

UCHWAŁA NR 431/2025
ZARZĄDU POWIATU GLIWICKIEGO
z dnia 2 lipca 2025 r.

w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców Powiatu Gliwickiego w roku 2025

Na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 107) oraz art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).

Zarząd Powiatu Gliwickiego uchwala co następuje:

§ 1. 1. Ogłasza się otwarty konkurs ofert na wyłonienie realizatora programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców Powiatu Gliwickiego w roku 2025.

2. Ustala się treść ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w brzmieniu jak w załączniku nr 1 do niniejszej Uchwały.

3. Zatwierdza się przedmiot i szczegółowe warunki przeprowadzenia konkursu w brzmieniu jak w załączniku nr 2 do niniejszej Uchwały.

4. Ustala się wzór oferty (formularza) na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w brzmieniu jak w załączniku nr 3 do niniejszej Uchwały.

5. Zatwierdza się regulamin konkursu na realizację programu polityki zdrowotnej w brzmieniu jak w załączniku nr 4 do niniejszej Uchwały.

6. Ustala się projekt umowy w brzmieniu jak w załączniku nr 5 do niniejszej Uchwały.

§ 2. Powołuje się Komisję Konkursową ds. wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej w składzie:

- 1) Zbigniew Więcek – Przewodniczący
- 2) Joanna Lewko-Kuźniewicz - Zastępca Przewodniczącego
- 3) Daria Frejno - Członek
- 4) Magdalena Przybysławska - Członek
- 5) Jolanta Zalewska - Członek

§ 3. Wykonanie Uchwały powierza się Naczelnikowi Wydziału Kontroli, Audytu i Zdrowia.

§ 4. Nadzór nad wykonaniem Uchwały powierza się Staroście Gliwickiemu.

§ 5. Uchwała wchodzi w życie z dniem podpisania.

Starosta Gliwicki

Dawid Rams

Wicestarosta Gliwicki

Paweł Bryła

Członek Zarządu Powiatu
Gliwickiego

Piotr Solka

Ogłoszenie

Działając na podstawie art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2024 poz.146 z późn. zm.).

ZARZĄD POWIATU GLIWICKIEGO

Ogłasza otwarty konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców Powiatu Gliwickiego w roku 2025.

Kwota przeznaczona na realizację ww. zadania wynosi 70 000,00 zł

Termin realizacji zadania: od dnia podpisania umowy do 05 grudnia 2025

Podmioty zainteresowane przystąpieniem do realizacji ww. programu mogą zapoznać się z przedmiotem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz otrzymać obowiązujący formularz oferty w Wydziale Kontroli, Audytu i Zdrowia Starostwa Powiatowego w Gliwicach, od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Urzędu oraz w formie elektronicznej na stronie internetowej <http://www.starostwo.gliwice.pl> w zakładce ogłoszenia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej www.bip.powiatgliwicki.pl.

Oferty należy składać osobiście w **Wydziale Kontroli, Audytu i Zdrowia** Starostwa Powiatowego w Gliwicach, ul. Z. Starego 17 Gliwice (pokój nr 208) od poniedziałku do piątku lub przesłać za pośrednictwem poczty na adres:

Starostwo Powiatowe w Gliwicach,
Wydział Kontroli, Audytu i Zdrowia
ul. Zygmunta Starego 17
44-100 Gliwice

Ofertę należy złożyć na obowiązującym formularzu oferty, w zamkniętej kopercie z dopiskiem „**Konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców powiatu gliwickiego w roku 2025**”.

Termin składania ofert upływa: 25.07.2025 r. o godz. 15⁰⁰

Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone oferentowi bez rozpatrywania. **O terminie wpływu nie decyduje data stempla pocztowego, lecz data wpływu oferty do Urzędu.**

Oferty mogą być składane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2024 poz. 450 z późn. zm.), spełniające wymagania określone w szczegółowych warunkach konkursu ofert.

Zarząd Powiatu Gliwickiego zastrzega sobie prawo do:

- zmiany wysokości kwoty przeznaczonej na realizację programu polityki zdrowotnej;
- odwołania postępowania konkursowego bez podania przyczyny;
- wyboru więcej niż jednej oferty na realizację programu;
- przesunięcia terminu składania ofert;
- zmiany terminu zakończenia postępowania konkursowego.

Wybór oferty zostanie dokonany w terminie 14 dni od upływu terminu składania ofert, tj. do 08.08.2025 r.

Wyniki otwartego konkursu zostaną podane do publicznej wiadomości niezwłocznie po wyborze ofert.

PRZEDMIOT I SZCZEGÓŁOWE WARUNKI PRZEPROWADZENIA KONKURSU

do ogłoszenia o konkursie ofert w sprawie wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców Powiatu Gliwickiego w roku 2025.

CZĘŚĆ I – PRZEDMIOT KONKURSU

Przedmiot konkursu:

Realizacja programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców Powiatu Gliwickiego w roku 2025. Program stanowi załącznik do niniejszego konkursu i będzie integralną częścią umowy. Realizator zobowiązany jest do zapoznania się z zapisami programu i jego realizacją zgodnie z wytycznymi.

Grupa docelowa:

Program adresowany jest do mieszkańców powiatu gliwickiego, którzy ukończyli 18 rok życia.

Interwencja	Opis populacji docelowej
Szkolenia personelu medycznego	Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności: • osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne • oraz lekarze przeprowadzający wizyty diagnostyczno-terapeutyczne
Działania informacyjno - edukacyjne	Osoby przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka, tj: • osoby zamieszkujące regiony częstego występowania kleszczy, • lub osoby wykonujące zawody narażające na kontakt kleszczami m.in.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy
Lekarska wizyta diagnostyczno - terapeutyczna	Osoby przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka, które mają utrudniony dostęp do świadczeń gwarantowanych AOS w zakresie diagnostyki boreliozy.

- Część informacyjno-edukacyjna skierowana będzie do wszystkich mieszkańców powiatu gliwickiego, którzy ukończyli 18 rok życia. Zakłada się bardzo szeroki dostęp do informacji edukacyjnych. Ulotki informacyjno-edukacyjne zostaną rozpowszechnione we wszystkich miejscach użyteczności publicznej, w placówkach medycznych, a także szkołach znajdujących się na terenie powiatu, w mediach społecznościowych oraz prasie lokalnej.
- Część diagnostyczną planuje się skierować do min. 500 osób.

