**Załącznik Nr 5**

**do Zarządzenia Nr OPG/3/2024**

**Wójta Gminy Suszec**

**z dnia 12.04.2024 r.**

**Wzór umowy**

**Umowa Nr OPG.Zdr.272……..2024**

Zawarta w Suszcu dnia ………… 2024r. pomiędzy: Gminą Suszec, NIP: 638 17 92 968

reprezentowaną przez:

Wójta Gminy Suszec - Mariana Pawlasa, zwaną dalej **„ Organizator programu”**

a

**………………………………………………………….**, z siedzibą …………………………, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem …………………, NIP ……………………, REGON ………………………. reprezentowaną przez ……………………………..

zwaną dalej **„Realizatorem programu”**

o następującej treści:

**§ 1**

**Organizator programu** na podstawie art. 48, 48 b, 48 c ustawy z dnia 27.08.2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert powierza i dofinansowuje poprzez udzielenie dotacji celowej,
a **Realizator programu** przyjmuje do realizacji „**Program profilaktyki zakażeń meningokokowych wśród dzieci w oparciu o szczepienia przeciwko meningokokom z grupy A, C, W-135, Y na lata 2021 – 2025”, realizowany w 2024 roku** w zakresie określonym w niniejszej umowie.

 **§ 2**

1. **Organizator programu** udziela **Realizatorowi programu** dotacji celowej, ze środków zabezpieczonych w budżecie Gminy Suszec na rok 2024, a **Realizator programu** zobowiązuje się przeznaczyć otrzymane środki na realizację „**Programu profilaktyki zakażeń meningokokowych wśród dzieci i młodzieży w oparciu o szczepienia przeciwko meningokokom z grupy A,C,W-135,Y na lata 2021 – 2025”** przyjętego Uchwałą Nr LXVI/619/2024 Rady Gminy Suszec z dnia 28 marca 2024 r.w zakresie określonym w § 3 tej umowy. Integralną częścią niniejszej umowy stanowi **„Program profilaktyki zakażeń meningokokowych wśród dzieci i młodzieży w oparciu o szczepienia przeciwko meningokokom z grupy A,C,W-135,Y na lata 2021 – 2025”, realizowany w 2024 roku** jako zał. nr 1 do niniejszej umowy.
2. Na realizację niniejszej umowy **Organizator programu** przeznacza dotację celową w wysokości  **20 000,00 zł.,** która zostanie przekazana przez Organizatora programu **Realizatorowi programu** w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy. Uchybienie terminowi przekazania dotacji wskazanemu w zdaniu poprzednim przez Organizatora Programu nie jest podstawą do naliczania odsetek przez Realizatora Programu, ani też do występowania przez niego z jakimikolwiek roszczeniami wobec Organizatora Programu.
3. Dotację, o której mowa w ust.1 **Organizator programu** zobowiązuje się przekazać **Realizatorowi programu** na konto**: ………………………………**.

**§ 3**

Przedmiotem umowy jest dotowanie i **realizacja „Programu profilaktyki zakażeń meningokokowych wśród dzieci i młodzieży w oparciu o szczepienia przeciwko meningokokom z grupy A,C,W-135,Y na lata 2021 – 2025 , w roku 2024** w ramach, którego należy przeprowadzić zabieg szczepienia (szczepionka NIMENRIX z grupy A, C, W-135, Y) wśród dzieci w 2 roku życia (tj. rocznik 2022) zamieszkałych na terenie Gminy Suszec.

 **§ 4**

**Realizator programu jest zobowiązany do:**

1. Wykorzystania dotacji zgodnie z celem na jaki została udzielona,

2. Wykonania zadania, o którym mowa w § 3 w terminie do **31.12.2024 r**.,

3. Wykorzystania dotacji do dnia **31.12.2024 r**.,

4. Rozliczenia udzielonej dotacji do dnia **15.01.2025 r**. poprzez przedłożenie **Organizatorowi** programu sprawozdania finansowo-rzeczowego zawierającego:

- informację o wysokości otrzymanych i wykorzystanych środków finansowych,

- kwotę dotacji do zwrotu w przypadku niewykorzystania pełnej kwoty dotacji,

- zestawienie zbiorcze rachunków/faktur/ innych dokumentów dokumentujących poniesione

 wydatki związane z realizacją programu zdrowotnego, do którego zostaną dołączone kserokopie rachunków/ faktur/ innych dokumentów potwierdzonych za zgodność

 z oryginałem. Na oryginale rachunku/faktury/ innych dokumentów (przed ich skserowaniem) Realizator programu umieści zapis, że wydatki zostały sfinansowane z dotacji Gminy Suszec na podstawie umowy OPG.Zdr.272…...2024 z dnia ……………… 2024r.

5. Zwrot niewykorzystanych środków finansowych pochodzących z dotacji nastąpi w terminie do dnia 15.01.2025 r. na rachunek Gminy: Bank Spółdzielczy Żory o/Suszec nr 15 8456 1019 2001 0000 0446 0002.

