

PREZYDENT MIASTA SZCZECIN

ogłasza konkurs ofert nr WSS-I.2.2019.WP na wybór realizatora zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia – program polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie”, zwanego dalej „Programem”.

1. **Przedmiotem konkursu** jest wybór realizatora zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia – program polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie” (tj. urodzeni do końca 1954 roku i zameldowani w Szczecinie) zgodnie z warunkami szczegółowymi konkursu wraz z udzieleniem finansowania na jego realizację.

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 511), art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 506), art. 7 ust.1, pkt 1, art. 8 ust.1 i art. 48, ust. 1,3 - 5 oraz art. 48b ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z póź. zm.) oraz art.114 ust.1 pkt 1 i art. 115 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z póź. zm.).

1).Zadanie: szczepienia przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie (tj. urodzeni do końca 1954 roku i zameldowani w Szczecinie).

2).Organizatorem konkursu jest Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Szczecin, z siedzibą przy pl. Armii Krajowej 1 w Szczecinie.

## 2. Adresaci Konkursu

Udział w postępowaniu mogą brać podmioty lecznicze w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą obejmującą przedmiot postępowania.

## 3. Beneficjenci programu:

Mieszkańcy Szczecina w wieku 65 lat i powyżej i zameldowani w Szczecinie ( tj. urodzeni do końca 1954 roku).

4.Czas realizacji zadania: od daty zawarcia umowy do 30.11.2019 r.

5.Wykaz zadań i zasady ich realizacji oraz wymagania stawiane realizatorom zadania zostały opisane w szczegółowych warunkach konkursu, stanowiące załącznik nr 1 (Szczegółowe warunki konkursu) do niniejszego ogłoszenia.

## 6. Termin i sposób składania ofert:

kompletne oferty wraz z załącznikami, należy składać w nieprzekraczalnym terminie do dnia <sup>13</sup> czerwca 2019 r. w Kancelarii Poczty w Biurze Obsługi Interesantów Urzędu Miasta Szczecin przy pl. Armii Krajowej 1 w Szczecinie, pokój 62 lub przesać drogą pocztową na ww. adres (o terminie wpływu nie decyduje data stempla pocztowego, lecz data wpływu oferty w terminie do dnia <sup>13</sup> czerwca 2019 r.).

Oferta musi być złożona w zamkniętej kopercie, opatrzonej pieczętą oferenta, nazwą i numerem postępowania (konkurs ofert nr WSS.I.2.2019.WP oraz napisem „Otwarcie kopert tylko w obecności komisji konkursowej”. Oferenci zobowiązani są do ponumerowania każdej strony oferty oraz wymaganych załączników oraz opatrzone podpisem i pieczętą osób uprawnionych do reprezentacji oferenta. Uprawnienie to powinno być udokumentowane stosowną Uchwałą lub upoważnieniem właściwego organu lub opisem w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

- 1) Formularz zgłoszeniowy będący **załącznikiem nr 2** do niniejszego ogłoszenia wraz z dołączonymi kopiami dokumentów:
  - a) wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
  - b) wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej określający aktualny stan prawny i faktyczny;
  - c) statut oferenta,
  - d) decyzję w sprawie nadania numeru NIP (jeżeli został nadany);
  - e) zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON;
  - f) polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych ważna w okresie wykonywania umowy bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy.
- 2) Formularz kalkulacji cenowej będący **załącznikiem nr 3** do niniejszego ogłoszenia.
- 3) Oświadczenia dotyczące:
  - a) zapoznania się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu;
  - b) liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń określonych w ramach zadania objętego postępowaniem konkursowym;

- c) spełnienia wszystkich wymagań zawartych w szczegółowych warunkach konkursu;
  - d) zgodności danych zawartych w formularzu ofertowym ze stanem faktycznym i prawnym;
  - e) podpisania umów o współpracy z podwykonawcami zadania;
  - f) potwierdzenia faktu, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszego konkursu nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
  - g) oświadczenia, że zaoferowana szczepionka przeciw grypie jest aktualna w sezonie epidemiologicznym 2019/2020 posiada ważne pozwolenie na dopuszczenie jej do obrotu na terenie RP lub pozwolenie wydane przez Radę UE lub Komisję Europejską zgodnie z art. 3 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne;
  - h) informacji pobrania oświadczeń od wszystkich osób, które zostały opisane w ofercie w przedmiocie: zgody na przetwarzanie danych osobowych i na wycofanie tych zgód.
- 4). Opis sposobu realizacji zadania zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu wraz z tygodniowym harmonogramem pracy wskazującym dni i godziny i miejsce/miejsca w których realizowany będzie Program.
  - 5). Oferty nie spełniające wymogów określonych w ogłoszeniu oraz złożone po terminie nie będą rozpatrywane. Dopuszcza się oferty zawierające drobne uchybienia formalne pod warunkiem ich uzupełnienia w terminie do następnego dnia po powiadomieniu o niekompletności oferty.
  - 6). Termin, tryb i kryteria rozpatrywania ofert. Rozstrzygnięcie ofert nastąpi w terminie **1 miesiąca** od daty zakończenia składania ofert. Złożone w konkursie oferty przekazywane są do Wydziału Spraw Społecznych, następnie kierowane są pod obrady Komisji Konkursowej. Komisja po dokonaniu oceny ofert pod względem formalnym, zgodnie z przytoczonymi niżej kryteriami wybierze najlepsze oferty.

