zielony Rynek 11/13, NIP: 888-30-31-255.
4. Świadczeniodawca wraz z fakturą przedkłada sprawozdanie miesięczne sporządzone na formularzu wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do umowy.
5. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty faktur w terminie 14 dni od daty dostarczenia przez Świadczeniodawcę faktur częściowych i sprawozdania, o których mowa w ust. 3 i 4, na konto  
.....

#### § 9

1. Świadczeniodawca przedłoży Zamawiającemu sprawozdanie merytoryczne z realizacji programu, za cały okres obowiązywania umowy, w terminie do 15 grudnia 2017 r.
2. Sprawozdanie winno być sporządzone na formularzu wg wzoru określonego w załączniku nr 6 do umowy.
3. Na żądanie Zamawiającego Świadczeniodawca zobowiązany jest do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wykorzystywania informacji i sprawozdania merytorycznego, o których mowa odpowiednio w § 8 ust. 4 i § 9 ust. 1 do własnych opracowań.

#### § 10

Świadczeniodawca zobowiązuje się do:

1. prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
2. prowadzenia sprawozdawczości statystycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
3. przestrzegania zasad przetwarzania i ochrony danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) oraz aktami wykonawczymi do ustawy.
4. podania do publicznej wiadomości informacji dotyczących:
  - 1) zakresu i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 2) dni i godzin w jakich świadczenia są udzielane,
  - 3) zasad wpisu na listę osób objętych świadczeniami,
  - 4) sposobu rejestracji.
5. zaznaczania w prowadzonej działalności informacyjnej oraz we wszelkich opracowaniach i publikacjach, że program stanowiący przedmiot umowy jest finansowany przez Miasto Włocławek.

#### § 11

Świadczeniodawca nie może uwzględniać świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach niniejszej umowy w rozliczeniach z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.

#### § 12

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykonania przedmiotu umowy w każdym czasie przy udziale Świadczeniodawcy.
2. Świadczeniodawca zobowiązuje się do przedłożenia wszelkich niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i okazania pomocy upoważnionym przedstawicielom Zamawiającego podczas i w związku z przeprowadzaną przez nich kontrolą.
3. W przypadku zaistnienia nieprawidłowości strony dokonują ustaleń w zakresie ich przyczyn, możliwości wyeliminowania oraz sposobów zapobiegania im w przyszłości.
4. Świadczeniodawca zobowiązuje się wykonać wszelkie zalecenia pokontrolne, pod rygorem, o którym mowa w § 13 i 14.

#### § 13

1. Strony postanawiają, że w razie niewykonywania niniejszej umowy obowiązującą formą odszkodowania będą kary umowne:

- 1) Świadczeniodawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu karę umowną z tytułu odstąpienia od umowy z przyczyn zależnych od Świadczeniodawcy w wysokości 5 % wartości umowy o której mowa w § 7,
  - 2) Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Świadczeniodawcy karę umowną w wysokości 5 % wartości umowy o której mowa w § 7 w razie odstąpienia przez Zamawiającego od umowy z powodu okoliczności, za które odpowiada Zamawiający.
2. Strony zastrzegają sobie prawo dochodzenia roszczeń uzupełniających do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
  3. Zobowiązania z tytułu kar umownych mogą być potrącane Świadczeniodawcy z należności za wykonane usługi.

#### § 14

1. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron za dwutygodniowym okresem wypowiedzenia, dokonanym na koniec tygodnia, z powodu:
  - 1) wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację niniejszej umowy, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności,
  - 2) naruszenia istotnych postanowień niniejszej umowy, a w szczególności:
    - a) odmowy poddania się kontroli przez Świadczeniodawcę,
    - b) nie doprowadzenia przez Świadczeniodawcę do usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych w czasie kontroli,
    - c) naruszenia przez Świadczeniodawcę postanowień § 10 umowy,
    - d) niewypłacania lub nieterminowego wypłacania należności przez Zamawiającego.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt 2) wypowiedzenie umowy powinno być dokonane łącznie z pisemnym wezwaniem do usunięcia uchybień w terminie nie krótszym niż 14 dni, skierowanym do strony winnej wystąpienia uchybień. Wypowiedzenie staje się skuteczne w razie nieusunięcia uchybień w określonym terminie.

