**Zarządzenie Nr 100/2023
Burmistrza Wolborza**

z dnia 27 grudnia 2023 r.

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn "Wolbórz – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”.**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40 ze zm.), w związku z uchwałą Nr LXI/561//2023 Rady Miejskiej w Wolborzu z dnia 30 października 2023 r. w sprawie przyjęcia do realizacji wieloletniego programu polityki zdrowotnej pn "Wolbórz - Gmina wolna od osteoporozy" oraz art. 48 b ust. 1, 2-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.)

**Burmistrz Wolborza
zarządza, co co następuje:**

**§ 1.**1. Ogłasza się konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. "Wolbórz – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023- 2025”, przyjętego do realizacji uchwałą Nr LXI/561//2023 Rady Miejskiej w Wolborzu z dnia 30 października 2023 r. w sprawie przyjęcia do realizacji wieloletniego programu polityki zdrowotnej pn "Wolbórz - Gmina wolna od osteoporozy".

2. Treść ogłoszenia o konkursie ofert, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do zarządzenia.

**§ 2.**Wyłonienie realizatora/realizatorów konkursu ofert, o którym mowa w § 1 ust. 1, zostanie przeprowadzone przez komisję konkursową, powołaną odrębnym zarządzeniem.

**§ 3.**Wykonanie zarządzenia powierza się Sekretarzowi Gminy Wolbórz.

**§ 4.**Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Burmistrz**Andrzej Jaros** |

Załącznik do zarządzenia Nr 100/2023
Burmistrza Wolborza
z dnia 27 grudnia 2023 r.

**OGŁOSZENIE KONKURSU OFERT**

**NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**BURMISTRZ WOLBORZA**

**ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Wolbórz – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”.**

**I.  PRZEDMIOT KONKURSU**

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora, który zorganizuje i przeprowadzi działania ujęte w programie polityki zdrowotnej pn. "Wolbórz – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025” zwany dalej Programem.

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację całego Programu w latach 2023-2025 wynosi 323.700,00 **zł brutto**, w tym 20 % tj. kwota 64.740,00 zł brutto stanowi wkład własny (jako wkład rzeczowy) - Zamawiającego, na realizację Programu, reszta środków 258.960,00 zł brutto pochodzi ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach dofinansowania z Subfunduszu rozwoju profilaktyki wyodrębnionego w ramach Funduszu Medycznego.

Zamawiający:

1) zapewnia na terenie Gminy Wolbórz pomieszczenia spełniające warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 402 ze zm.) w celu wykonywania w nich stacjonarnie badań objętych Programem

2) wyznaczy pracownika Urzędu Miejskiego w Wolborzu, który zgodnie z wytycznymi Realizatora wykona prace polegające na promocji Programu w pierwszym miesiącu jego realizacji, czas zaangażowania - 84 godziny.

**II.   ADRESACI KONKURSU**

Konkurs adresowany

jest do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w trybie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm), lub oferenci, których partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl w.w ustawy. Oferent przystępujący do konkursu powinien spełniać następujące warunki:

1) posiadać uprawnienia do wykonywania świadczeń z zakresu profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia osteoporozy;

2) posiadać doświadczenie związane z realizacją świadczeń z zakresu profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia osteoporozy min. 3 lata;

3) posiadać ubezpieczenie OC w zakresie niezbędnym do realizacji Programu;

4) dysponować odpowiednią, doświadczoną kadrą oraz aparaturą i posiadać odpowiednie warunki do prowadzenia badań oraz edukacji w ramach realizacji Programu;

5) stosować zalecenia i rekomendacje polskich ekspertów (np. zalecenia Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Sekcji Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy dotyczące diagnostyki i leczenia osteoporozy).

**III.  UCZESTNICY PROGRAMU**

Uczestnikami Programu będzie personel medyczny oraz mieszkańcy Gminy Wolbórz Szczegółowy opis populacji docelowej określony został w Programie.

**IV.  OPIS DZIAŁAŃ PROWADZONYCH W RAMACH REALIZACJI PROGRAMU**

Do obowiązków Oferenta należeć będzie m.in.:

1) zapewnienie dostępności do interwencji finansowanych w ramach realizacji Programu minimum przez 3 dni w tygodniu, przez min. 5 h dziennie;

2) zapewnienie pacjentom warunków dostępności i bezpieczeństwa uwzględniających sytuacje związane z ograniczeniami sprawności lub zdarzeniami epidemicznymi;

3) kwalifikacja uczestników i uczestniczek do Programu.