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programu w roku 2025:

70.000, 00 zł

(Koszty administracyjno – techniczne nie mogą przekroczyć 4% wnioskowanej kwoty)

Miejsce realizacji programu:

Zarówno testy jak i spotkania edukacyjne, po uzgodnieniu z Wydziałem Kontroli, Audytu i Zdrowia odbędą się na terenie powiatu w siedzibach wskazanych przez oferenta. Uprawnieni będą mogli zgłaszać się do podmiotów wybranych w konkursie.

Termin realizacji projektu: od podpisania umowy **do 05 grudnia 2025 roku.**

Realizacja programu:**a. Szkolenie personelu****b. Akcja informacyjno-edukacyjna:**

- Plakaty na terenie powiatu gliwickiego na tablicach ogłoszeniowych
- Ogłoszenia w mediach społecznościowych
- Broszury informacyjne rozprowadzane w miejsca użyteczności publicznej na terenie powiatu
- Informacja o programie na stronie internetowej Powiatu oraz realizatora
- Udostępniony numer telefonu po stronie do kontaktu w sprawie udzielania informacji nt. programu

c. Wizyta lekarska:

- Przeprowadzenie dokładnego wywiadu lekarskiego wraz z kwestionariuszem kwalifikacyjnym
- Kwalifikacja do badań laboratoryjnych

d. Badania laboratoryjne:

- Wykonanie testu ELISA Lyme IgM (min. 500 sztuk)
- Wykonanie testu ELISA Lyme IgG (min. 500 sztuk)
- Wykonanie testu Western Blot (ok. 130 sztuk) – w przypadku, gdy wynik w teście ELISA będzie dodatni lub wątpliwy, zakłada się, iż każdy pacjent z wynikiem wątpliwym lub/i dodatnim w teście ELISA ma mieć wykonany test Western Blot

Monitorowanie:

Wydział Kontroli, Audytu i Zdrowia będzie na bieżąco monitorował realizację programu na każdym jej etapie.

Zakończenie programu:

Realizator będzie zobowiązany do przekazania sprawozdania miesięcznego oraz rocznego, które będzie zawierać analizę uzyskanych mierników efektywności z całego okresu trwania projektu – „Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej” zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2017r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 poz. 2476).

CZĘŚĆ II – SZCZEGÓŁOWE WARUNKI PRZEPROWADZENIA KONKURSU

1. Informacje o konkursie ofert:

1. Konkurs ofert prowadzi Komisja Konkursowa powołana Uchwałą Zarządu Powiatu Gliwickiego.
2. Tryb pracy Komisji określa regulamin konkursu.
3. Oferty zgłoszone do konkursu powinny być sporządzone na udostępnionym formularzu ofert.
4. Komisja konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty.
5. Zarząd Powiatu zastrzega sobie prawo do:
 - zmiany wysokości kwoty przeznaczonej na realizację programu polityki zdrowotnej;
 - odwołania postępowania konkursowego bez podania przyczyny;
 - wyboru więcej niż jednej oferty na realizację programu;
 - przesunięcia terminu składania ofert;
 - zmiany terminu zakończenia postępowania konkursowego.
6. Wyniki konkursu zostaną podane do publicznej wiadomości.
7. Z wybranymi oferentami zawarte zostaną stosowne umowy.

2. Ogólne warunki przystąpienia do konkursu ofert:

1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, który dysponuje placówką medyczną na terenie powiatu gliwickiego.
2. Zgodność wykonywania usług medycznych w zakresie wymaganym w konkursie ofert oraz ze statutem podmiotu leczniczego składającego ofertę.
3. Złożenie oferty na formularzu ofertowym wraz z aktualnymi oświadczeniami (ważnymi 3 m-ce od daty wystawienia) oraz kserokopiami wymaganych dokumentów, stosownie do statusu prawnego jednostki:
 - a) dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej/Pielęgniarek i Położnych (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy/pielęgniarek i położnych – indywidualnych lub grupowych),
 - b) kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym programem,
 - c) oświadczenie potwierdzające, że na dzień składania oferty spełniane są warunki określone w art. 18 i 19 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (w przypadku indywidualnych lub grupowych praktyk zawodowych),
 - d) oświadczenie, że osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w podmiocie leczniczym (pracujące dla podmiotu leczniczego), uczestniczące w realizacji programu polityki zdrowotnej spełniają wymogi i posiadają kwalifikacje niezbędne do wykonywania zawodu określone w ustawie o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz przepisach odrębnych,
 - e) oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią i wystarczającą aparaturą medyczną oraz odpowiednimi warunkami do przeprowadzenia programu polityki zdrowotnej,
 - f) oświadczenie stanowiące załącznik nr 1 do formularza ofertowego na realizację programu polityki zdrowotnej,
 - g) informacja merytoryczno-finansowa w zakresie działalności placówki,
 - h) kserokopia statutu (jeżeli dotyczy).

3. Szczegółowe warunki konkursu:

1) przeprowadzenie testów przesiewowych:

- a) udzielenie na terenie Powiatu Gliwickiego świadczeń zdrowotnych określonych w Przedmiocie Konkursu,
- b) zapewnienie fachowego personelu medycznego dla potrzeb programu: co najmniej jeden lekarz i co najmniej jedna pielęgniarka,
- c) zapewnienie jednorazowego sprzętu medycznego do wykonywania testów zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki,
- d) posiadanie gabinetu lekarskiego/zabiegowego spełniającego pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa.

2) edukacja zdrowotna:

Zapewnienie fachowego personelu przeprowadzającego edukację zdrowotną, posiadającą wykształcenie / kwalifikacje zgodne z przedmiotową tematyką – lekarz lub pielęgniarka lub osoba posiadająca wiedzę i doświadczenie z zakresu chorób przenoszonych przez kleszcze.