**7. Ocena ofert konkursowych dokonywana będzie wg następujących kryteriów:**

L.p.	Nazwa kryterium	Liczba punktów do uzyskania
1	Planowana liczba osób objętych programem bezpłatnych szczepień przeciwko grypie	0 – 20 pkt.
2	Posiadane zasoby kadrowe, które zostaną wykorzystane do realizacji programu	0 – 20 pkt.
3	Dostępność do szczepień (liczba gabinetów szczepień spełniające określone przepisami wymagania techniczne i sanitarne w lewobrzeżnej i prawobrzeżnej części Szczecina, w tym: dni i godziny realizacji szczepień w ramach programu)	0 – 20 pkt.
4	Cena jednostkowa szczepienia przeciwko grypie, w tym: zakupu preparatu szczepionkowego, przeprowadzenia badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia i usługi szczepienia	0 – 20 pkt.
5	Liczba zadeklarowanych mieszkańców Szczecina urodzonych do końca 1954 r. do lekarza/lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej w poszczególnych POZ-ach wskazanych w ofercie	0 – 20 pkt.
6	Proponowane działania w ramach akcji informacyjno-edukacyjnej w zakresie realizacji programu	0 – 20 pkt.

Maksymalna ilość punktów, które może przyznać Komisja Konkursowa jednej z ofert wynosi 120 pkt.

8. Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji w Urzędzie Miasta Szczecin na stronie internetowej w Biuletynie Informacji Publicznej <http://bip.um.szczecin.pl>
9. Prezydent Miasta Szczecin zastrzega sobie prawo bez podania przyczyny do zmiany warunków konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, odwołania konkursu, zamknięcia konkursu bez wyboru oferty oraz nie rozstrzygnięcia konkursu.
10. W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.
11. Prezydent Miasta Szczecin ma prawo do wyboru więcej niż jednej oferty.
12. Złożenie oferty na realizację zadania, która zostanie uznana za spełniającą kryteria nie gwarantuje przyznania środków finansowych w wysokości o którą występuje podmiot.
13. Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.

14. Termin związania ofertą wynosi 60 dni od upływu terminu składania ofert.
15. Podmiot, którego oferta zostanie wybrana, będzie powiadomiony pisemnie o wysokości przyznanych środków finansowych na realizację zadania.
16. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zwartej pomiędzy Gminą Miasto Szczecin, a wyłonionym w drodze postępowania konkursowego Oferentem.
17. Do postępowania konkursowego stosuje się przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
18. W zakresie nieuregulowanym w ustawie, o której mowa w ust. 17, do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów na realizację programu polityki zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.
19. Warunkiem przekazania środków finansowych jest zawarcie umowy pomiędzy Gminą Miasto Szczecin a Podmiotem oraz przedstawienie sprawozdania merytoryczno - finansowego z wykonania programu (ramowy wzór umowy stanowi załącznik nr 4 do niniejszego ogłoszenia).
20. Realizator zadania ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców.
21. Wysokość środków finansowych przeznaczona ze strony Urzędu Miasta Szczecin na realizację całego zadania (programu) w 2019 roku wynosi **300 000,00 zł brutto** (trzysta tysięcy złotych brutto).
22. Osobą uprawnioną do kontaktów z oferentami oraz do udzielania szczegółowych informacji w przedmiocie postępowania konkursowego jest p. Wioletta Perzyńska - Główny Specjalista w Wydziale Spraw Społecznych Urzędu Miasta Szczecin, pok.336 I, tel. 91 4245 674, e-mail: wperzyn@um.szczecin.pl.



do ogłoszenia o konkursie nr WSS-I.2.2019.WP na realizację zadania – program polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie”.