Ponadto Oferenta dotyczą następujące wymagania:

1) stosowanie zaleceń i rekomendacji polskich ekspertów (np. zalecenia Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Sekcji Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy dotyczące diagnostyki i leczenia osteoporozy);

2) raportowanie realizacji Programu na formularzach przygotowanych przez Zamawiającego i na zasadach określonych w umowie;

3) monitorowanie oceny jakości udzielonych świadczeń w postaci ankiety satysfakcji uzgodnionej ze Zamawiającym.

Dopuszcza się realizację Programu z udziałem podwykonawców, lecz Oferent również musi brać czynny udział w wykonaniu działań prowadzonych w ramach Programu oraz z zastrzeżeniem, że świadczenia medyczne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą. Organizator konkursu ma prawo zażądać wglądu w umowy o współpracy z podwykonawcami.

|  |
| --- |
| Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji: |
| Dla populacji ogólnej osób dorosłych  | działania informacyjno-edukacyjne z zakresu edukacji zdrowotnej; |
| Dla I grupy docelowej | edukacja zdrowotna, oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX, badanie densytometryczne, konsultacja lekarska; |
| Dla II grupy docelowej | szkolenia personelu medycznego. |

**Dokładny opis działań prowadzonych w ramach realizacji Programu oraz planowanych Interwencji zawarty jest w Programie, pkt 3.3. i następne.**

**V.  OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1) Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.

2) Ofertę sporządza się w języku polskim na formularzu ofertowym, stanowiącym załącznik nr 1 do ogłoszenia, oraz na formularzu kalkulacji kosztów realizacji Programu, stanowiącym załącznik nr 2 do ogłoszenia.

3) Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

·oświadczenie oferenta, że dne zawarte w Rejestrze KRS (jeżeli dotyczy) lub w ewidencji CEiDG (jeżeli dotyczy) są aaktualne;

·dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;

·kopia polisy ubezpieczeniowej OC

4) Wszelkie dokumenty muszą być podpisane przez Oferenta – osobę lub osoby uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.

5) Jeżeli Oferent działa przez pełnomocnika, istnieje obowiązek załączenia do oferty pełnomocnictwa z podaniem jego zakresu.

6) Oferty niezgodne, czyli takie, których treść nie odpowiada treści niniejszego ogłoszenia, zostaną odrzucone bez dalszego rozpatrywania.

7) Kopie dokumentów wchodzących w skład oferty muszą być poświadczone przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

8) Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Oferent.

**VI.  TERMIN I MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

1. Termin składania ofert upływa 15.01.2024 r.  **r. o godzinie 1000.**

2. Oferty konkursowe należy składać w formie papierowej w zamkniętej kopercie lub innym opakowaniu uniemożliwiającym ich odczytanie przed otwarciem.

3. Oferty należy kierować do:

|  |
| --- |
| Urząd Miejski w Wolborzupl. Jagiełły 28, 97 - 320 Wolbórz opatrzone napisem: **„Oferta na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. "Wolbórz – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”.** |

4. Oferty można składać w Sekretariacie Urzędu Miejskiego w Wolborzu lub przesłać pocztą na adres: Urząd Miejski w Wolborzu, pl. Jagiełły 28, 97 - 320 Wolbórz

UWAGA: Przy wysłaniu pocztą lub kurierem decyduje data wpływu oferty do Urzędu.

5. Oferent może wprowadzić zmiany w złożonej ofercie lub ją wycofać, pod warunkiem, że uczyni to przed upływem terminu składania ofert. Zarówno zmiana, jak i wycofanie oferty wymagają zachowania formy pisemnej. Na kopercie zewnętrznej należy dodatkowo umieścić zastrzeżenie „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”.

**VII.  OSOBA DO KONTAKTU ZE STRONY ZAMAWIAJĄCEGO**

Szczegółowych informacji na temat przedmiotu niniejszego postępowania konkursowego udzielają:

1. Elżbieta Bijoch, e-mail: e.bijoch@wolborz.eu, tel. 785-777-201,

**VIII.  TRYB ROZPATRYWANIA I OCENA OFERT**

1. Złożone w konkursie oferty przekazywane są pod obrady komisji konkursowej powołanej przez **urmistrza Wolborza.**.

2. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi w dniu 15 stycznia 2024 r. o godz. 12 00 podczas posiedzenia komisji konkursowej. Do chwili otwarcia oferty w stanie nienaruszonym przechowuje sięw Sekretariacie Urzędu Miejskiego w Wolborzu, pok. Nr 1.

3. Komisja obraduje na posiedzeniach zamkniętych, które organizuje i prowadzi przewodniczący komisji.

4. Możliwy jest udział Oferentów w części otwartej posiedzenia komisji konkursowej dotyczącej otwarcia ofert.

5. W przypadku uczestnictwa w otwarciu ofert osoby niewymienionej w dokumentach jako upoważnionej do reprezentacji Oferenta należy dostarczyć stosowne upoważnienie przed rozpoczęciem obrad komisji konkursowej.

