

ZARZĄDZENIE Nr 514/24
BURMISTRZA MYSZYŃCA
z dnia 3 stycznia 2024 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024

na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (j.t. Dz.U. z 2023 r. poz. 40 z późn. zm.), art. 48 ust. 1 i art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.) oraz art. 14 i 15 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (j.t. Dz.U. z 2022 r. poz. 1608).
zarządza się, co następuje:

§ 1.

1. Ogłasza się w ramach Programu Polityki Zdrowotnej otwarty konkurs ofert na realizację w 2024 r. następującego zadania z zakresu ochrony zdrowia:
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026”
2. Treść ogłoszenia otwartego konkursu ofert stanowi załącznik do zarządzenia.

§ 2.

Ogłoszenie otwartego konkursu zamieszczone jest na stronach internetowych: Gminy Myszyniec - www.myszyniec.pl, w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego myszyniec.nowoczesnagmina.pl, oraz na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Miejskim w Myszyńcu.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Burmistrz Myszyńca

Elżbieta Abramczyk

OGŁOSZENIE

Działając na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (j.t. Dz.U. z 2023 r. poz. 40 z późn. zm.), art. 48 ust. 1 i art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.) oraz art. 14 i 15 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (j.t. Dz.U. z 2022 r. poz. 1608).

BURMISTRZ MYSZYŃCA

Ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024

1. Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora zadania w zakresie realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024, zwanego dalej „Programem” zgodnie z warunkami szczegółowymi konkursu wraz z udzieleniem finansowania na jego realizację.

1) Organizatorem konkursu jest Gmina Myszyniec z siedzibą w Myszyncu, 07-430, Plac Wolności 60.

2) Udział w konkursie mogą brać podmioty wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. 2023 poz. 991 z późn. zm.).

3) Czas realizacji zadania: od daty zawarcia umowy do 30.11.2024 r.

4) Wykaz zadań, zasady ich realizacji oraz wymagania stawiane realizatorom zadania określają szczegółowe warunki konkursu, stanowiące załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia

5) Oferty należy składać w Punkcie Obsługi Mieszkańca w Urzędzie Miejskim w Myszyncu, Plac Wolności 60, 07-430 Myszyniec. Oferenci są zobowiązani do ponumerowania każdej strony oferty oraz wymaganych załączników. Oferta musi być złożona w zamkniętej kopercie, opatrzonej pieczętą oferenta, numerem konkursu oraz napisem „Otwarcie kopert tylko w obecności komisji konkursowej”.

6) Termin składania ofert upływa w dn. 24.01.2024 r. o godz. 16.00.

7) Spodziewany termin i miejsce otwarcia kopert z ofertami w ramach postępowania konkursowego: 25.01.2024 r. godz. 13.00. Urząd Miejski w Myszyncu, Plac Wolności 60, 07-430 Myszyniec, pokój nr 38.

8) W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.

2. Oferta na realizację zadania powinna zawierać:

1) Formularz zgłoszeniowy, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia wraz z dołączonymi poświadczonymi przez oferenta za zgodność z oryginałem kopiami dokumentów:

- a) wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
 - b) wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej określający aktualny stan prawny i faktyczny
 - c) decyzję w sprawie nadania numeru NIP (jeżeli został nadany)
 - d) zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
 - e) polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na kwotę min. 100 tys. zł ważną w okresie wykonywania umowy, bądź zobowiązanie Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia, w przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy.
- 2) Formularz kalkulacji cenowej, stanowiący załącznik 3 do niniejszego ogłoszenia
- 3) Oświadczenia, stanowiące załącznik 4 do niniejszego ogłoszenia, dotyczące:
- a) zapoznania się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i opisem Programu
 - b) liczby i kwalifikacji zawodowych udzielających świadczeń określonych w załączniku nr 1 w ramach zadania objętego konkursem
 - c) spełnienia wszystkich wymagań zawartych w szczegółowych warunkach konkursu
 - d) zgodności danych zawartych w formularzu ofertowym ze stanem faktycznym i prawnym
 - e) posiadania niezbędnej wiedzy i doświadczenia do wykonania przedmiotu konkursu oraz dysponowania potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu
 - f) potwierdzenia faktu, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, Oferent nie będzie wykazywał świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia
3. Oferent zobowiązany jest przedstawić opis sposobu realizacji zadania zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu z podaniem:
- a) miejsca i czasu przeprowadzenia poszczególnych działań w ramach realizacji Programu (dane teleadresowe oraz dni i godziny udzielania świadczeń),
 - b) planowany harmonogram poszczególnych etapów realizacji Programu
4. Oferty nie spełniające wymogów określonych w ogłoszeniu oraz złożone po terminie nie będą rozpatrywane. Dopuszcza się oferty zawierające drobne uchybienia formalne pod warunkiem ich uzupełnienia w terminie do następnego dnia po powiadomieniu o niekompletności oferty.
5. Złożone w Konkursie oferty kierowane są pod obrady Komisji Konkursowej. Komisja Konkursowa po dokonaniu oceny ofert zgodnie z przytoczonymi niżej kryteriami wybierze najlepszą ofertę, w tym realizatora Programu.
6. Ocena ofert konkursowych dokonywana będzie wg następujących kryteriów:

L.p.	Nazwa kryterium	Max. ilość punktów możliwych do uzyskania
1	Oferowana cena indywidualnego planu rehabilitacyjnego (50% kosztów) z uwzględnieniem działań edukacyjnych, zgodnie z poniższą formułą oceny: najniższa cena brutto indywidualnego planu rehabilitacyjnego z uwzględnieniem działań edukacyjnych	80 pkt.

	ze wszystkich ważnych ofert/cena brutto badanej oferty x 80 = liczba punktów	
2	Oferowana cena akcji informacyjno-edukacyjnej, zgodnie z poniższą formułą oceny: najniższa cena brutto akcji informacyjno-edukacyjnej ze wszystkich ważnych ofert/cena brutto badanej oferty x 10 = liczba punktów	10 pkt.
3	Dostępność do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej udzielanych w ramach Zadania, zgodnie z poniższą formułą oceny: - minimum pięć razy w tygodniu od poniedziałku do piątku przez 8 godzin dziennie (10 pkt.) lub - minimum trzy razy w tygodniu od poniedziałku do piątku przez 8 godzin dziennie (6 pkt.) lub - minimum raz w tygodniu od poniedziałku do piątku 8 godzin dziennie (3 pkt.)	10 pkt.
Maksymalnie można uzyskać 100pkt.		

7. Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji na stronie internetowej <http://myszyniec.pl>.

8. Burmistrz Myszyńca zastrzega sobie prawo bez podania przyczyny do zmiany warunków konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, odwołania konkursu oraz zamknięcia konkursu bez wyboru oferty.

9. W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości założeń przez nich ofert.

10. Burmistrz Myszyńca ma prawo do wyboru jednej oferty na realizację całego zadania.

11. Złożenie oferty na realizację zadania, która zostanie uznana za spełniającą kryteria nie gwarantuje przyznania środków finansowych w wysokości, o którą występuje podmiot.

12. W terminie 7 dni od dnia ogłoszenia wyników postępowania konkursowego Oferentom przysługuje prawo do złożenia do organizatora konkursu umotywowanego protestu, który Komisja Konkursowa rozpatruje w terminie 7 dni od daty jego złożenia. W przypadku składania protestu za pośrednictwem poczty, o jego przyjęciu do rozpatrzenia decyduje data wpływu do Urzędu Miejskiego w Myszyńcu.

13. Termin związania umową wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.

14. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zawartej pomiędzy Gminą Myszyniec, a wyłonionym w drodze postępowania konkursowego Oferentem.

15. Do postępowania konkursowego stosuje się przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (j.t. Dz.U. z 2022 r. poz. 1608 z późn. zm.).