#### Szczegółowe warunki konkursu

1. Nazwa zadania: Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 rok życia zameldowanych w Szczecinie”.
2. Cel zadania: zwiększenie dostępności do szczepień przeciw grypie i zwiększenie liczby osób zaszczepionych przeciwko grypie wśród populacji objętej programem, a tym samym zapobieganie zachorowaniom na grypę i występowania powikłań pogrypowych.
3. Realizator: Realizatorem zadania może być podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., który prowadzi działalność medyczną na terenie Szczecina oraz spełnia wszelkie warunki określone w ogłoszeniu o konkursie.
4. Realizator Programu zatrudnia lub kontraktuje na zasadzie umowy cywilnoprawnej wykwalifikowany personel medyczny zgodnie z obowiązującymi przepisami dla podmiotów leczniczych.
5. Dopuszcza się realizację zadania z udziałem podwykonawców, lecz Realizator zadania również musi brać czynny udział w wykonaniu zadań określonych w pkt. 9 niniejszych warunków szczegółowych konkursu. Organizator konkursu ma Prawo zażądać wglądu w umowy o współpracy z podwykonawcami.
6. Miejsce realizacji zadania : Gmina Miasto Szczecin.
7. Dostępność do bezpłatnych szczepień przeciwko grypie: nie mniej niż 5 dni w tygodniu, przynajmniej w trzech dniach tygodnia możliwość wykonania lekarskiego badania kwalifikującego do zaszczepienia i szczepienia do godz. 18.00.
8. Adresatami zadania są mieszkańcy Szczecina osoby po 65 roku życia posiadający zameldowanie stałe lub czasowe na terenie miasta Szczecina, pensjonariusze domów pomocy społecznej dla których organem założycielskim jest Gmina Miasto Szczecin (tj.: mieszkańcy Szczecina urodzeni do końca 1954 roku i zameldowani w Szczecinie). W Programie będą uczestniczyć mieszkańcy miasta Szczecina spełniający kryteria udziału w programie, którzy zgłoszą się do realizatora Programu, wyrażą pisemną zgodę na udział w Programie, okażą dowód osobisty celem zakwalifikowania do Programu (zameldowanie w Szczecinie i wiek) lub pisemne oświadczą, iż mają zameldowanie na terenie Miasta Szczecina. Wszyscy uczestnicy Programu wyrażą zgodę na przetwarzanie danych osobowych takich jak: imię i nazwisko, pesel, miejsce zameldowania (zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych)-zwanego dalej RODO).
9. Zakres zadania:
  - 1) przeprowadzenie programu polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób w wieku 65 lat i powyżej zameldowanych w Szczecinie”, należy zapewnić wykonanie szczepień, w tym:
  - 2) rozpowszechnienie informacji o programie na stronie internetowej oraz siedzibie realizatora i w siedzibie podwykonawców w widocznym dla potencjalnych beneficjentów miejscu;
  - 3) przygotowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych, druków oświadczeń zgody na udział w Programie – z jednoczesnym zamieszczeniem logo Miasta oraz informacji, że „Program polityki zdrowotnej pn. Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie w całości finansowany jest przez Gminę Miasto Szczecin” wraz z ankietą satysfakcji z udziału seniora w programie;
  - 4) zakup szczepionek przeciwko grypie na sezon epidemiologiczny 2019/2020 (czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana) i niezbędnych materiałów medycznych do wykonania szczepienia;
  - 5) przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikującego do szczepienia w celu wykluczenia ewentualnych przeciwwskazań do szczepienia po uzyskaniu pisemnej zgody beneficjenta na wykonanie szczepienia (zgodnie z przepisami RODO);
  - 6) wykonanie szczepienia preparatem szczepionkowym na sezon epidemiologiczny 2019/2020 zgodnie z zaleceniami producenta szczepionki;
  - 7) zapewnienie organizacji bezpłatnych szczepień w zakresie przedmiotu konkursu (wyznaczenia punktów i godzin szczepień - przychodnia, adres, godziny, telefon);
  - 8) zapewnienie warunków lokalowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa do przeprowadzenia świadczeń w ramach realizowanego Programu (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia

- podmiotu wykonującego działalność leczniczą);
- 9) zapewnienie fachowego personelu medycznego i niemedycznego na potrzeby Programu w każdej placówce realizującej Program;
  - 10) zapewnienie jednorazowego sprzętu medycznego do wykonania szczepień zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki;
  - 11) wskazanie koordynatora Programu oraz określenie jego zadań;
  - 12) prowadzenie imiennego wykazu osób objętych szczepieniem zawierającego: imię i nazwisko, nr pesel, datę i miejsce szczepienia (zgodnie z przepisami RODO);
  - 13) określenie celów i zamierzonych działań w ramach realizacji programu;
  - 14) przeprowadzenie medialnej kampanii informacyjnej nt. Programu;
  - 15) przeprowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej adresowanej do beneficjentów Programu;
  - 16) nawiązanie współpracy z dyrektorami Domów Pomocy Społecznej w Szczecinie;
  - 17) zbieranie, opracowanie i przetwarzanie danych na potrzeby Programu (zgodnie z przepisami RODO);
  - 18) prowadzenie rejestru (wykazu) uczestników Programu i dokumentacji medycznej związanej z realizacją Programu (zgodnie z Dziennikiem Urzędowym Ministra Zdrowia Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 25 października 2018 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2019) w formie papierowej i elektronicznej (w edytowalnej formie Excel) oraz uzyskanie zgody osób zaszczepionych na przetwarzanie danych osobowych związanych z realizacją i rozliczeniem Programu (zgodnie z przepisami RODO);
  - 19) zbieranie, opracowywanie, przetwarzanie i analiza danych, w tym danych wrażliwych (zgodnie z przepisami RODO);
  - 20) przygotowanie dla Urzędu Miasta Szczecin sprawozdania merytoryczno - finansowego z realizacji zadania w formie pisemnej i elektronicznej ( w edytowalnej formie Excel);

10. Czas realizacji zadania:

- 1) realizacja programu z zakresu polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie” rozpocznie się od daty zawarcia umowy i zakończy się w dniu 30.11.2019 r. lub w chwili wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na ten cel.
- 2) ostateczne rozliczenie zadania nastąpi w terminie 14 dni od daty złożenia prawidłowo wystawionego rachunku lub faktury za faktycznie wykonane szczepienia, w siedzibie Zleceniodawcy, jednakże nie później niż 16 grudnia 2019 roku.

ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA  
  
Krzysztof Soska

ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU

  
Marcin Kowalski

GLÓWNY SPECJALISTA

  
Wioletta Perzyńska

RADCA PRAWNY

  
Krzysztof Kiećka

Dyrektor Wydziału

  
Beata Bugajska

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
- Informacje o Oferencie

do ogłoszenia o konkursie nr WSS-I.2.2019.WP na realizację zadania program polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie”.

1. Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę:

.....  
.....

2. Dokładny adres:

ulica i numer

miejsowość

kod pocztowy

Telefon

fax.

adres e-mail

3. Osoba prawnie upoważniona do reprezentowania Oferenta:

.....

4. Organ założycielski lub właściciel:

.....

5. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....

6. NIP:

.....

7. Regon:

.....

8. Nazwa banku i rachunku bankowego:

.....

9. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail):

.....

10. Koordynator zadania (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail):

.....

Zadania koordynatora:

.....

11. Proponowany czas trwania umowy oraz rozpoczęcia i zakończenia szczepień

.....

12. Miejsce realizacji planowanych działań (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadania)

nazwa	adres	tel. kontaktowy	dni i godziny realizacji zadania

13. Określenie składu i kwalifikacji zespołu osób realizujących zadania:

Lp.	Imię i Nazwisko	zawód i niezbędne kwalifikacje do realizacji zadań/ nr prawa wykonywania zawodu	Forma współpracy z oferentem	udzielane świadczenia zdrowotne w ramach planowanych zadań

14. Zakładane rezultaty realizacji Programu: .....

15. Informacje o instytucjach współpracujących (nazwa i zasady współpracy):  
.....

16. Planowane działania informacyjno - promocyjne:  
.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.

.....  
data:

.....  
pieczętka i podpis(y) osób uprawnionych do  
reprezentacji oferenta, w przypadku oferty  
wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców

**GLÓWNY SPECJALISTA**  
*Wioletta Perzyńska*  
**Wioletta Perzyńska**

Dyrektor Wydziału  
*Beata Bugajska*  
**Beata Bugajska**

**FORMULARZ KALKULACJI CENOWEJ**

do ogłoszenia o konkursie nr WSS-I.2.2019.WP na realizację zadania program polityki zdrowotnej pn.  
„ Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych  
w Szczecinie”.

1. Pełna nazwa Oferenta  
:.....  
.....
2. Proponowana ilość osób objętych programem bezpłatnych szczepień przeciwko grypie.....,
3. Nazwa preparatu szczepionkowego  
.....,
4. Doświadczenie Oferenta tak/nie (niepotrzebne skreślić) w realizacji zadań/świadczeń/ programów z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia - szczepienia ochronne przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia (proszę podać liczbę odbiorców zadania) .....
5. Ilość gabinetów szczepień biorących udział w realizacji programu w lewobrzeżnej .... i prawobrzeżnej ..... części Szczecina;
6. Kalkulacja kosztów zadania:  
6.1.Cena jednostkowa szczepienia przeciwko grypie: .....zł brutto, z rozbiciem na koszty:  
a) zakupu preparatu szczepionkowego:.....zł brutto  
b) badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia i prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami:..... zł brutto  
c) usługi szczepienia i prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami: .....zł brutto.