#### § 15

1. Umowa może być rozwiązana przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
  - 1) stwierdzenia braku wymaganych kwalifikacji u osób uczestniczących w realizacji programu, o których mowa w § 5 ust. 1,
  - 2) utraty przez Świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 3) stwierdzenia rozliczania świadczeń udzielanych w ramach programu z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia, o których mowa w § 11,
  - 4) gdy Świadczeniodawca nie udokumentuje zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. a)/ art. 18 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.) w przypadku, o którym mowa w § 5 ust. 4.
2. W przypadku rozwiązania umowy z przyczyn, o których mowa w ust. 1 ustala się karę umowną, o której mowa w § 13 ust 1 pkt 1).

#### § 16

Do wzajemnych kontaktów strony ustalają:

- 1) Po stronie Zamawiającego: Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek, nr tel. 54 414 43 87
- 2) Po stronie Świadczeniodawcy:....., nr tel. ....

#### § 17

1. Świadczeniodawca nie może przenieść na osoby trzecie swoich praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy bez uzyskania pisemnej zgody Zamawiającego.
2. Świadczeniodawcy nie przysługuje prawo przeniesienia na osoby trzecie wierzytelności z umowy.



### § 18

Strony będą dążyć do rozstrzygnięcia wszelkich sporów związanych z niniejszą umową na drodze polubownej. W razie gdyby polubowne rozwiązanie sporu okazało się niemożliwe zostanie on poddany rozstrzygnięciu przez sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.

### § 19

1. Zmiana postanowień zawartej umowy może nastąpić za zgodą obu stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności takiej zmiany.
2. Niedopuszczalna jest jednak, pod rygorem nieważności, zmiana postanowień zawartej umowy oraz wprowadzenie nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Zamawiającego, jeżeli przy ich uwzględnieniu należałoby zmienić treść oferty, na podstawie której dokonano wyboru Świadczeniodawcy chyba, że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

### § 20

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego i merytoryczne dotyczące przedmiotu umowy.

### § 21

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Świadczeniodawcy, dwa egzemplarze dla Zamawiającego.

ZAMAWIAJĄCY

ŚWIADCZENIODAWCA

Załączniki:

Nr 1 – wzór anonimowej ankiety dotyczącej oceny jakości świadczeń w programie

Nr 2 - Uchwała Nr XXXIII/101/2017 Rady Miasta Włocławek z dnia 28 sierpnia 2017 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek” na lata 2017-2019

Nr 3 – oferta

Nr 4 – protokół negocjacji

Nr 5 – wzór sprawozdania miesięcznego

Nr 6 – wzór sprawozdania końcowego

## Ankieta dotycząca oceny jakości świadczeń w programie

### Szanowni Państwo,

Zwracamy się z prośbą o udzielenie odpowiedzi na kilka pytań dotyczących realizacji „Programu szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia zamieszkałych na terenie miasta Włocławek”. Ankieta jest anonimowa, a jej wyniki posłużą do oceny i planowania kolejnych działań z zakresu zdrowia publicznego.

Odpowiedzi prosimy zaznaczać poprzez zakreślenie wybranej odpowiedzi lub dokonać wpisu w wyznaczonym miejscu.

1. Skąd dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o możliwości zaszczepienia się przeciwko grypie?
  - a) z informacji przekazanej przez lekarz/pielęgniarkę w przychodni zdrowia
  - b) z ogłoszenia w przychodni zdrowia
  - c) od rodziny/znajomych
  - d) ze środków masowego przekazu (prasa, radio, telewizja, Internet)
  - e) (inne – proszę wymienić) .....
2. Czy przed wykonaniem szczepienia została Pani poinformowana/został Pan poinformowany o:
  - a) możliwościach wystąpienia odczynów poszczepiennych
  - b) postępowaniu po wystąpieniu odczynu poszczepiennego
3. Co było powodem podjęcia przez Panią/Pana decyzji o zaszczepieniu się przeciw grypie?
  - a) porada lekarza
  - b) własne przekonanie o pozytywnych skutkach szczepienia
  - c) informacje w mediach
  - d) przypadki zachorowań wśród bliskich osób
  - e) (inne – proszę wymienić) .....
4. Jak Pani/Pan ocenia jakość udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach programu:
  - a) bardzo dobrze
  - b) dobrze
  - c) źle (dlaczego?) .....
  - d) bardzo źle (dlaczego?) .....
5. Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan skorzystanie z programu szczepień przeciwko grypie innym osobom?
  - a) TAK
  - b) NIE
6. Czy skorzystałaby Pani/skorzystałby Pan ze szczepienia gdyby szczepienia byłyby odpłatne?
  - a) TAK
  - b) NIE
  - c) nie wiem
7. Który raz korzysta Pani/korzysta Pan ze szczepień przeciwko grypie finansowanych z budżetu miasta Włocławek? (pytanie w edycjach programu od 2018 r.)
  - a) po raz pierwszy
  - b) po raz .....
8. Jestem:
  - a) kobietą w wieku ..... lat
  - b) mężczyzną w wieku ..... lat