16. W zakresie nieuregulowanych w ustawach, o których mowa w ust. 15, do trybu przeprowadzania konkursu ofert i zawarcia umów na realizację Programu stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu Cywilnego.

17. Realizator zadania ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji zadania.

18. Maksymalna wysokość środków finansowych przeznaczonych ze strony Urzędu Miejskiego w Myszyńcu na realizację całego zadania nie może przekroczyć kwoty 69 000,00 zł brutto (słownie sześćdziesiąt dziewięć tysięcy złotych zero groszy brutto).

19. Osobą uprawnioną do kontaktów z oferentami oraz do udzielania szczegółowych informacji w przedmiocie postępowania konkursowego jest Anna Taradejna, tel.: (29)7721141 w. 31, e-mail: promocja@myszyniec.pl

Załączniki:

- 1) Zał. nr 1 Szczegółowe warunki konkursu
- 2) Zał. nr 2 Formularz zgłoszeniowy
- 3) Zał. nr 3 Formularz kalkulacji cenowej
- 4) Zał. nr 4 Oświadczenia oferenta
- 7) Zał. nr 5 Wzór umowy

Szczegółowe warunki konkursu

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024

1. Nazwa zadania: Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024; świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu będą stanowiły uzupełnienie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych na terenie Gminy Myszyniec i będą finansowane z budżetu Gminy Myszyniec.
2. Cel zadania: Poprawa stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych u co najmniej 200 mieszkańców gminy Myszyniec rocznie, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, uzyskana poprzez kompleksowe działania Edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2024-2026.
3. Realizator: Podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz.U. 2023 poz. 991 z późn. zm.), prowadzący działalność leczniczą na terenie Gminy Myszyniec oraz spełniający warunki określone w ogłoszeniu o konkursie.
4. Realizator zadania zatrudnia, na zasadzie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, wykwalifikowany personel medyczny zgodnie z obowiązującymi przepisami dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
5. Miejsce realizacji zadania: Gmina Myszyniec, w tym: infrastruktura pozostająca w dyspozycji Wykonawcy. Realizator Zadania dysponuje odpowiednimi zasobami kadrowymi oraz rzeczowymi, które są niezbędne do jego realizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Zaplanowane działania i świadczenia zdrowotne będą udzielane w miejscu/miejscach wskazanym/-ch przez realizatora Zadania z podaniem dostępności do zaplanowanych działań i interwencji tj. danych teleadresowych oraz dni i godzin miejsca ich realizacji.
6. Adresaci zadania: ok. 200 mieszkańców Gminy Myszyniec w wieku 60 lat i więcej z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego, posiadający skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza rodzinnego, lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty, określające rodzaj i liczbę zalecanych pacjentowi zabiegów fizjoterapeutycznych.
7. Zakres zadania: Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024 poprzez:

I. przeprowadzenie Programu w dwóch etapach (zgodnie z załączonym opisem Programu):

1) Etap I: Prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej adresowanej do populacji docelowej w Programie, w tym:

a. opracowanie, druk oraz rozpowszechnienie na terenie Gminy ulotek i plakatów informacyjnych,

b. umieszczenie informacji o realizacji Programu oraz źródle jego finansowania na stronie internetowej Wykonawcy oraz w miejscu udzielania świadczeń w ramach Programu,

c. poinformowanie lokalnych mediów o realizacji Programu oraz źródle jego finansowania,

2) Etap II: Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna oraz prowadzenie działań edukacyjnych wśród uczestników Programu wraz z wypełnianiem kart oceny skuteczności Programu (zał. 1 Opisu programu polityki zdrowotnej) oraz przekazanie pacjentom ankiet satysfakcji pacjenta (zał. 3 Opisu programu polityki zdrowotnej), przy założeniu współfinansowania przez pacjenta 50% kosztów;

II. Prowadzenie sprawozdawczości ewaluacyjnej z realizacji Programu zgodnie z zał. 2 Opisu programu polityki zdrowotnej w formie pisemnej oraz elektronicznej edytowalnej w programie Word lub Excel, w tym zbieranie, opracowywanie, przetwarzanie i analiza danych, w tym danych wrażliwych i ochrony danych osobowych oraz pozostawanie administratorem tych danych na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781 z późn. zm.) na potrzeby Programu.