6.2. Inne koszty niezbędne do realizacji Programu, a nieuwzględnione powyżej:

Lp.	Nazwa towaru / usługi	Koszt brutto
Razem		

**6.3. Koszt całkowity realizacji zadania (zł brutto) .....**

**(słownie złotych brutto:.....)**

.....  
data:

.....  
pieczętka i podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji  
Oferenta, w przypadku oferty wspólnej – podpis

ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU

Marszałek

GŁÓWNY SPECJALISTA

Wioletta Perzyńska

Dyrektor Wydziału

Beata Bugajska



wzór umowy

Nr Centralnego Rejestru Umów.....

zawarta w dniu .....2019 roku

pomiędzy:

**Gminą Miasto Szczecin**  
Pl. Armii Krajowej 1, 70-456 Szczecin  
NIP: 851-030-94-10  
REGON: 811684232

zwaną dalej w treści umowy „Zamawiającym”, reprezentowaną przez:

..... – Zastępcę Prezydenta Miasta Szczecin

a

.....  
ul. ....

zwanym w dalszej części umowy „Wykonawcą”

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....

NIP: .....

REGON: .....

reprezentowanym przez:

.....

Działając na podstawie art. 4 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, art.48, ust.1 i art.48 b ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i otwartego konkursu ofert , nr WSS.I.2.2019.WP z dnia .....2019 r. **strony umowy ustalają co następuje:**

### § 1

1. Przedmiotem umowy jest realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie” polegającego na wykonaniu szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców (..... osób) powyżej 65 roku życia (tj.: urodzeni do końca 1954 roku i zameldowani w Szczecinie), zwanego dalej „Programem”.
2. Za dzień rozpoczęcia realizacji zadania uważa się datę podpisania umowy, a zakończenia dzień **30 listopada 2019 r.**
3. Zadanie realizowane będzie zgodnie z przedstawioną ofertą oraz obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi wykonania świadczeń zdrowotnych.

### § 2

Koordinatorem zadania jest .....

### § 3

**Wykonawca** zobowiązuje się na podstawie niniejszej umowy do:

1. Wykonania szczepień ochronnych przeciwko grypie dla ..... mieszkańców Szczecina powyżej 65 roku życia (tj.: urodzeni do końca 1954 roku i zameldowani w Szczecinie), zgodnie z ofertą stanowiącą załącznik nr 1 do umowy.
2. Promocji programu wśród mieszkańców Szczecina w wieku 65 lat i powyżej, spełniających kryteria.
3. Zapraszania uprawnionych mieszkańców Szczecina do udziału w szczepieniach w ramach realizacji programu, przeprowadzenia we własnym zakresie promocji realizowanego programu z jednoczesnym zamieszczeniem znaku identyfikującego Gminę Miasto Szczecin (logo Urzędu Miasta) oraz informacji, że „Program w całości finansowany jest ze środków Miasta Szczecin”. Ponadto Pani/Pan zobowiązana/y jest do brania udziału w zorganizowanych przez **Zamawiającego** w akcjach promocyjno - informacyjnych oraz konferencjach prasowych dotyczących realizacji programu;
4. Zakupu preparatów szczepionkowych przeciwko grypie ..... sztuk (.....)
- na sezon epidemiologiczny 2019/2020 zgodnie z obowiązującymi przepisami i ich przechowywania w warunkach określonych przez producenta.
5. Prowadzenia dokumentacji medycznej wykonywanych badań i szczepień zgodnie z obowiązującymi przepisami;
6. Wykonania każdorazowo przed szczepieniem badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia.