6. Zwrot dotacji wykorzystanej niezgodnie z przeznaczeniem, na który została przekazana, pobranej nienależnie lub pobranej w nadmiernej wysokości, nastąpi na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r, o finansach publicznych, a zwłaszcza
jej artykułach 250-252.

7. **Realizator programu** zobowiązuje się do wykonania dotowanego zadania zgodnie ze złożoną ofertą z dnia ………………… r. stanowiącą załącznik nr 2 do niniejszej umowy, będącą jej integralną częścią.

8. Jednostkowy koszt całkowity szczepienia wynosi ……….. zł /brutto/, na koszt szczepienia

 składają się:

 a) zakup szczepionki z grupy A,C,W-135,Y „NIMENRIX” – ………. zł

 b) badanie lekarskie – …….. zł

 c) usługa szczepienia – …….. zł

 d) koszt sprzętu i środków medycznych, utylizacja odpadów medycznych – …….. zł

 **§ 5**

1. W terminie do dnia 15 stycznia 2025r. Realizator programu przedłoży Organizatorowi programu sprawozdanie merytoryczne, końcowe z realizacji programu zawierającego informacje:

a) liczba osób zakwalifikowanych do programu,

b) liczba osób, które nie zakwalifikowały się do programu z powodu przeciwskazań

 lekarskich wraz z przyczynami niezakwalifikowania,

c) liczba osób, które w trakcie programu zrezygnowały z udziału wraz z powodami

 rezygnacji, o ile zostały podane,

d) liczba wykonanych szczepień,

 e) sposób rozpowszechniania informacji o programie,

 f) uwagi i wnioski rodzica/opiekuna dotyczących realizacji programu,

g) wyniki przeprowadzenia anonimowych ankiet satysfakcji wypełnionych bezpośrednio po

 wykonaniu szczepienia ( wzór ankiety stanowi załącznik nr 3 do umowy),

 h) wydatkowaniu środków pochodzących z dotacji w szczegółowości zgodnej z § 4 ust. 8

 lit a do d.

1. Realizator Programu zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa w zakresie wszelkich

 tajemnic prawem chronionych oraz RODO.

1. Realizator Programu zobowiązuje się do przeprowadzenia anonimowych ankiet satysfakcji
wypełnionych bezpośrednio po wykonaniu szczepienia ( wzór ankiety stanowi załącznik nr 3 do umowy).

**§ 6**

**Realizator programu** zapewni wykonanie dotowanego zadania zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej oraz przepisami prawa, z zachowaniem praw pacjenta i należytej staranności, zgodnie ze złożoną ofertą z dnia ……………… r. oraz zgodnie z „**Programem profilaktyki zakażeń meningokokowych wśród dzieci i młodzieży w oparciu o szczepienia przeciwko meningokokom z grupy A,C, W-135,Y na lata 2021 – 2025”, realizowanym w 2024 r.**

 **§ 7**

1. **Realizator programu zapewnia**, że dysponuje personelem medycznym posiadającym kwalifikacje niezbędne do prawidłowego wykonania dotowanego zadania:
* ………………………….,
* ………………………….,
* ………………………….,
* …………………………..
1. **Realizator programu** zapewnia, że dysponuje sprzętem medycznym i urządzeniami

niezbędnymi do prawidłowego wykonania dotowanego zadania oraz właściwymi, zgodnymi z prawem warunkami lokalowymi.

3. **Realizator programu** zapewnia przestrzeganie przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzenia 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).

 **§ 8**

1. **Realizator programu** zobowiązuje się do:

a) realizacji programu na terenie Gminy Suszec,

b) uzyskania pisemnej zgody rodziców/prawnych opiekunów dziecka do przeprowadzenia szczepienia,

c) przeprowadzenia przez lekarza indywidualnej oceny stanu zdrowia dziecka przed szczepieniem.

d) uzyskanie zgody na szczepienie przez lekarza POZ,

e) przeprowadzenia szczepienia w trakcie tej samej wizyty, bez ustalenia dodatkowego

 terminu jeżeli dziecko spełnia kryteria do szczepienia,

 f) rozreklamowania informacji o możliwości uczestnictwa w programie poprzez rozdanie

 ulotek w miejscach dostępnych dla mieszkańców Gminy Suszec.

2. Realizacji programu zdrowotnego będącego przedmiotem umowy, na terenie Gminy Suszec w lokalu znajdującym się pod adresem …………………………, w dniach roboczych od poniedziałku do piątku, w godz. od ………….. do godz……………...

3. Wywieszenia w siedzibie Realizatora programu informacji o realizacji programu wraz

 z adnotacją o finansowaniu tego programu ze środków budżetu Gminy Suszec**.**

4. Podania na terenie gminy we własnym zakresie do wiadomości publicznej informacji o realizacji **„Programu profilaktyki zakażeń meningokokowych wśród dzieci i młodzieży w oparciu o szczepienia przeciwko meningokokom z grupy A, C, W-135, Y na lata 2021 – 2025”, w roku 2024**,miejscu, terminie i czasie realizacji (plakaty, ulotki, lokalna gazeta, strona internetowa) wraz z informacją o finansowaniu tego programu ze środków budżetu Gminy Suszec.