6. W trakcie oceniania prawidłowości formalnej złożonych ofert komisja konkursowa może zażądać udzielenia przez Oferentów wyjaśnień dotyczących złożonych przez nich ofert.

7. Ocenie podlegają tylko oferty spełniające następujące warunki określone w ogłoszeniu:

|  |  |
| --- | --- |
| WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE | Dokumenty lub oświadczeniapotwierdzające spełnienie warunkówudziału w konkursie ofert |
| 1. | Oświadczenie o aktualności danych zawartych w rejestrze KRS (jeżeli dotyczy) | oświadczenie  |
| 2. | Oświadczenie o aktualności danych zawarych CEIDG (jeżeli dotyczy) | oświadczenie  |
| 3. | Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą | *Wydruk RPWDL* |
| 4. | Oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń wymaganych w związku z Programem, zgodnie z wymaganiami punkt 4.2. Programu | *Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta* |
| 5. | Oświadczenie, że Program będzie realizowany w pomieszczeniach Zamawiającego usytuowanego na terenie Gminy Wolbórz | *Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta* |
| 6. | Oświadczenie potwierdzające zapewnienie właściwego sprzętu medycznego niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu, zgodnie z wymaganiami punkt 4.2. Programu | *Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta* |
| 7. | Potwierdzenie posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu | *Kopia polisy OC*  |
| 8. | Oświadczenie potwierdzające posiadane doświadczenie związanego z realizacją świadczeń z zakresu profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia osteoporozy (min. 3 lata); | *Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta* |
| 9. | Oświadczenie potwierdzające stosowanie zaleceń i rekomendacji polskich ekspertów (np. zaleceń Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Sekcji Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporoz dotyczących diagnostyki i leczenia osteoporozy) | *Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta* |
| 10. | Oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych | *Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta* |
| 11. | Oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe | *Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta* |
| 12. | Oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który w przypadku zawarcia umowy ze Zleceniodawcą zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym | *Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta* |
| 13. | Oświadczenie, że podmiot nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem, udzielonych uczestnikom tego Programu, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego | *Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta* |
| 14. | Oświadczenie Oferenta o zobowiązaniu do ochrony danych osobowych 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) | *Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta* |

8. Oferty niespełniające warunków określonych w ogłoszeniu lub złożone po terminie zostaną odrzucone i nie wezmą udziału w ocenie ofert w konkursie.

9. Oferty konkursowe oceniane będą wg następujących kryteriów:

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA KRYTERIUM | Maksymalna liczba punktów |
| **1.** | **Doświadczenie Oferenta i efektywność realizacji Programu, w tym:** | **10** |
|  | Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją świadczeń z zakresu profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia osteoporozy, w tym: ·3 lata = 0 pkt·powyżej 3 lat do 5 lat = 3 pkt·powyżej 5 lat do 7 lat = 5 pkt·powyżej 7 lat do 9 lat = 7 pkt·powyżej 9 lat = 10 pkt | 0-10 pkt. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| **4.** | **Koszty realizacji Programu\*** | 90 |
|  | Cena oferty – realizator, który zaoferuje najniższą cenę brutto otrzyma 90 pkt., a dla pozostałych ofert punktacja w tym kryterium zostanie obliczona w następujący sposób:C = (Cmin / Cx) × 90*gdzie:* *C – liczba punktów w kryterium „cena oferty”**Cmin – najniższa cena brutto spośród złożonych ofert**Cx – cena brutto oferty badanej* | 0-90 pkt. |  |
| **Maksymalna liczba punktów, które może przyznać komisja konkursowa jednej ofercie wynosi:** | **100 pkt.** |

\* *Cena jednostkowa jak i cena oferty musi być podana w PLN z uwzględnieniem należnego podatku VAT. Ceną oferty jest łączna wartość brutto. Cena może być tylko jedna i powinna obejmować wszystkie koszty związane ze świadczeniem usługi wynikające z zakresu Programu.*

10. Komisja po dokonaniu oceny ofert przedłoży Burmistrzowi Wolborza wyniki konkursu i protokół z posiedzenia komisji.

11. Konkurs rozstrzyga Burmistrz Wolborza, po zapoznaniu się z wynikami i protokołem Komisji.

12. Burmistrz Wolborza dopuszcza możliwość wyboru jednej lub więcej niż jednej oferty konkursowej na realizację Programu.

13. Wybór oferty konkursowej w wyżej wymienionym trybie nie wymaga uzasadniania powodów decyzji Burmistrza Wolborza.

14. Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.