4. Opis sposobu przygotowania oferty:

- 1) Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
- 2) Złożenie przez oferenta więcej niż jednej oferty spowoduje jego wykluczenie z dalszego postępowania.
- 3) Koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi oferent.
- 4) Ofertę na realizację programu polityki zdrowotnej należy składać na formularzu ofertowym stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszej Uchwały.
- 5) Oferta powinna być sporządzona pod rygorem nieważności w języku polskim, w formie zapewniającej pełną czytelność.
- 6) Oferta powinna zawierać wszystkie wymagane w formularzu dokumenty.
- 7) Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól formularza oferty.
- 8) Ewentualne poprawki w treści oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.
- 9) Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w „przedmiocie i szczegółowych warunkach przeprowadzenia konkursu”.
- 10) Oferentowi nie wolno modyfikować treści wzorów załączników pod rygorem odrzucenia oferty.
- 11) Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi zamawiającego o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu złożonej oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”.

Kopię dokumentów składane przez oferentów muszą posiadać adnotację: „za zgodność z oryginałem” oraz pieczętąkę datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu.

Formularz oferty

I. DANE NT. OFERENTA:

1. Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

.....

2. Dokładny adres:

.....

.....

tel., fax.....

email, http://

3. Forma prawna:

4. Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych wraz z podaniem organu prowadzącego rejestr:

.....

5. Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru/ewidencji:

.....

6. NIP:

7. REGON:

8. Nazwa banku i nr rachunku:

.....

9. Imiona i nazwiska osób upoważnionych do podpisywania umowy na realizację programu polityki zdrowotnej:

.....

10. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

.....

11. Wynik finansowy za rok ubiegły:

.....

II. DATA SPORZĄDZENIA OFERTY:

.....

III. REALIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ:

1. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu lub innych programów profilaktycznych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Akcja informacyjno-promocyjna:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Edukacja zdrowotna:

.....

.....

.....

.....

.....

Pozyskiwanie, rejestracja beneficjentów:

.....

.....

.....

.....

Realizacja przeprowadzenie testów:

.....

.....

.....

.....

3. Wykaz personelu medycznego bez danych osobowych, który będzie realizował zamówienie, wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy i doświadczenia zawodowego.

Zawód stopień specjalizacji/ nr prawa wykonywania zawodu	Rola w realizacji programu	Pozostałe informacje

4. Data rozpoczęcia i zakończenia programu:
5. Określenie miejsca realizacji programu oraz dni tygodnia i godzin udzielania świadczeń

6. Harmonogram planowanych poszczególnych działań:
7. Planowana liczba osób do objęcia programem
8. Określenie warunków udzielania świadczeń (pomieszczenia, aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu, łączności itp.....

9. Określenie sposobu rejestracji pacjentów (osobiście – adres, godziny; telefonicznie – numer, godziny).....

10. Informacja o ewentualnych podwykonawcach biorących udział przy realizacji programu

.....

.....

.....

.....

IV. KOSZTY:

1. Kalkulacja kosztów realizacji programu polityki zdrowotnej:

Lp.	Grupa kosztów	Koszt brutto (zł)		Udział % kosztów w realizacji całego zadania
1	Akcja informacyjno – promocyjna			
2	Edukacja zdrowotna			
3	Realizacja testów na boreliozę (koszty wykonania testów ELISA, Western blot, koszty kwalifikacji, koszty materiałów jednorazowego użytku)	ELISA		
		Western blot		
4	Koszty administracyjno – techniczne (koszty administracyjno – techniczne nie mogą przekroczyć 4% wnioskowanej kwoty)			
Razem				100 %

2. Całkowity koszt (wyliczony na podst. punktu/wiersza nr 3 tabeli):

- wykonania pojedynczego testu ELISA w klasie IgG oraz IgM wynosi (zł brutto)

.....

- wykonania pojedynczego testu Western blot w klasie IgM oraz IgM wynosi (zł brutto)

.....

Załączniki:

- 1. Kserokopia polisy ubezpieczenia** od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym programem.
- 2. Oświadczenie** potwierdzające, że na dzień składania oferty spełniane są warunki określone w art.18 i 19 ustawy o działalności leczniczej (tj. z 2020 r., poz. 295 z późn. zm.), w przypadku indywidualnych lub grupowych praktyk zawodowych,
- 3. Oświadczenie**, że osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w podmiocie leczniczym (pracujące dla podmiotu leczniczego), uczestniczące w realizacji programu polityki zdrowotnej spełniają wymogi i posiadają kwalifikacje niezbędne do wykonania zawodu określone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, oraz ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, oraz w przepisach odrębnych,
- 4. Oświadczenie** o dysponowaniu odpowiednią i wystarczającą aparaturą medyczną i odpowiednimi warunkami do przeprowadzenia programu polityki zdrowotnej,
- 5. Oświadczenie** stanowiące załącznik nr 1 do formularza ofertowego na realizację programu polityki zdrowotnej,
- 6. Informacja merytoryczno – finansowa** w zakresie działalności placówki,
- 7. Kserokopia statutu** (jeżeli dotyczy).

Kopie dokumentów składane przez oferentów muszą posiadać adnotację: „za zgodność z oryginałem” oraz pieczętą datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu.

Oświadczenie:

1. Przystępując do konkursu na realizację programu polityki zdrowotnej w Powiecie Gliwickim, oświadczamy, że zapoznaliśmy się z:
 - ogłoszeniem o ww. konkursie ofert z zaproszeniem do składania ofert,
 - przedmiotem i szczegółowymi warunkami przeprowadzenia konkursu,
 - regulaminem konkursu, oraz nie wnosimy do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 14 dni od terminu składania ofert wskazanego w ogłoszeniu o konkursie.
3. Oświadczamy, że w razie wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy wg wzoru przedstawionego przez Zleceniodawcę / Zamawiającego.

.....