5. Przyjmowania zgłoszeń do szczepienia, informowania o terminie szczepienia i rejestracji

 pacjentów we własnym zakresie telefonicznie lub osobiście.

**§9**

**Realizator programu** jest zobowiązany spełnić następujące warunki:

1. Posiadać pomieszczenia i urządzenia, odpowiadające wymaganiom określonym w art. 22 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.
2. Stosować wyroby odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.

3. Zapewniać udzielenie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania, w tym zdrowotne określone w odrębnych przepisach prawa.

4. Zawrzeć lub posiadać zawartą umowę ubezpieczenia w zakresie określonym w art. 25 ust.1 ustawy o działalności leczniczej.

 **§10**

1. **Organizator programu** sprawuje kontrolę prawidłowości wykonywania niniejszej umowy przez Realizatora programu, w szczególności w zakresie oceny jakości realizacji przedmiotu umowy, sposobu i rodzaju prowadzonej dokumentacji związanej z merytorycznym rozliczeniem umowy oraz stanu wykonania umowy. Kontrola może być przeprowadzona zarówno w toku realizacji umowy oraz po jej zakończeniu. Organizator Programu ma prawo kontroli sposobu wykonania zadań przez Realizatora Programu, poprzez wgląd do wszelkich dotyczących wykonania zadań dokumentów w każdym czasie. Ograniczenia w tym zakresie mogą wynikać jedynie z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, osoby upoważnione przez Organizatora programu mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonywania umowy oraz żądać udzielenia ustnie lub na piśmie informacji dotyczących wykonania umowy.
3. Realizator programu na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.
4. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez Organizatora programu zarówno w siedzibie Organizatora, jak i w miejscu realizacji umowy.
5. O wynikach kontroli, o której mowa w § 10ust. 1, Organizator programu poinformuje Realizatora programu, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.
6. Realizator programu jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń, o których mowa w § 10ust. 5, do ich wykonania i powiadomienia o tym Organizatora programu.
7. W razie stwierdzenia rażących uchybień lub niezastosowania się do wniosków lub zaleceń, o których mowa w § 10ust. 5, Organizator programu może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia.

 **§11**

Zmiana postanowień umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu Stron, w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

 **§ 12**

Realizator programu realizuje dotowany program od dnia zawarcia do dnia **31.12.2024 r.**

**§ 13**

Organizator programu może rozwiązać umowę z zachowaniem 7 dniowego terminu wypowiedzenia w przypadku:

1. wykorzystania środków publicznych przez Realizatora programu na cele inne niż

wskazane w umowie,

b) stwierdzenia nieprawidłowości lub uchybień w wykonywaniu umowy,

c) wystąpienia okoliczności uniemożliwiających wykonanie umowy, za które strony nie

 ponoszą odpowiedzialności.

**§ 14**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają:

1. ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
2. ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej,

c) ustawa z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks Cywilny,

d) ustawa z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

 publicznych.

**§ 15**

Wszelkie spory związane z niniejszą umową podlegają rozpoznaniu przez sąd właściwy dla siedziby Organizatora programu.

**§ 16**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Organizatora programu i jeden dla Realizatora programu.

 …………………………….. …………………………………..

 Realizator programu Organizator programu

**Załącznik nr 3 do umowy nr OPG.Zdr.272…...2024**

**Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu** **profilaktyki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym grupy A,C,W-135,Y na lata 2021 – 2025, realizowanego w roku 2024** **w Gminie Suszec”**

1. Ocena sposobu umówienia terminu szczepienia

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pani/Pan ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| Szybkość załatwienia formalności w czasie rejestracji? |  |  |  |  |  |
| Uprzejmość osób rejestrujących? |  |  |  |  |  |
| Dostępność rejestracji telefonicznej? |  |  |  |  |  |

1. Ocena wizyty lekarskiej

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pani/Pan ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| Uprzejmość i życzliwość lekarza? |  |  |  |  |  |
| Staranność i dokładność wykonywanych badań kwalifikujących do szczepienia? |  |  |  |  |  |

1. Ocena wykonania szczepienia

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pani/Pan ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| Uprzejmość i życzliwość pielęgniarki? |  |  |  |  |  |
| Umiejętność wykonania szczepienia przez pielęgniarkę? |  |  |  |  |  |

1. Ocena warunków panujących w przychodni

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pani/Pan ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| Czystość w poczekalni? |  |  |  |  |  |
| Wyposażenie poczekalni? |  |  |  |  |  |
| Dostęp i czystość toalet? |  |  |  |  |  |
| Wyposażenie gabinetu? |  |  |  |  |  |

1. Dodatkowe uwagi, opinie: ………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….