15. Przyznane środki finansowe mogą być niższe niż wnioskowane przez Oferenta w przypadku wyłonienia kilku Oferentów do realizacji Programu. W przypadku mniejszego dofinansowania warunkiem zawarcia umowy z Oferentem będzie złożenie zaktualizowanego zakresu rzeczowego i kalkulacji kosztów realizacji Programu.

16. Burmistrz Wolborza zastrzega sobie prawo – bez podania przyczyny – do zmiany warunków konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, odwołania konkursu, zamknięcia konkursu bez wyboru oferty oraz nierozstrzygnięcia konkursu na każdym jego etapie.

17. Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji w siedzibie Organizatora i na stronie internetowej w Biuletynie Informacji Publicznej: http://wolborz.eu w zakładce "Informacje i ogłoszenia".

18. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze Oferenta drogą elektroniczną.

19. Termin związania ofertą wynosi do 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

**IX.  INFORMACJE DODATKOWE**

1. W zakresie nieuregulowanym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umowy na realizację Programu stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.

2. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zwartej pomiędzy Zamawiającym, a wyłonionym w drodze postępowania konkursowego Oferentem.

3. W zakresie związanym z udziałem w konkursie Oferent zobowiązany jest do ochrony danych osobowych 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).

|  |  |
| --- | --- |
|  | Burmistrz**Andrzej Jaros** |

Załączniki do ogłoszenia:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Formularz kalkulacji kosztów

Załącznik nr 3 – Wzór umowy na realizację programu

Załącznik nr 4 – Program polityki zdrowotnej

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

*"Wolbórz– Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”*

|  |
| --- |
| **I. DANE OFERENTA** |
| **Pełna nazwa podmiotu****składającego ofertę** |  |
| **Dokładny adres**Ulica, nr Miejscowość, kod pocztowyTelefon i/lub fax |  |
| **Dane kontaktowe**Telefon i/lub faxAdres e-mail |  |
| **Forma prawna** |  |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania Oferenta***(nazwisko i imię,* *tel. kontaktowy, e-mail)* |  |
| **Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy)** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Nazwa banku** **i numer rachunku bankowego** |  |
| **Osoba uprawniona do kontaktów z ogłoszeniodawcą w sprawie złożonej oferty***(nazwisko i imię,* *tel. kontaktowy, e-mail)* |  |
| **II. DOŚWIADCZENIE OFERENTA I SKUTECZNOŚĆ REALIZACJI PROGRAMU** |
| Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją świadczeń z zakresu profilaktyki, wczesnego wykrywaniai leczenia osteoporozy: |
| *Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń* | *Odbiorcy* | *Rok realizacji* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **III. KOMPETENCJE I KWALIFIKACJE OFERENTA oraz INNE** |
| **1.** | **Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu** |
| ***Lp.*** | ***Imię i Nazwisko*** | ***Tytuł lub stopień naukowy*** | ***Specjalizacja*** | ***Numer prawa wykonywania zawodu*** | ***Doświadczenie w leczeniu/profilaktyce/edukacji związanej z osteoporozą (tak/nie)*** |
| **w zakresie szkoleń personelu medycznego:** co najmniej 1 lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **w zakresie oszacowania 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX**: co najmniej 1 pracownik medyczny posiadający odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym programem pytania uczestników np. uzyskany dzięki udziałowi w szkoleniu personelu medycznego realizowanym w ramach programu. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **zakresie konsultacji lekarskich**: co najmniej 1 lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy; lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **w zakresie wykonania densytometrycznego**: co najmniej 1 technik radiolog lub osoba przeszkolona przez dostawcę densytometru z certyfikatem do obsługi densytometru; |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych dot. edukacji zdrowotnej:** co najmniej 1 lekarz i/lub fizjoterapeuta i/lub pielęgniarka i/lub asystent medyczny i/lub edukator zdrowotny i/lub inny pracownik medyczny, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Sprzęt i aparatura przeznaczona do realizacji Programu (opisać)** |
|  |
| **3.** | **Dostępność usług dla osób z niepełnosprawnościami (TAK/NIE oraz opisać)** |
|  |
| **IV. UWAGI OFERENTA ISTOTNE DLA OCENY OFERTY** |
|  |
| **V. OŚWIADCZENIA OFERENTA** |
| 1. | Oświadczam, że informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją Programu, są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów prawnych i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego oraz że kadra ta spełnia wymagania niezbędne do prawidłowej realizacji Programu.……… dnia …...…………………. ……………………………………………*(Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu Oferenta* |
| 2. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę będzie realizował Program w pomieszczeniach Zamawiającego usytuowany na terenie Gminy Wolbórz niezbędny do prawidłowej realizacji Programu.………, dnia …...…………………. ……………………………………………*(Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 3. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny niezbędny do prawidłowej realizacji Programu.…….., dnia …...…………………. ……………………………………………*(Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 4. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada doświadczenie związane z realizacją świadczeń z zakresu profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia osteoporozy, min. 3 lata.………, dnia …...………………. ……………………………………………*(Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 5. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę stosuje zalecenia i rekomendacje polskich ekspertów (np. zalecenia Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Sekcji Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporoz dotyczące diagnostyki i leczenia osteoporozy). ………, dnia …...………………. ……………………………………………*(Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 6. | Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.……., dnia …...…………………. ……………………………………………*(Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 7. | Oświadczam, że jako osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę nie jestem ani nie byłam(-łem) objęta(-ty) zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz karana(-ny) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.………, dnia …...…………………. ……………………………………*(Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 8. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który w przypadku zawarcia umowy ze Zleceniodawcą zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.………, dnia …...…………………. ………………………………………*(Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 9. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem, udzielonych uczestnikom tego Programu, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.………, dnia …...…………………. ………………………………………*(Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 10. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę zobowiązuje się do ochrony danych osobowych 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).………, dnia …...………………. ……………………………………………*(Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