(data i podpis osoby upoważnionej, oferenta)

**REGULAMIN PRACY KOMISJI KONKURSOWEJ
POWOŁANEJ W CELU PRZEPROWADZENIA KONKURSU OFERT
NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ
W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA BORELIOZIE NA RZECZ MIESZKAŃCÓW
POWIATU GLIWICKIEGO W ROKU 2025**

I. ZADANIA I CZYNNOŚCI KOMISJI KONKURSOWEJ:

1. Komisja Konkursowa odpowiada za przeprowadzenie w sposób prawidłowy i zgodny z przepisami prawa oraz niniejszego Regulaminu, konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców powiatu gliwickiego.
2. Komisję Konkursową powołuje Zarząd Powiatu Gliwickiego w drodze Uchwały Zarządu.
3. Pracami Komisji kieruje przewodniczący. W razie nieobecności przewodniczącego pracami Komisji kieruje zastępca przewodniczącego Komisji.
4. Z posiedzenia Komisji sporządza się protokół.
5. Do skutecznego działania Komisji wymagana jest obecność co najmniej 3 członków na danym posiedzeniu, w tym obowiązkowo przewodniczący lub zastępca przewodniczącego.
6. Wszystkie posiedzenia Komisji są protokołowane. W protokołach umieszcza się imiona i nazwiska członków Komisji Konkursowej oraz opis istotnych wydarzeń. Protokół dla swojej ważności powinien być podpisany przez wszystkich członków Komisji.

II. POSTĘPOWANIE KONKURSOWE:

1. Konkurs ofert rozpoczyna się w miejscu i w terminie wskazanym w ogłoszeniu i trwa do czasu rozstrzygnięcia.
2. Komisja Konkursowa przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert, dokonuje kolejno następujących czynności:
 - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
 - b) otwiera koperty z ofertami;
 - c) ustala, która z ofert spełnia kryteria formalno - prawne określone w przedmiocie i szczegółowych warunkach konkursu ofert i regulaminie;
 - d) odrzuca oferty nie spełniające kryteriów formalno – prawnych określonych w warunkach konkursu ofert i regulaminie lub złożone po terminie;
 - e) dokonuje oceny ofert;
 - f) wybiera najkorzystniejszą ofertę lub oferty albo nie przyjmuje żadnej z ofert;
3. Dopuszcza się możliwość uzupełnienia ofert, na żądanie Komisji Konkursowej w terminie do 3 dni od otrzymania wezwania w zakresie:
 - dokonywania poprawek oczywistych omyłek i błędów rachunkowych;
 - potwierdzenia kserokopii złożonych dokumentów za „zgodność z oryginałem”;
 - uzupełnienia brakującej dokumentacji określonej w warunkach otwartego konkursu ofert.
4. Komisja Konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych, bez udziału oferentów;
5. Komisja Konkursowa może wybrać więcej niż jedną ofertę, jeżeli uzna, że zadanie będzie efektywniej realizowane przez kilku wykonawców.
6. Komisja Konkursowa stosuje następujące kryteria oceny ofert na realizację programu polityki zdrowotnej przez podmioty wykonujące działalność leczniczą:

Lp.	Nazwa kryterium	Liczba punktów
1	Staranność w przygotowaniu dokumentacji ofertowej: • prawidłowo złożona oferta, wypełniona odręcznie, mało czytelna (1pkt.) • prawidłowo złożona oferta, wypełniona odręcznie lub komputerowo, ale nieuporządkowana (2 pkt.) • prawidłowo złożona oferta, wypełniona odręcznie lub komputerowo, uporządkowana (3 pkt.)	
2	Harmonogram: • oczekiwany, akceptowalny, niewielka szczegółowość, lub mało przemyślany, lub mało spójny (5 pkt.) • oczekiwany, akceptowalny, większy stopień szczegółowości, przemyślany, spójny (7pkt) • oczekiwany, akceptowalny, przemyślany, spójny, bardzo szczegółowy (10 pkt.)	
3	Sposób pozyskiwania/rejestracji beneficjentów w ramach programu: • „ogólny” np. za pośrednictwem ulotek, rejestracja osobista,, telefoniczna (5pkt.) • „ogólny i indywidualny” - powyższe, dodatkowo indywidualne zaangażowanie w pozyskanie beneficjentów np. zaproszenie, rozmowy indywidualne (10 pkt)	
	Sposób realizacji testów przesiewowych: • akceptowalny, poprawny obejmuje część przebiegu procesu (5 pkt.) • spójny, konkretny obejmuje cały schemat procesu realizacji świadczeń (15 pkt.)	
4	Ilość gabinetów lekarskich i punktów zabiegowych własnych realizujących program w Powiecie Gliwickim: • jeden punkt/gabinet (3 pkt.) • dwa i więcej punktów/gabinetów (5pkt)	
5	Doświadczenie w realizacji podobnych programów zdrowotnych z liczbą osób objętych programem min. 500 osób: • brak doświadczenia (0 pkt.) • jeden lub dwa programy (5 pkt.) • powyżej dwóch programów (15 pkt.)	
6	Liczba osób objęta programem: • 500 (1 pkt.) • więcej niż 500, mniej niż 600 (3 pkt.) • więcej niż 600 (5 pkt.)	
7	Cena całości programu; • cena najniższa (40 pkt.) • przy każdej wyższej cenie oferty (liczbę pkt. wylicza się wg wzoru: cena najniższej oferty/ cenę wyższą x 30 pkt.)	

Maksymalna liczba punktów do uzyskania – **103 pkt.**

Oferta wybrana do realizacji musi otrzymać minimum – **70 pkt.**

- Jeżeli do konkursu ofert nie zostanie zgłoszona żadna oferta lub postępowanie konkursowe nie zostanie zakończone wyłonieniem oferty – postępowanie konkursowe umarza się. W tym przypadku dysponent środków może dokonać ponownego ogłoszenia konkursu.
- Komisja przygotowuje propozycje wyboru ofert lub nie wybrania żadnej oferty.
- Swoje stanowisko Komisja przedstawi w protokole Zarządowi Powiatu do zatwierdzenia.

III. POSTANOWIENIA KOŃCOWE.

1. Komisja zastrzega sobie wyłącznie prawo do interpretowania do niniejszego Regulaminu.
2. Komisja Konkursowa jest powoływana na czas rozstrzygnięcia ogłoszonego konkursu ofert, na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców Powiatu Gliwickiego w roku 2025.
3. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu poprzez wywieszenie wyników w Biuletynie Informacji Publicznej Starostwa Powiatowego w Gliwicach, na stronie internetowej Urzędu oraz na tablicy ogłoszeń Urzędu.