8. Czas realizacji zadania: od dnia zawarcia umowy do dnia 30.11.2024 r.

9. Realizator zadania ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji zadania.

Formularz Ofertowy – Informacje o ofercie

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....
.....

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

.....
.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.:

b) numer fax.

b) adres e-mail:

4. Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru – imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu/fax, adres e-mail):

.....

5. Nr NIP Oferenta:

6. Nr REGON Oferenta:

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

8. Nr wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta:

.....

10. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

11. Koordynator zadania (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

12. Miejsce udzielania świadczeń w ramach realizacji II etapu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach Programu)

Nazwa	Adres	Tel. Kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji	Dni i godziny realizacji zadania
Fizjoterapia ambulatoryjna			

13. Określenie składu i kwalifikacji personelu medycznego przewidzianego do udzielania świadczeń
w ramach realizacji II etapu:

Lp.	Imię i nazwisko	Niezbędne kwalifikacje do realizacji Programu	Forma współpracy z oferentem	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu
1				
2				
3				
4				

14. Informacja o podmiotach współpracujących (nazwa i zasady współpracy)

.....

15. Planowane działania informacyjne:

.....

.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu:

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis oferenta)

FORMULARZ KALKULACJI CENOWEJ

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....

.....

2. Kalkulacja kosztów zadania:

II. Koszty interwencji w ramach etapu I				
Lp.	Rodzaj kosztu	Koszt całkowity brutto		
1	Prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej (zgodnie z pkt. 8.I.1 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu)			
II. Koszty interwencji w ramach etapu II				
Lp.	Rodzaj kosztu	Liczba osób	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity brutto
1	Koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego (50% kosztów) (zgodnie z pkt. 8.I.2 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) z uwzględnieniem działań edukacyjnych (zgodnie z pkt. 8.I.2 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu)	200		

Łączny koszt brutto: zł (słownie)

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERETNA

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i opisem Programu.
2. Potwierdzam liczbę i kwalifikacje zawodowe osób uprawnionych do udzielania świadczeń określonych w załączniku nr 2 w ramach zadania objętego konkursem.
3. Spełniam wszystkie wymagania zawarte w szczegółowych warunkach konkursu.
4. Dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
5. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu.
6. Potwierdzam fakt, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, nie będę wykazywał świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis oferenta)

Wzór umowy

o przekazanie środków na realizację zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024

pomiędzy:

Gminą Myszyniec z siedzibą w Myszyńcu, 07-430 Plac Wolności 60, NIP 7582153537, REGON 550668284, zwanym w dalszej treści umowy **Zamawiającym**,
reprezentowanym przez: **Burmistrza Myszyńca** –

a

..... prowadzącym działalność gospodarczą pod nazwą
..... na podstawie zgłoszenia CEiDG oraz wypisu z rejestru podmiotów
wykonujących działalność, z siedzibą, NIP,
REGON zwanym dalej **Wykonawcą**.

Działając na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 40 z późn. zm.), art. 48 ust. 1 i art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.) oraz art. 14 i 15 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1608) strony ustalają co następuje:

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024 z udziałem ok. 200 mieszkańców Gminy Myszyniec w wieku 60 lat i więcej z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego, posiadający skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza rodzinnego, lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty, określające rodzaj i liczbę zalecanych pacjentowi zabiegów fizjoterapeutycznych.
2. Za dzień rozpoczęcia realizacji zadania publicznego uważa się datę podpisania umowy, a zakończenia dzień 30.11.2024 r.
3. Zadanie realizowane będzie zgodnie z załączoną ofertą stanowiącą Załącznik nr 1 do niniejszej umowy oraz obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 2

Koordynatorem zadania jest Gmina Myszyniec z siedzibą w Myszyńcu, 07-430 Myszyniec, Plac Wolności 60.