1. Oświadczenie o aktualności danych zawartych w rejestrze KRS( jeżeli dotyczy);

2. Oswiadczenie o aktualności danych zawartych w CEiDG (jeżeli dotyczy);

3. Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;

4. Kopię polisy OC, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do złożenia oferty.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **PIECZĄTKA OFERENTA** | **PODPIS*****osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta******W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika Podwykonawców*** |
|  |  |  |
|  |  |

Załącznik Nr 2 do Załącznika Nr 1

**FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW**

*"Wolbórz– Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi/towaru/świadczenia** | **Liczba/rodzaj** | **Koszt jednostkowy** **(w zł brutto)** | **Koszt ogółem****(w zł brutto)** **Rok 2024** | **Koszt ogółem****(w zł brutto)** **Rok 2025** |
| **1** | Kwalifikacja uczestnika do programu |  |  |  |  |
| **2** | Oszacowanie ryzyka złamań metodą FRAX |  |  |  |  |
| **3** | Przeprowadzenie edukacji dla uczestnikaprogramu z pre-testem i post-testem |  |  |  |  |
| **4** | Badanie densytometryczne |  |  |  |  |
| **5** | Konsultacja lekarska |  |  |  |  |
| **6** | Przeprowadzenie szkoleń dla personelumedycznego |  |  |  |  |
| **7** | Koszty personelu PPZ bezpośredniozaangażowanego w zarządzanie,rozliczanie, monitorowanie projektu lubprowadzenie innych działańadministracyjnych w projekcie, w tym wszczególności koszty wynagrodzenia |  |  |  |  |
| **8** | Koszt działań informacyjnych |  |  |  |  |
| **9** | Koszt działań edukacyjnych, w tymprzygotowania materiałów w postaciulotek, plakatów, broszur |  |  |  |  |
| **10** | Koszt monitoringu i ewaluacii |  |  |  |  |
| **11.** | **Inne koszty** niezbędne do realizacji Programu – należy podać nazwę usługi/towaru/świadczenia |  |  |  |  |
| **SUMA:** | **X** | **X** |  |  |
| **CENA OFERTY OGÓŁEM ZA CAŁY OKRES TRAWNIA PROGRAMU (2024 – 2025 r):**  |

\**Rodzaje kosztów w pozycjach 1-11 powinny być zgodne z zakresem planowanych interwencji opisanych szczegółowo w ogłoszeniu konkursowym i Programie. UWAGA! Podane ilośći są szacunkowe, liczba ostatecznych uczestników Programu może różnić się w zależności od efektywności Programu.*

|  |
| --- |
| **II. UWAGI OFERENTA ISTOTNE DLA OCENY KALKULACJI KOSZTÓW** |
|  |
| **III. OŚWIADCZENIA OFERENTA** |
| 1. | Oświadczam, że w przypadku wyboru ww. oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na świadczenie usług zgodnie z zakresem wynikającym z treści programu polityki zdrowotnej pn. **„Wolbórz – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”.**………., dnia …...…………………. …………..…………………………..*(Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| **DATA** | **PIECZĄTKA OFERENTA** | **PODPIS*****osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta******W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika Podwykonawców*** |
|  |  |  |

Załącznik Nr 3 do Załącznika Nr 1

**UMOWA NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**"Wolbórz– Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”.**

**UMOWA NR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

zawarta w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r. w ……….., pomiędzy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zwanym dalej Zamawiającym,

a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zwanym dalej Realizatorem,

zwanych łącznie Stronami,

o następującej treści:

**§ 1. Przedmiot umowy**

1. Umowa zawierana jest z Realizatorem wyłonionym w konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej przeprowadzonym na podstawie zarządzenia Nr 100/2023 Burmistrza Wolborza z dnia 27 grudnia 2023 r. w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn "Wolbórz – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025” oraz rozstrzygnięcia konkursu ofert na podstawie zarządzenia Nr ………….. …………….. z dnia ………………… r.