UMOWA

zawarta dnia 2025 r. w Gliwicach pomiędzy:

Powiatem Gliwickim z siedzibą w Gliwicach (kod pocztowy: 44-100), ul. Zygmunta Starego 17, NIP: 6312606158, REGON: 276254985, reprezentowanym przez Zarząd Powiatu Gliwickiego, w imieniu którego działają:

1) **Dawid Rams** – Starosta Gliwicki

2) **Zbigniew Więcek** – Naczelnik Wydziału Kontroli, Audytu i Zdrowia,
zwanym dalej „Zleceniodawcą”,

a

.....
.....
reprezentowanym przez:

.....
zwanym w treści umowy „Zleceniobiorcą”,

łącznie zwanych dalej „Stronami” lub z osobna „Stroną”.

Na podstawie art. 8 pkt 1, art. 48 ust. 1 i 3, art. 48b ust. 1-4 i 6 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.), w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego, Strony niniejszej umowy ustalają, co następuje:

§ 1.

Postanowienia ogólne

1. Ze strony Zleceniodawcy uprawnioną komórką organizacyjną, monitorującą realizację umowy, jest Wydział Kontroli, Audytu i Zdrowia.
2. W imieniu Zleceniodawcy osobami do kontaktów roboczych w sprawie realizacji umowy są: **Magdalena Przybysławska**, funkcja: inspektor w Wydziale Kontroli, Audytu i Zdrowia, email: m.przybyslawska@starostwo.gliwice.pl, tel.: **32/332-66-40**, oraz **Jolanta Zalewska**, funkcja: inspektor w Wydziale Kontroli, Audytu i Zdrowia, e-mail: j.zalewska@starostwo.gliwice.pl, tel.: **32/338-37-21**.
3. W imieniu Zleceniobiorcy przedstawicielem upoważnionym do kontaktów w sprawie realizacji umowy ze Zleceniodawcą są: **XXX**, funkcja: **XXX**, e-mail: **XXX**, tel.: **XXX**, oraz **XXX**, funkcja: **XXX**, e-mail: **XXX**, tel.: **XXX**.
4. Zmiana osób, o których mowa w ust. 2 i 3 nie stanowi zmiany treści umowy.
Każda ze Stron może jednostronnie dokonać zmian w zakresie danych teleadresowych oraz osób odpowiedzialnych za współpracę, zawiadamiając niezwłocznie o tym na piśmie drugą Stronę.
5. Jako podstawową formę kontaktów w sprawach roboczych Strony ustalają korespondencję prowadzoną drogą elektroniczną oraz kontakt telefoniczny przy użyciu danych teleadresowych, o których mowa w ust. 2 i 3, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Na każde wyraźne żądanie Zleceniodawcy, Zleceniobiorca jest zobowiązany udzielić informacji w formie pisemnej. Wszelką dokumentację powstałą w trakcie realizacji umowy, w tym

stanowiącą podstawę przekazania środków finansowych, Zleceniobiorca będzie dostarczał na adres: „Starostwo Powiatowe w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 17, 44-100 Gliwice.

§ 2. **Przedmiot umowy**

1. Zleceniodawca zleca Zleceniobiorcy, zgodnie z przepisami ustawy z 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 146) i art. 114 ust. 1 pkt. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 450), realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców Powiatu Gliwickiego w roku 2025, określonego szczegółowo w ofercie złożonej przez Zleceniobiorcę w dniu **XXX**, zwanego dalej „programem”. Zleceniobiorca zobowiązuje się wykonać program w zakresie i na warunkach określonych w niniejszej umowie.
2. Program, o którym mowa w ust. 1, obejmuje:
 - 1) akcję informacyjno – promocyjną** programu, w tym m.in.:
 - a) na stronie internetowej i w siedzibie realizatora,
 - b) opracowanie projektu broszury/ulotki edukacyjnej we współpracy z Wydziałem Kontroli, Audytu i Zdrowia Starostwa Powiatowego w Gliwicach oraz ich dystrybucja na terenie Powiatu Gliwickiego, na obszarach o zwiększonej ekspozycji na występowanie kleszczy, oraz w placówkach służby zdrowia, placówkach pomocy społecznej, stowarzyszeniach / związkach skupiających ludzi starszych;
 - 2) edukację zdrowotną**, w tym:
 - a) przynajmniej jedno spotkanie, z możliwością zadawania pytań, skierowane do mieszkańców Powiatu Gliwickiego; tematyka działań edukacyjnych obejmie informacje nt. objawów, powikłań oraz profilaktyki boreliozy i chorób odkleszczowych, możliwości zastosowania efektywnych i bezpiecznych szczepionek przeciwko KZM, rozpoznania, leczenia, rokowań oraz faktów i mitów dotyczących boreliozy,
 - b) przeprowadzenie ankiet oceny spotkania wśród jego odbiorców, zgodnie z dołączonym do umowy wzorem (zał. nr 4), oraz ich analiza,
 - c) przekazanie każdemu uczestnikowi programu ulotki/broszury informacyjnej na temat m.in. profilaktyki boreliozy, objawów, sposobu postępowania z kleszczem;
 - 3) przeprowadzenie testów przesiewowych na boreliozę**, w tym:
 - a) uzyskanie od beneficjentów programu pisemnej zgody na udział w programie oraz przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z załączonym do umowy wzorem (zał. nr 2),
 - b) przeprowadzenie kwalifikacji do wykonania testów na boreliozę przy pomocy ankiety kwalifikującej, wg załączonego do umowy wzoru (zał. nr 3); lekarz, po przeanalizowaniu ankiety, podejmuje decyzję o przeprowadzeniu badań laboratoryjnych u beneficjenta,
 - c) dwuetapowy protokół diagnostyczny, polegający na wykonaniu testów przesiewowych na boreliozę, w tym:
 - u każdego zakwalifikowanego do programu beneficjenta należy przeprowadzić po jednym teście ELISA, w klasach IgG oraz IgM,
 - w przypadku wyniku dodatniego/pozytywnego lub wątpliwego w teście ELISA, po decyzji personelu medycznego/lekarskiego realizatora, należy przeprowadzić po jednym teście Western blot, w klasie IgG oraz IgM,
 - d) prowadzenie rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej.
3. Wszelkie wzory dokumentów przekazanych przez Zleceniodawcę, o których mowa w ust. 2, mogą – po uprzedniej konsultacji z komórką organizacyjną nadzorującą realizację umowy – zostać zmodyfikowane przez Zleceniobiorcę.
4. Oferta, o której mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej umowy i jest jej integralną częścią.