§ 3

1. W ramach zadania publicznego, o którym mowa w § 1 Wykonawca zgodnie z załączonym opisem programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” oraz ofertą stanowiącą Załącznik nr 1 do umowy zobowiązany jest do:

1) realizacji I etapu Programu, polegającego na prowadzeniu akcji informacyjno-edukacyjnej adresowanej do populacji docelowej w Programie, w tym:

a. opracowaniu, druku oraz rozpowszechnianiu na terenie Gminy ulotek i plakatów informacyjnych,

b. umieszczeniu informacji o realizacji Programu oraz źródle jego finansowania na stronie internetowej Wykonawcy oraz w miejscu udzielania świadczeń w ramach Programu,

c. poinformowaniu lokalnych mediów o realizacji Programu oraz źródle jego finansowania,

2) realizacji II etapu Programu, polegającego na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna oraz prowadzeniu działań edukacyjnych wśród uczestników Programu wraz z wypełnianiem kart oceny skuteczności Programu (zał. 1 Opisu programu polityki zdrowotnej) oraz przekazaniu pacjentom ankiet satysfakcji pacjenta (zał. 3 Opisu programu polityki zdrowotnej), przy założeniu współfinansowania przez pacjenta 50% kosztów;

3) prowadzenia sprawozdawczości ewaluacyjnej z realizacji Programu zgodnie z zał. 3 niniejszej umowy w formie pisemnej oraz elektronicznej edytowalnej w programie Word lub Excel, w tym zbieranie, opracowywanie, przetwarzanie i analiza danych, w tym danych wrażliwych i ochrony danych osobowych oraz pozostawanie administratorem tych danych na podstawie 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 na potrzeby Programu poprzez:

a. przekazywanie Zamawiającemu sprawozdań okresowych kwartalnych wg załącznika 3 niniejszej umowy,

b. przekazanie Zamawiającemu sprawozdania końcowego wg załącznika 3 niniejszej umowy w terminie do dnia 15.12.2024 r.

c. zawarcie umowy o przekazanie danych, na podstawie której przekaże Zamawiającemu dane osobowe osób, którym udzielone zostały świadczenia w ramach PPZ, do celów sprawozdawczych.

4) wykonania przedmiotu umowy przy pomocy wykwalifikowanej kadry posiadającej niezbędną wiedzę i doświadczenie do prawidłowego wykonania zadania zgodnie z § 3 umowy w odpowiednich warunkach lokalowych z wyposażeniem w sprzęt medyczny niezbędny do realizacji zadania publicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami.

5) przedłożenia sprawozdania merytoryczno-finansowego końcowego z wykonania zadania wg zał. 4 niniejszej umowy w terminie do dnia 15.12.2024 r.

6) kreowania pozytywnego wizerunku Zamawiającego w sposób uzgodniony z Zamawiającym, w tym:

a. informowania, że zadanie jest współfinansowane ze środków Zamawiającego w formie „Program finansowany jest ze środków Gminy Myszyniec”. Informacja na ten temat powinna znaleźć się we wszystkich materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego zadania;

b. umieszczania logo Zamawiającego na wszelkich materiałach, w szczególności promocyjnych, informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, dotyczących realizowanego

zadania oraz zakupionych rzeczach, o ile wielkość i przeznaczenie tego uniemożliwia, proporcjonalnie do wielkości innych oznaczeń, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność;

c. Logo oraz treść wymaganych informacji Zamawiający przekazuje Wykonawcy. Wszystkie elementy przekazów promocyjnych Zamawiający dostarczy Wykonawcy na nośniku elektronicznym CD lub pocztą elektroniczną, w uzgodnionym terminie, umożliwiającym oznakowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych

d. oznakowanie przekazami promocyjnymi (logo, treść) Zamawiającego oraz akceptacja powinny odbywać się zgodnie z procedurą udzielenia licencji/sublicencji na używanie znaków towarowych Gminy Myszyniec dla celów niekomercyjnych

e. wszystkie materiały reklamowe wyprodukowane przez Wykonawcę po podpisaniu niniejszej umowy, oznakowane przekazem informacyjnym Zamawiającego oraz realizacja działań promocyjno-informacyjnych, wymagają akceptacji wyznaczonych pracowników Urzędu Miejskiego w Myszyńcu.