2. Zlecający zleca Realizatorowi realizację programu polityki zdrowotnej pn. **„Wolbórz – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”,** zwanego dalej Programem.

3. Realizator zobowiązuje się zrealizować Program w zakresie i na warunkach określonych w niniejszej umowie oraz ofercie złożonej w konkursie ofert na wybór realizatora Programu, stanowiącej załącznik nr 1 do umowy.

4. Termin realizacji Programu ustala się na okres: **od dnia podpisania umowy do 31 grudnia 2025 r.**

**§ 2. Finansowanie Programu**

1. Zlecający zobowiązuje się do przekazania środków publicznych na realizację Programu w latach **2023-2025** w łącznej kwocie ............................ **złotych brutto**, co stanowi 80 % wartości Programu realizowanego przez Zlecającego.

2. Kwota ....................... zł brutto, co stanowi 20% wartości Programu realizowanego przez Zlecającego, stanowi wkład - własny rzeczowy Zlecającego zgodnie z treścią ogłoszenia konkursu, na realizację Programu, stanowiącego przedmiot umowy.

3. Kwota, o której mowa w ust. 1 zostanie przekazana Realizatorowi w następującej wysokości:

1) w 2024 roku – maksymalnie do kwoty …………… zł brutto

(słownie:…………………………………. złotych 00/100),

2) w 2025 roku – maksymalnie do kwoty …………… zł brutto (słownie:

…………………………………. złotych 00/100),

na rachunek bankowy Realizatora Programu **nr …………………………………………….**.

2. Środki finansowe, o których mowa w ust. 1, zostaną przekazane:

1) **płatność za** realizację Programu w okresie od dnia zawarcia umowy do 31.01.2024 r. w wysokości nie większej niż \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł brutto po wykonaniu czynności składających się na Program **na podstawie faktur VAT** z terminem płatności 14 dni, wystawianych przez Realizatora Programu za ilość faktycznie przebadanych osób lub zrealizowanie danej usługi oraz pod warunkiem przedłożenia przez Zlecającego raportów z bieżącej realizacji Programu;

2) płatność za realizację Programu w okresie od 1.02.2024 r. - 31.12.2024 r. odbywać się będzie kwartalnie w częściach (II-III 2024 r., IV-VI 2024 r., VII-IX 2024 r., X-XII 2024 r.), w łącznej kwocie nie większej niż \_\_\_\_\_\_\_ zł brutto, po wykonaniu kolejnych czynności składających się na Program **na podstawie faktur VAT** z terminem płatności 14 dni, wystawianych przez Realizatora Programu za ilość faktycznie przebadanych osób lub zrealizowanie danej usługi oraz przedłożeniu przez Zlecającego raportów z bieżącej realizacji Programu, obejmujących merytoryczne i finansowe rozliczenie z bieżącej realizacji Programu

3) płatność za realizację Programu w okresie od 1.01.2025 r. - 31.12.2025 r. odbywać się będzie kwartalnie w częściach, w łącznej kwocie nie większej niż \_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł brutto, po wykonaniu kolejnych czynności składających się na Program **na podstawie faktur VAT** z terminem płatności 14 dni, wystawianych przez Realizatora Programu za ilość faktycznie przebadanych osób lub zrealizowanie danej usługi oraz pod warunkiem przedłożenia przez Zlecającego raportów z bieżącej realizacji Programu.

Każdorazowo załącznikiem do faktury będzie sprawozdanie, przekazywane co kwartał, potwierdzające wykonanie kolejnych czynności składających się na Program. Wraz z ostatnią fakturą VAT, stanowiącą rozliczenie końcowe Realizator przedłoży Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu polityki zdrowotnej, który stanowi załącznik D do Programu.

3. Faktury VAT Realizator wystawi na:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

4. W przypadku wystawienia faktury elektronicznej musi ona zostać przesłana za pośrednictwem Platformy Elektronicznego Fakturowania, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 listopada 2018 r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych (...) oraz zawierać następujące dane:

**NABYWCA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
ODBIORCA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
GLN Wydziału: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5. Za datę zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Zlecającego.

6. Realizator oświadcza, że jest jedynym posiadaczem wskazanego w ust. 1 rachunku bankowego i zobowiązuje się do jego utrzymania nie krócej niż do chwili dokonania ostatecznych rozliczeń ze Zlecającym, wynikających z realizacji niniejszej umowy.

7. Realizator zobowiązany jest do prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji finansowo-księgowej środków finansowych otrzymanych na realizację Programu oraz dokonywanych z tych środków wydatków, w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.