§ 3.

Beneficjenci programu

1. Adresatami programu są mieszkańcy z terenu Powiatu Gliwickiego (w tym osoby zameldowane), którzy ukończyli 18 rok życia.
2. Liczba osób objętych programem to minimum 500 uczestników.
3. Harmonogram, charakterystyka i organizacja działań związanych z programem, a także miejsce i czas jego realizacji, zostały sprecyzowane w ofercie, o której mowa w § 2 ust. 1 niniejszej umowy.

§ 4.

Finansowanie realizacji programu

1. Zleceniodawca zobowiązuje się do przekazania na realizację programu środki publiczne w wysokości nie większej niż **XXX zł (brutto)**, z przeznaczeniem na :
 - a) przeprowadzenie testów na boreliozę, środki w wysokości nieprzekraczającej **XXX zł (brutto)**,
 - b) edukację zdrowotną, środki w wysokości nieprzekraczającej **XXX zł (brutto)**,
 - c) akcję informacyjno-promocyjną, środki w wysokości nieprzekraczającej **XXX zł (brutto)**,
 - d) koszty administracyjno-techniczne (nie więcej niż 4% środków, o których mowa w ust. 1), środki w wysokości nieprzekraczającej **XXX zł (brutto)**.
2. Całkowity koszt:
 - a) wykonania pojedynczego testu ELISA w klasie IgG oraz IgM – łącznie wynosi XXX zł brutto za jedną osobę,
 - b) wykonanie pojedynczego testu Western blot w klasie IgG oraz IgM – łącznie wynosi XXX zł brutto za jedną osobę.
3. Podstawę rozliczenia programu stanowi zatwierdzone przez Zleceniodawcę sprawozdanie, o którym mowa w § 6 ust. 2, przekazane przez Zleceniobiorcę, wraz z fakturą, w nieprzekraczalnym terminie do **5 grudnia 2025 r.**
4. Wynagrodzenie przysługuje Zleceniobiorcy za faktycznie wykonane zadanie.
5. Nieuwzględnienie przez Zleceniobiorcę jakichkolwiek kosztów prac na etapie przygotowania oferty nie może stanowić podstawy roszczeń Zleceniobiorcy w stosunku do Zleceniodawcy, zarówno w trakcie realizacji niniejszej umowy, jak też po jej wykonaniu.
6. Przyznane środki finansowe w wysokości określonej w ust. 1 zostaną przekazane na wskazany w ofercie rachunek bankowy Zleceniobiorcy o numerze: **XXX**.
7. O zmianach numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 6, Zleceniobiorca jest zobowiązany niezwłocznie poinformować Zleceniodawcę. Zmiana rachunku bankowego nie stanowi zmiany umowy i nie wymaga sporządzenia odrębnego aneksu.
8. Strony ustalają, że w ramach uczestnictwa w programie Zleceniobiorca nie może:
 - 1) pobierać od beneficjentów żadnych opłat za wszelkie świadczenia,
 - 2) finansować wszelkich świadczeń ze środków publicznych z innych źródeł,
 - 3) przedstawiać wszelkich świadczeń do rozliczenia w ramach kontraktu z NFZ.
9. Ustala się termin płatności do 14 dni od daty zatwierdzenia przez Zleceniodawcę dokumentów, o których mowa w ust. 3, lecz nie później niż do **30 grudnia 2025 roku**.

§ 5.

Sposób realizacji programu

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się wykonać program zgodnie z przedstawioną ofertą.
2. Termin realizacji programu ustala się od dnia podpisania umowy do **5 grudnia 2025 r.**
3. Miejsmem realizacji programu będą wszystkie gminy z terenu Powiatu Gliwickiego, zgodnie z załączoną ofertą, o której mowa § 2 ust. 1.
Zleceniobiorca powiadamia potencjalnych beneficjentów o organizacji udzielania świadczeń w ramach programu indywidualnie oraz poprzez podanie do publicznej wiadomości miejsca, dni i godzin udzielania tych świadczeń.
4. Zleceniobiorca jest zobowiązany do realizacji programu zgodnie z:
 - posiadanymi uprawnieniami i przygotowaniem zawodowym,
 - należytą starannością,
 - poszanowaniem praw pacjenta,
 - obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
 - wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej,
 - dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób,
 - zasadami etyki zawodowej.
5. Program będzie wykonywany przez personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje.
6. W przypadku planowanej zmiany personelu medycznego, Zleceniobiorca jest zobowiązany do wcześniejszego zgłoszenia Zleceniodawcy zmian w formie pisemnej, w ramach sprawowanego przez niego nadzoru nad realizacją programu. Zmiana nie wymaga sporządzenia aneksu do niniejszej umowy.
7. Zleceniobiorca zapewnia pomieszczenia, w których wykonywane będą świadczenia zdrowotne, oraz niezbędną aparaturę i sprzęt medyczny do realizacji programu.
8. Pomieszczenia oraz aparatura i sprzęt medyczny, o których mowa w ust. 7, powinny spełniać warunki sanitarno-techniczne określone w odrębnych przepisach.
9. Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji medycznej i statystycznej, przy uwzględnieniu właściwych przepisów ustawy o ochronie danych osobowych oraz innych przepisów prawa dotyczących danej dokumentacji.
10. Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej środków finansowych na realizację zadania oraz ewidencji przyjętych pacjentów.
11. Zleceniobiorca oświadcza, iż posiada polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym programem.
12. Zleceniobiorca nie może bez pisemnej zgody Zleceniodawcy zbywać lub obciążać przysługujących mu z tytułu niniejszej umowy wierzytelności, ani dokonywać innych czynności, mających na celu lub prowadzących do zmiany wynikających z umowy praw i obowiązków po stronie wierzyciela.

§ 6.