7. Nawiązania współpracy z dyrektorami Domów Pomocy Społecznej w Szczecinie w zakresie wykonania pełnego świadczenia zdrowotnego tj. badania kwalifikującego do szczepienia i szczepienia ochronnego przeciwko grypie preparatem szczepionkowym wszystkim pensjonariuszom powyżej 65 roku życia (tj.: urodzeni do końca 1954 roku i zameldowani w Szczecinie).
8. Wykonania przedmiotu umowy przy pomocy wykwalifikowanej kadry posiadającej niezbędną wiedzę i doświadczenie do prawidłowego wykonania zadania zgodnie z § 3 ust. 1 umowy w odpowiednich warunkach lokalowych z wyposażeniem w sprzęt medyczny niezbędny do realizacji zadania i utylizacji odpadów zgodnie z obowiązującymi przepisami.
8. Przedłożenia sprawozdania końcowego z wykonania zadania z zakresu szczepień ochronnych przeciwko grypie w terminie do **16 grudnia 2019 roku**, co stanowi załącznik nr 4 do niniejszej umowy;
9. Kreowania pozytywnego wizerunku **Zamawiającego** w sposób uzgodniony z **Zamawiającym** w tym:
- 1) informowania, że zadanie publiczne jest finansowane ze środków otrzymanych od **Zamawiającego** „Program w całości finansowany jest ze środków Miasta Szczecin”. Informacja na ten temat powinna się znaleźć we wszystkich materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego zadania publicznego;
  - 2) umieszczania logo **Zamawiającego**, na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych, informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, dotyczących realizowanego programu oraz zakupionych rzeczach, o ile ich wielkość i przeznaczenie tego nie uniemożliwia, proporcjonalnie do wielkości innych oznaczeń, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność;
  - 3) Logo oraz treść wymaganych informacji **Zamawiający** przekazuje **Wykonawcy**. Wszystkie elementy przekazów promocyjnych **Zamawiający** dostarczy **Wykonawcy** na nośniku elektronicznym CD lub pocztą elektroniczną, w uzgodnionym terminie, umożliwiającym oznakowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych;
  - 4) znakowanie przekazami promocyjnymi (logo, treść) **Zamawiającego** oraz akceptacja powinny odbywać się zgodnie z procedurą udzielenia licencji /sublicencji na używanie znaków towarowych Gminy Miasto Szczecin dla celów niekomercyjnych zawartą w Zarządzeniu Prezydenta Miasta Szczecin Nr 364/12 z dnia 30 lipca 2012 roku dotyczącym zasad używania w obrocie znaków towarowych identyfikujących Gminę Miasto Szczecin (zm. Zarządzenie Prezydenta Miasta Szczecin Nr 56/15 z dnia 18.02.2017r., Nr 122/17 z dnia 28 marca 2017 r. , Nr 208/17 z dnia 19 maja 2017 r. oraz Nr 252/18 z dnia 21 czerwca 2018 r.);
  - 5) wszystkie materiały reklamowe wyprodukowane przez **Wykonawcę** po podpisaniu niniejszej umowy, oznakowane przekazem promocyjnym **Zamawiającego** oraz realizacja działań promocyjno – informacyjnych, wymagają akceptacji wyznaczonych pracowników Biura Prezydenta Miasta w Urzędzie Miasta Szczecin.
10. **Wykonawca** ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z realizacją zadania.
11. **Wykonawca** zobowiązany jest podać do publicznej wiadomości sposób rejestracji osób do szczepień, miejsce i godziny wykonania szczepień oraz do przestrzegania praw pacjenta.
12. Wszystkie materiały niezbędne do prawidłowej realizacji umowy, w tym szczepionki i sprzęt medyczny **Wykonawca** dostarcza we własnym zakresie.
13. **Wykonawca** zobowiązany jest do posiadania polisy OC przez cały okres realizacji umowy w zakresie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń. Przypadku gdy okres ważności polisy, o której mowa upływa w trakcie trwania umowy, **Wykonawca** jest zobowiązany przedstawić **Zamawiającemu** nową polisę ubezpieczeniową w terminie 7 dni od dnia zawarcia nowej polisy.
14. W zakresie związanym z realizacją programu, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, **Wykonawca** odbiera stosowne oświadczenia o zgodzie na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych, od osób, których dotyczą te dane, zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych)-zwanego dalej RODO.

#### § 4

Realizacja zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 umowy, przeprowadzona będzie przez personel wskazany w ofercie od ..... **września 2019 r.** preparatem szczepionkowym (.....) na sezon 2019/2020 w poniższych placówkach:

LP	Nazwa	Adres	Tel. kontaktowy	Dni i godziny realizacji zadania

## § 5

1. **Zamawiający** z tytułu realizacji całego przedmiotu umowy, tj. wykonania ..... szczepień ochronnych przeciw grypie u mieszkańców Szczecina powyżej 65 roku życia, zapłaci kwotę ..... zł brutto (słownie: ..... zł brutto).
2. **Zamawiający** zapłaci **Wykonawcy** kwotę ..... zł brutto (słownie: ..... zł brutto), za udzielenie jednego pełnego świadczenia zdrowotnego tj. badania kwalifikującego do szczepienia i szczepienia przeciw grypie preparatem szczepionkowym na sezon 2019/2020.
3. Wynagrodzenie za wykonanie zadania przekazane zostanie w terminie 14 dni od daty otrzymania prawidłowo sporządzonego i zaakceptowanego przez **Zamawiającego** rachunku lub faktury VAT za faktycznie wykonane świadczenia medyczne i usługi wynikające z przedmiotu umowy oraz sprawozdania częściowego, co stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy i listę osób zaszczepionych, co stanowi załącznik nr 3 do niniejszej umowy (w formie papierowej oraz w edytowalnym zapisie elektronicznym – CD w programie Excel), z zastrzeżeniem, iż w przypadku, gdy liczba rzeczywiście wykonanych szczepień nie osiągnie liczby przewidzianej w § 3 ust. 1 umowy, wynagrodzenie zostanie wypłacone zgodnie z liczbą rzeczywiście wykonanych szczepień i usług, na rachunek bankowy.....nr....., nie później niż do dnia 30 grudnia 2019 r.
4. **Wykonawca** zobowiązany jest do umieszczenia numeru umowy i liczby wykonanych szczepień, usług w treści rachunku lub faktury.
5. **Wykonawca** na swój koszt i ryzyko dokona zakupu szczepionki. W przypadku nie wykorzystania całości lub części zakupionych szczepionek, **Wykonawca** nie może domagać się od **Zamawiającego** zwrotu kosztów ich zakupu.
6. Podstawą do przyjęcia rozliczenia przez **Zamawiającego** jest faktyczne wykonanie szczepienia i usług będących przedmiotem umowy. **Wykonawcy** nie przysługuje wynagrodzenie, jeśli nie wykonał szczepień i usług związanych z realizacją umowy.

## § 6

1. **Zamawiający** ma prawo żądać, aby **Wykonawca** w wyznaczonym terminie przedstawił dodatkowe informacje i wyjaśnienia do przedkładanego sprawozdania.
2. W przypadku nie przedłożenia sprawozdania i wyjaśnień, **Zamawiający** wzywa pisemnie **Wykonawcę** do ich złożenia.
3. W przypadku nie przedłożenia sprawozdania i wyjaśnień, **Zamawiający** zwróci **Wykonawcy** złożoną fakturę lub rachunek.

## § 7

1. **Wykonawca** zobowiązany jest do poddania się kontroli w zakresie realizowanego zadania o którym mowa w § 1 umowy, przeprowadzonej przez **Zamawiającego**, w uzgodnionym przez obie strony terminie lub w przypadku braku uzgodnień w terminie wyznaczonym przez **Zamawiającego**, w miejscu jego realizacji. Kontrola może być przeprowadzona w toku realizacji Programu lub po jego realizacji przez upoważnionych pracowników Urzędu Miasta Szczecin z udostępnieniem pomieszczeń i sprzętu wykorzystanego do realizacji zadania.
2. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządzają pisemny protokół w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.
3. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są na piśmie.
4. **Zamawiający** udzieli odpowiedzi **Wykonawcy** w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez **Wykonawcę** wyjaśnień.

## § 8

1. Strony zastrzegają wzajemne prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. W przypadku rozwiązania umowy **Wykonawcy** przysługuje kwota za prawidłowo i faktycznie zrealizowaną usługę do czasu rozwiązania umowy.
3. W przypadku realizacji zadania w sposób niezgodny z warunkami niniejszej umowy, **Zamawiający** może wypowiedzieć umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia.

## § 9

1. Umowa może być rozwiązana przez **Zamawiającego** ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
  - a) nieterminowego lub nienależytego wykonania umowy, w szczególności zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania, stwierdzonego na podstawie wyników kontroli oraz oceny realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych;
  - b) jeżeli **Wykonawca** odmówi poddania się kontroli, bądź w terminie podanym przez **Zamawiającego** nie doprowadzi do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.
2. **Wykonawca** zobowiązuje się do rozliczenia umowy w terminie 7 dni od dnia wypowiedzenia umowy przez **Zamawiającego**.

3. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną za opóźnienie w przekazaniu sprawozdania końcowego w wysokości 0,1 % z wynagrodzenia, o którym mowa w § 5 ust. 1 umowy za każdy dzień opóźnienia.
4. W przypadku rozwiązania umowy przez Zamawiającego z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Wykonawca zapłaci na rzecz Zamawiającego karę umowną w wysokości 10 % wartości umowy, o której mowa w § 5 ust. 1 umowy.
5. Zamawiający ma prawo dochodzić odszkodowania uzupełniającego w sytuacji, gdy wysokość kary umownej będzie niższa niż wysokość poniesionej szkody.

#### § 10

1. Wykonanie umowy nastąpi z chwilą zaakceptowania przez Zamawiającego sprawozdania końcowego, o którym mowa w § 3 ust. 8 umowy.
2. Uznanie wykonania umowy może również nastąpić po kontroli realizacji zadania w formie protokołu pokontrolnego bez uwag.

#### § 11

Niniejsza umowa stanowi informację publiczną w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1330,1669) i podlega udostępnieniu na zasadach i w trybie określonym w w/w ustawie.

#### § 12

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego i inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

#### § 13

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 14

Wszystkie spory wynikłe z niniejszej umowy strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu właściwego dla Zamawiającego.