**dziękujemy za wypełnienie ankiety**

Załącznik Nr 4

do Zarządzenia Nr 240/2017

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 15.01.2017 r.

.....  
(pieczęćka firmowa)

.....  
(miejsowość, data)

### SPRAWOZDANIE MIESIĘCZNE

#### Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek w 2017 r.

1. Okres realizacji programu:

--

2. Działania informacyjno-edukacyjne:

(wykaz działań)

Łączna liczba osób objętych działaniami:	

3. Wykonanie szczepień:

Liczba lekarskich badań kwalifikacyjnych	Realizacja szczepień	
	Liczba zaszczepionych osób	uwagi

4. Ocena jakości świadczeń:

Liczba ankiet wypełnionych przez uczestników programu załączonych do sprawozdania:

--

.....  
pieczęćka i podpis

Załącznik Nr 5

do Zarządzenia Nr 240/2017

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 15.12.2017 r.

.....  
(pieczęć firmowa)

.....  
(miejsowość, data)

## SPRAWOZDANIE KOŃCOWE

**Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek w 2017 r.**

### ***I. Informacje ogólne***

1. Czy program polityki zdrowotnej był realizowany zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą Miasto Włocławek, a Realizatorem?  
TAK  NIE
2. Czy w realizacji programu uczestniczyły osoby wskazane w ofercie.  
TAK  NIE

### ***II. Informacje o programie***

1. Okres realizacji świadczeń:

2. Zrealizowane działania informacyjno-edukacyjne:

3. Narzędzia monitorowania zastosowane do bieżącej kontroli realizacji programu:

4. Wyniki realizacji programu:

- Liczba osób, u których wykonano lekarskie badanie kwalifikacyjne	
- Liczba osób zaszczepionych	
- Liczba osób, które nie zostały zaszczepione z powodu przeciwwskazań lekarskich	
- Liczba osób, które nie wyraziły zgody na szczepienie	
- Liczba osób objętych działaniami informacyjno-edukacyjnymi	
- Liczba osób uczestniczących w ocenie jakości świadczeń w programie	
Ilość materiałów informacyjno-edukacyjnych wykorzystanych w programie, w tym przekazanych uczestnikom programu (proszę wymienić wg rodzaju) ..... .....	

5. 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 (uzasadnienie):	

**IV. Dodatkowe informacje**

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

**V. Załączniki:**

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

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

.....  
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych  
do reprezentowania Realizatora programu

Załącznik Nr 6

do Zarządzenia Nr 240/2017

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 15.12.2017 r.

Włocławek, dnia.....

## ZGODA NA WYKONANIE SZCZEPIENIA

Ja niżej podpisana/podpisany.....

ur. ....

zam. ....

- I. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na przeprowadzenie badania kwalifikującego i wykonanie szczepienia ochronnego przeciwko grypie w ramach „Programu szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek”
- II. Oświadczam, że **zapoznano/nie zapoznano mnie\*** z przeciwwskazaniami do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać pomimo prawidłowego wykonania szczepienia.
- III. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na przetwarzanie danych osobowych **TYLKO i WYŁĄCZNIE** na potrzeby związane z realizacją „Programu szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek” zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2016 r., poz. 922).  
Mam jednocześnie świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych lub jej odwołanie jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w przedmiotowym programie.

.....  
(czytelny podpis)

\* niepotrzebne skreślić