Monitorowanie oraz obowiązki sprawozdawcze Zleceniobiorcy

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do sporządzenia sprawozdania częściowego z bieżącej realizacji programu do 5 dnia miesiąca w czasie trwania realizacji programu, począwszy od miesiąca następującego po zawarciu umowy, i przesłania go drogą elektroniczną na adres: wkz@starostwo.gliwice.pl. Zleceniobiorca dołącza także sprawozdanie w wersji edytowalnej, w formacie *odt/*doc lub *docx.
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do złożenia sprawozdania końcowego z realizacji programu (w formie papierowej i edytowalnej w formacie *odt/*doc lub *docx).
Sprawozdanie powinno zostać sporządzone przez Zleceniobiorcę według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do umowy. Dostarczenie sprawozdania końcowego jest równoznaczne

- z udzieleniem Zleceniodawcy prawa do rozpowszechniania jego tekstu w sprawozdaniach, materiałach informacyjnych i promocyjnych oraz innych dokumentach urzędowych.
3. Zleceniodawca może w trakcie realizacji programu wezwać Zleceniobiorcę do złożenia dodatkowych sprawozdań częściowych. Sprawozdania te powinny zostać dostarczone w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania.
 4. W przypadku nieprzedłożenia sprawozdań, o których mowa w ust. 1 i 3, Zleceniodawca może jednostronnie rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym.

§ 7.

Obowiązki informacyjne Zleceniobiorcy

Zleceniobiorca zobowiązuje się do informowania, że program jest finansowany ze środków otrzymanych od Zleceniodawcy. Informacja na ten temat powinna znaleźć się we wszystkich materiałach, publikacjach, informacjach, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego programu, wraz z umieszczeniem logo Zleceniodawcy w sposób zapewniający jego dobrą widoczność.

§ 8.

Uprawnienia informacyjne Zleceniodawcy

Zleceniobiorca upoważnia Zleceniodawcę do rozpowszechnienia, w dowolnej formie, w prasie, radiu, telewizji, Internecie itp., nazwy oraz adresu Zleceniobiorcy, przedmiotu i celu, na jaki przyznano środki, oraz informacji o wysokości przyznanych środków.

§ 9.

Nadzór i kontrola realizacji programu

1. Nadzór i kontrolę nad realizacją programu sprawuje Starosta lub osoba przez niego upoważniona.
2. Zleceniobiorca jest zobowiązany do umożliwienia przeprowadzenia kontroli realizacji programu na każde żądanie Zleceniodawcy, a szczególności:
 - sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - zasad organizacji ich udzielania oraz jakości wykonywania świadczeń,
 - liczby i rodzaju udzielanych świadczeń i usług,
 - dokonywania rozliczeń usług i zakupów,
 - udzielania ustnie lub na piśmie, w zależności od żądania kontrolującego i w terminie przez niego określonym, wyjaśnień i informacji dotyczących programu.
3. Z tytułu nadzoru nad realizacją programu Zleceniodawcy przysługują uprawnienia do:
 - wydawania wniosków i zaleceń pokontrolnych,
 - wydawania wytycznych określających kierunki i zasady realizacji zadania.
4. Z przeprowadzonej kontroli sporządza się protokół, w którym Zleceniodawca określa sposób realizacji umowy oraz ewentualne wnioski i zalecenia.
5. Zleceniobiorca jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń, o których mowa w ust. 3 i 4, do ich wykonania i powiadomienia o tym Zleceniodawcy.
6. Dokumentacja finansowo-księgowa dotycząca realizacji przedmiotu umowy powinna być przechowywana w siedzibie Zleceniobiorcy i udostępniona do wglądu dla Zleceniodawcy na żądanie, zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji zadania, przez okres 5 lat.

§ 10.
Rozwiązanie umowy

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonanie umowy.
2. Umowa może być rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
 - 1) stwierdzenia nienależytego wykonania umowy,
 - 2) naruszenia zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych,
 - 3) w związku z zaistnieniem sytuacji, o której mowa w § 6 ust. 4,
 - 4) gdy Zleceniobiorca pobiera od pacjentów dodatkowe opłaty,
 - 5) gdy Zleceniobiorca finansuje program ze środków publicznych z innych źródeł,
 - 6) gdy Zleceniobiorca rozlicza przeprowadzone testy przesiewowe w ramach programu polityki zdrowotnej w kontrakcie z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. W przypadku rozwiązania umowy skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych Strony określą w protokole.

§ 11.
Kary umowne

1. Strony zobowiązują się do zapłaty kar umownych:
 - a) Zleceniobiorca jest zobowiązany do zapłaty Zleceniodawcy kary umownej za odstąpienie od umowy z przyczyn, za które Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność, w wysokości 5% wartości umowy (brutto),
 - b) Zleceniobiorca jest zobowiązany do zapłaty Zleceniodawcy kary umownej za niewykonanie lub nienależyte wykonanie przedmiotu umowy w wysokości 5% wartości umowy (brutto).
2. Zleceniobiorca wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z należnej mu zapłaty.
3. Za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy nie uznaje się nieosiągnięcia minimalnej liczby beneficjentów określonych w § 3 ust. 2 z uzasadnionych przyczyn, niezależnych od realizatora, przy jednoczesnym zachowaniu przez niego najwyższej staranności realizacji powierzonego zadania.

§ 12.
Forma pisemna oświadczeń

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

§ 13.
Odpowiedzialność osób trzecich

1. Zleceniobiorca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z realizacją programu.
2. W zakresie związanym z realizacją programu, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, Zleceniobiorca odbiera stosowne oświadczenia od osób, których te dane dotyczą, zgodnie z obowiązującym prawodawstwem w tym zakresie.

§ 14.
Przetwarzanie danych osobowych

1. Zleceniobiorca jest administratorem danych osobowych, które będą podlegać przetwarzaniu w ramach realizacji niniejszej umowy.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się dołożyć szczególnej staranności przy przetwarzaniu danych osobowych, a zwłaszcza do przestrzegania przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

§ 15.
Postanowienia końcowe

W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową stosuje się przepisy ustawy z 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1061) oraz ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1530 z późn. zm.).

§ 16.

Ewentualne spory powstałe w związku z zawarciem i wykonaniem niniejszej umowy Strony poddadzą rozstrzygnięciu właściwego, ze względu na siedzibę Zleceniodawcy, sądu powszechnego.

§ 17.

Niniejsza umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Zleceniodawcy, jeden dla Zleceniobiorcy.