8. Umowa obejmuje finansowanie badań i usług objętych Programem i Ofertą Realizatora, w tym w szczególności:

1) działań informacyjno-edukacyjnych,

2) konsultacji lekarskich wraz z oceną FRAX,

3) badań densytometrycznych,

4) materiałów i zabezpieczenia niezbędnego do realizacji Programu.

9. Zlecający zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości środków przeznaczonych na realizację Programu w razie dokonania zmian w budżecie Gminy Wolbórz dotyczących zadania – w takim przypadku przyznana Realizatorowi wysokość środków finansowych ulega zwiększeniu lub zmniejszeniu w drodze aneksu do umowy.

**§ 3. Sposób wykonania zadania i wynikające z tego tytułu zobowiązania**

1. Środki finansowe, o których mowa w § 2 ust.1, mogą być wykorzystane wyłącznie na pokrycie wydatków z tytułu realizacji umowy.

2. Realizator Programu zobowiązany jest do świadczenia usług zgodnie z postanowieniami Programu.

3. Realizator zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych Programem przez personel medyczny i pozostałych specjalistów posiadających kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi oraz zakresem wskazanym w ofercie złożonej przez Realizatora.

4. Realizator zobowiązuje się do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, na zasadach obowiązujących w podmiotach prowadzących działalność leczniczą.

5. Realizator zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją Programu przez 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym zakończono realizację Programu, z wyjątkiem dokumentacji medycznej, która będzie przechowywana zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 849).

6. Realizator zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości z zakresu statystyki publicznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

7. Realizator zobowiązuje się do zapewnienia ochrony danych osobowych, zgodnie
z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

8. Realizator zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania Programu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych objętych Programem.

9. Realizator zobowiązuje się do przeprowadzenia anonimowego badania ankietowego w celu oceny satysfakcji uczestników programu i poznania opinii na temat jego realizacji.

**§ 4. Odpowiedzialność Realizatora**

1. Realizator oświadcza, iż posiada polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie działalności objętej Programem.

2. Za szkody powstałe wobec osób trzecich w związku z realizacją Programu odpowiedzialność ponosi wyłącznie Realizator.

**§ 5. Obowiązki informacyjne Realizatora**

1. Realizator ma obowiązek umieszczenia widocznej informacji o realizowanym Programie na swojej stronie internetowej i/lub w miejscu jego realizacji.

2. Realizator zobowiązuje się do informowania opinii publicznej, że Program jest współfinansowany ze środków otrzymanych od Zlecającego. Informacja na ten temat powinna się znaleźć we wszystkich materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach oraz w wystąpieniach publicznych.

3. Realizator zobowiązuje się do umieszczania logo Zlecającego na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych i informacyjnych dotyczących realizowanego Programu, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność.

4. Realizator zobowiązany jest do uzyskania akceptacji przez Zlecającego materiałów, o których mowa w ust. 3, przed ich wydrukowaniem i udostępnianiem.

**§ 6. Uprawnienia informacyjne Zlecającego**

Realizator upoważnia Zlecającego do rozpowszechniania w dowolnej formie, w prasie, radiu, telewizji, Internecie oraz innych formach publikacji, nazwy oraz adresu Realizatora, przedmiotu i celu, na który przyznano środki, oraz informacji o wysokości przyznanych środków.

**§ 7. Przetwarzanie danych osobowych reprezentantów Stron**

1. Dane osobowe reprezentantów Stron będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonania umowy.

2. Każda ze Stron oświadcza, że jest administratorem danych osobowych osób wskazanych do wykonania umowy i zobowiązuje się udostępnić je Stronom umowy, wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do jej realizacji, w tym dla zapewniania sprawnej komunikacji pomiędzy Stronami.

3. Dane, o których mowa w ust. 2, w zależności od rodzaju współpracy, mogą obejmować: imię i nazwisko pracownika, zakład pracy, stanowisko służbowe, służbowe dane kontaktowe (e-mail, numer telefonu) oraz dane zawarte w dokumentach potwierdzających uprawnienia lub doświadczenie zawodowe.

4. Każda ze Stron zobowiązuje się wypełnić tzw. obowiązek informacyjny administratora wobec osób, o których mowa w ust. 2, których dane udostępnione zostały/zostaną Stronom w celu wykonania umowy, poprzez zapoznanie ich z informacjami, o których mowa w art. 14 RODO.

5. Informacje na temat przetwarzania danych osobowych przez Zlecającego znajdują się pod adresem: ..........................

6. Informacje na temat przetwarzania danych osobowych przez Realizatora znajdują się pod adresem: ……………………..

**§ 8. Kontrola realizacji Programu**

1. Zlecający sprawuje kontrolę prawidłowości realizacji umowy zawartej z Realizatorem, w tym wydatkowania środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu.