#### § 15

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

W imieniu Zamawiającego:

W imieniu Wykonawcy:

#### ZAŁĄCZNIKI:

1. Załącznik nr 1 Oferta .....
2. Załącznik nr 2 Sprawozdanie częściowe z realizacji umowy;
3. Załącznik nr 3 Lista osób zaszczepionych przeciwko grypie;
4. Załącznik nr 4 Sprawozdanie końcowe z realizacji umowy.

ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA



ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU

Marek Kowalski

GŁÓWNY SPECJALISTA

Wioletta Perzyńska

Dyrektor Wydziału

Beata Bugajska

RADCA PRAWNY

Krzysztof Kiecinka

Załącznik nr 2 do umowy nr CRU 19/.....

Sprawozdanie częściowe z realizacji umowy Nr CRU 19/.....

Program polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie”

- Termin realizacji zadania od dnia podpisania umowy do dnia .....2019r.

- Plan wg umowy: ..... zł brutto

- Środki finansowe wydatkowane zgodnie z umową, transza ..... zł brutto.

I. Wykaz zestawienia rachunków/faktur zgodnie z realizacją umowy, transza .....

Lp.	Zakres umowy	Plan wg umowy	Cena jednostkowa pełnego kosztu szczepienia/ inne koszty (zł brutto)	Plan zgodnie z umową (w zł brutto)	Ilość wykonanych szczepień w transzy ...	Pozostałe do wykonania	Wydatkowano (w zł brutto) w poszczególnej transzy ...	Pozostałe do wykorzystania środki finansowe z umowy (w zł brutto)	Faktura				
									Numer rachunku/faktury	Data wystawienia rachunku/faktury	Wartość	Data zapłaty rachunku/faktury	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.	realizacja programu polityki zdrowotnej „Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie”												
Razem													

II. Wykaz placówek realizujących „Program” zgodnie z umową, transza .....

Lp.	Nazwa i adres placówki	Ilość wykonanych szczepień z transzy ...
1	2	3
1		
Razem		

III. Podjęte działania informacyjno-promocyjne i działań edukacyjnych w ramach realizacji umowy.

Lp.	Rodzaj działań informacyjno-promocyjnych	Rodzaj działań edukacyjnych	Miejsce realizacji działań nazwa i adres	Termin realizacji działań	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1					

sporządził:

..... pieczęćka i podpis Wykonawcy

Szczecin, .....2019 r.

Załącznik nr 3 do umowy nr CRU 19/.....

Lista osób zaszczepionych przeciwko grypie w ramach programu polityki zdrowotnej  
pn. „Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie”

Lp.	Nr pesel	Płeć (K/M)	Adres zameldowania w Szczecinie (ul. nr domu/mieszkania)	Data szczepienia	Nazwa i adres placówki wykonano szczepienie
1	2	3	4	5	6
1.					

sporządził:

Szczecin, .....2019 r.

.....  
pieczęćka i podpis Wykonawcy

**Sprawozdanie końcowe z realizacji umowy Nr CRU 19/.....**

Program polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie”

1. Termin realizacji umowy od dnia podpisania umowy do dnia podpisania umowy do .....2019 r.

2. Plan finansowy wg umowy: ..... zł brutto.

3. Środki finansowe wydatkowane: ..... zł brutto.

**I. Wykaz poniesionych kosztów za cały okres realizacji umowy.**

Lp.	Transza	Ilość zaplanowanych szczepień	Ilość wykonanych szczepień	Numer	Faktura/Rachunek			Uwagi
					Data wystawienia	Wartość (w zł)	Data zapłaty za fakturę /rachunek	
1	2	3	4	5	7	8	9	
1	Transza I							
2	Transza II							
3	Transza III							

**II. Wykaz zrealizowanych świadczeń zdrowotnych w poszczególnych placówkach za cały okres realizacji umowy.**

Lp.	Nazwa i adres placówki	Ilość wykonanych szczepień			Ilość wykonanych szczepień z III transzy	odsetek osób zaszczeplonych w ramach programu w stosunku do liczby osób zgłaszających się do programu	Uwagi
		I transzy	z II transzy	z III transzy			
1	2	3	4	5	6	7	
1							
2							
Razem							

**III. Podjęte działania edukacyjno-promujące szczepienia w ramach umowy.**

Lp.	Rodzaj działań edukacyjno-promujących szczepienia przeciwko grypie	Miejsce realizacji działań/ nazwa i adres	Termin realizacji działań	Uwagi
1	2	3	4	5
1				

**IV. Uwagi dotyczące organizacji i realizacji umowy.**

sporządził:

Szczecin, .....2019 r.

pieczęćka i podpis Wykonawcy