Zleceniobiorca:

Zleceniodawca:

Załącznik Nr 1
do umowy nr
z dnia

SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNO – FINANSOWE
(CZĘŚCIOWE/KOŃCOWE)
Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....
(nazwa programu)

w okresie od do

Dane Realizatora:

Data sporządzenia sprawozdania:

Sprawozdanie częściowe/końcowe
z realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz
mieszkańców powiatu gliwickiego w roku 2025

CZĘŚĆ A

LICZBA OSÓB, KTÓRA ZGŁOSIŁA SIĘ DO PROGRAMU	
KOBIETY	
MĘŻCZYŻNI	

LICZBA OSÓB, NIEZAKWALIFIKOWANYCH DO PROGRAMU		
płeć/zmienna	Niepodlegające udziałowi w programie	przyczyny (przeciwwskazania) zdrowotne – jeżeli dotyczy
KOBIETY		
MĘŻCZYŻNI		

LICZBA OSÓB OBJĘTA EDUKACJĄ ZDROWOTNĄ			
KOBIETY			
MĘŻCZYŻNI			

LICZBA OSÓB, u których wykonano testy na boreliozę			
PRZEDZIAŁ WIEKOWY oraz płeć		LICZBA PACJENTÓW	
		ELISA	Wester blot
18-29	KOBIETY		
	MĘŻCZYŻNI		
	Razem		
30-59	KOBIETY		
	MĘŻCZYŻNI		
	Razem		
60-64	KOBIETY		
	MĘŻCZYŻNI		
	Razem		
Powyżej 64	KOBIETY		
	MĘŻCZYŻNI		
	Razem		
Razem			

.....
(podpis i pieczęć świadczeniodawcy)

CZĘŚĆ B

Liczba spotkań edukacyjnych:	
-------------------------------------	--

Liczba działań związanych z akcją informacyjno - promocyjną	
działanie	liczba
plakaty	
ulotki	
artykuły w prasie	
inne media	
strona internetowa	

Liczba wyników poszczególnych testów			
rodzaj testu/wynik	Dodatni/pozytywny (+)	Ujemny/negatywny (-)	wątpliwy
Test ELISA IgG			
Test Elisa IgM			
Test Western blot IgG			
Test Western blot IgM			

.....
(podpis i pieczęć świadczeniodawcy)

CZĘŚĆ C – dołączyć do sprawozdania końcowego

Analiza ankiety oceny ekspozycji na kleszcze:

Analiza wykonanych testów (ELISA, Western blot):

Analiza ankiety satysfakcji:

Załącznik Nr 2
do umowy nr
z dnia

**ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ
W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA BORELIOZIE NA RZECZ MIESZKANCÓW POWIATU GLIWICKIEGO
W ROKU 2025**

Ja niżej podpisany (a)
zam.

Oświadczam, że zostałem poinformowany nt. programu w sposób wyczerpujący.
Niniejszym wyrażam zgodę na mój udział.

Uczestnik:
.....
(podpis, data podpisania)

Ankieta oceny ekspozycji na kleszcze

Uzyskane informacje zostaną wykorzystane celem zakwalifikowania do badań diagnostycznych w kierunku boreliozy.

Ankiety wypełnia pracownik placówki, na podstawie informacji uzyskanych od uczestnika.

Płeć: ☐ K ☐ M **Wiek:** **Wykonywany zawód:**

Miejsce zamieszkania (Gmina, Miejscowość)

1. Kontakt z kleszczem ☐ tak ☐ nie ☐ nie pamiętam.

- ☐ jedno ukłucie
- ☐ wielokrotne ukłucie
- ☐ data ostatniego ukłucia

2. Teren w którym doszło do ukłucia przez kleszcza:

☐ las ☐ park ☐ łąka ☐ ogród ☐ inne, jakie?.....

3. Czy w miejscu ukłucia wystąpił poniższy z objawów: ☐ tak ☐ nie

- ☐ zaczerwienienie ustępujące po usunięciu kleszcza;
- ☐ rumień w miejscu inwazji lub innej powierzchni ciała, czerwony, rozlany, wędrujący;
- ☐ bóle lub obrzęk stawów;
- ☐ zmiany guzkowate skóry

4. Czy po ukłuciu kleszcza zaobserwował Pan/ Pani u siebie objawy grypopodobne

☐ tak ☐ nie ☐ lub inne (jakie?)

5. Czy po ukłuciu kleszcza zastosowano u Pana/Pani antybiotykoterapię?

☐ tak ☐ nie

6. Czy chorował Pan/Pani na boreliozę w przeszłości?

☐ tak ☐ nie ☐ trudno powiedzieć

Pieczęć placówki

data i podpis pracownika

Badanie satysfakcji odbiorców części informacyjno-edukacyjnej w ramach programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców Powiatu Gliwickiego w roku 2025, sfinansowanego przez Powiat Gliwicki

1. Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna	2. Wiek: ☐ 18- 29 ☐ 30 -59 ☐ 60 – 64 ☐ powyżej 64	3. Wykształcenie: ☐ podstawowe ☐ średnie ☐ wyższe licencjackie ☐ wyższe magisterskie
---	--	---

4. Ocena przebiegu części edukacyjno – informacyjnej

Kryterium/ocena	Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Słabo
Organizacja i przeprowadzenie części edukacyjnej				
Poziom wiedzy i przygotowanie prowadzącego				
Możliwość zadawania pytań				
Stopień przydatności przedstawionych informacji				
Ogólna ocena				

5. Czy przeprowadzona akcja edukacyjno – informacyjna zwiększyła Pana/Pani zakres wiedzy odnośnie profilaktyki boreliozy oraz innych chorób odkleszczowych?

☐ tak ☐ nie

6. Czy po przeprowadzonym spotkaniu informacyjno-edukacyjnym potrafiłby Pan/Pani rozpoznać charakterystyczne objawy boreliozy?

☐ tak ☐ nie

7. Czy uważa Pan/Pani, że takiego rodzaju spotkanie informacyjno-edukacyjne przyczynia się do obniżenia zachorowalności na boreliozę i pozostałych chorób odkleszczowych?

☐ tak ☐ nie

8. Czy po przeprowadzonym spotkaniu informacyjno-edukacyjnym wiedziałby/aby Pan/Pani jak postąpić w przypadku kontaktu z kleszczami?

☐ tak ☐ nie

Dziękujemy za wypełnienie ankiety