2. Kontrola może być prowadzona w czasie realizacji Programu oraz po jego zakończeniu.

3. Prawo kontroli ze strony Zlecającego przysługuje upoważnionym pracownikom lub upoważnionemu przez Zlecającego podmiotowi zewnętrznemu.

4. Zlecający w celu kontroli ma prawo żądać od Realizatora wszystkich dokumentów dotyczących realizacji Programu. Pod względem finansowym kontroli podlegają udokumentowane wydatki poniesione na realizację Programu do wysokości środków przekazanych w ramach niniejszej umowy.

5. Realizator zobowiązuje się do udzielania ustnie lub na piśmie wyjaśnień i informacji dotyczących realizacji Programu, w zależności od żądania kontrolującego oraz w terminie przez niego określonym.

6. Realizator zobowiązuje się do niezwłocznego wykonywania zaleceń pokontrolnych po przeprowadzonej kontroli, wydanych w formie pisemnej.

**§ 9. Rozwiązanie umowy**

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron, z zachowaniem
30-dniowego okresu wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonanie umowy. Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych Strony określą w sporządzonym na tę okoliczność protokole.

2. W przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust.1, Strony mogą uregulować odmiennie zasady realizacji całości lub części zadania określonego w umowie w drodze aneksu do umowy.

3. W przypadku, gdy Realizator rażąco naruszy istotne postanowienia umowy, Zlecający wezwie Realizatora w formie pisemnej pod rygorem nieważności do usunięcia tego rażącego naruszenia istotnego postanowienia umowy, w terminie 14 dni od doręczenia tego wezwania, zamieszczając w treści wezwania szczegółowy opis rażącego naruszenia istotnego postanowienia umowy, którego usunięcia domaga się od Realizatora. Jeżeli Realizator w terminie 14 dni od otrzymania wezwania, o którym mowa w zdaniu poprzednim, nie usunie rażącego naruszenia istotnego postanowienia umowy opisanego w wezwaniu, wówczas Zlecający może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia, składając Realizatorowi oświadczenie o rozwiązaniu umowy w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

4. Prawo rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym przysługuje:

1) Zlecającemu – w sytuacji, gdy Realizator z przyczyn leżących po jego stronie nie rozpoczął realizacji umowy lub przerwał jej realizację i jej nie wznowił mimo wezwań Zlecającego,

2) Realizatorowi – gdy Zlecający nie reguluje na bieżąco faktur i mimo wezwania zwleka z zapłatą dłużej niż 1 miesiąc.

5. W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawierania umowy, Zlecający może rozwiązać umowę w terminie jednego miesiąca od otrzymania wiadomości o powyższych okolicznościach.

**§ 10. Kary umowne**

1) Zlecający może zażądać od Realizatora kary umownej w wysokości 5% kwoty określonej w § 2 ust. 1 umowy na realizację zadania w każdym roku kalendarzowym, w przypadku:

**A.**niewywiązywania się lub nieterminowego realizowania postanowień umowy,

**B.**nieusunięcia przez Realizatora nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli.

2) Należność, o której mowa w ust. 1, zostanie wpłacona na wskazane przez Zlecającego konto.

3) Zlecającemu przysługuje prawo do dochodzenia na zasadach ogólnych odszkodowania przewyższającego karę umowną, określoną w ust. 1, na drodze sądowej.

**§ 11. Postanowienia końcowe**

1. W przypadku, gdy Realizator zamierza dokonać zmian podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności, mających wpływ na sposób realizacji umowy, jest zobowiązany do pisemnego poinformowania Zlecającego o tym zamiarze, nie później niż na 30 dni przed ich dokonaniem.

2. Istotne dla realizacji przedmiotu umowy zmiany wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności. Zmiana postanowień zawartych w umowie może nastąpić też za zgodą obu Stron, wyrażoną na piśmie, bez konieczności sporządzania aneksu do umowy.

3. W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, ustawy z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy z 25 czerwca 2015 r o leczeniu niepłodności i ustawy z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny.

4. Ewentualne spory powstałe na tle wykonywania umowy będą rozstrzygane w drodze polubownego porozumienia. W przypadku nieuzyskania porozumienia, rozstrzygnięcie sporu zostanie poddane sądowi właściwemu dla siedziby Zlecającego.

5. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

6. Umowa obowiązuje na czas określony: **od dnia podpisania umowy do 31 grudnia 2025 r.**

7. Integralną część umowy stanowią następujące załączniki:

1) Oferta Realizatora Programu,

2) Program wraz z załącznikami

**Realizator** **Zlecający**

**………………………………..** **………………………………**