2. Wykonawca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z realizacją zadania.

3. W zakresie związanym z realizacją zadania, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, Wykonawca jako administrator danych odbiera stosowne oświadczenia osób, których dane te dotyczą, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781 z późn. zm).

§ 4

1. Realizacja programu, w tym świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 3 pkt. 1 ppkt. 2 umowy przeprowadzona będzie przez wykwalifikowany personel, wskazany poniżej:

Lp.	Imię i nazwisko	Niezbędne kwalifikacje do realizacji Programu	Forma współpracy z oferentem	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu
1				
2				
3				
4				

2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w § 3 pkt. 1 ppkt. 2 umowy udzielane będą w poniższej/ych placówkach:

Nazwa	Adres	Tel. Kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji	Dni i godziny realizacji zadania

§ 5

1. Zamawiający zobowiązuje się do przekazania na realizację zadania publicznych środków finansowych w wysokości 69 000,00 zł brutto (słownie zł brutto: sześćdziesiąt dziewięć tysięcy złotych 00/100).
2. Wynagrodzenie za wykonanie zadania zostanie przekazane na rachunek bankowy nr w 4 transzach w wysokości kwoty brutto wynikającej z przedłożonego rachunku lub faktury VAT zgodnej ze sprawozdaniem merytoryczno-finansowym stanowiącym zał. 4 do niniejszej umowy przedstawionym przez Wykonawcę. Pierwszy za okres od podpisania umowy do 31 marca przekazany Zamawiającemu do 15 kwietnia, drugi za okres od 1 kwietnia do 30 czerwca przekazany Zamawiającemu do 15 lipca, trzeci za okres od 1 lipca do 30 września przekazany Zamawiającemu do 15 października, czwarty za okres od 1 października do 30 listopada, przekazana Zamawiającemu do 15 grudnia obejmujący faktycznie poniesiony koszt wykonanych świadczeń zdrowotnych wskazanych w kosztorysie wg zał. 2 do niniejszej umowy.
3. Wykonawca zobowiązany jest do umieszczenia numeru umowy i nazwy zadania w treści rachunku lub faktury VAT.
4. Wykonawca na swój koszt i ryzyko dokona zakupu materiałów medycznych wykorzystanych w ramach realizacji Programu. W przypadku nie wykorzystania całości lub części zakupionych materiałów medycznych, Wykonawca nie może domagać się od Zamawiającego zwrotu kosztów ich zakupu.
5. Podstawą do przyjęcia rozliczenia przez Zamawiającego jest wykonanie świadczeń zdrowotnych. Wykonawcy nie przysługuje wynagrodzenie, jeśli nie wykonał usługi.

§ 6

1. Zamawiający ma prawo żądać, aby Wykonawca w wyznaczonym terminie przedstawił dodatkowe informacje i wyjaśnienia do przedkładanego sprawozdania okresowego lub końcowego.
2. W przypadku nie przedłożenia sprawozdania i wyjaśnień, Zamawiający wzywa pisemnie Wykonawcę do ich złożenia.
3. Zamawiający jest zobowiązany do pisemnego zaakceptowania przedłożonego przez Wykonawcę prawidłowo sporządzonego sprawozdania końcowego, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt. 3 umowy.

§ 7

1. Wykonawca zobowiązany jest do poddania się kontroli w zakresie realizowanego zadania, o którym mowa w § 1 umowy, przeprowadzonej przez Zamawiającego lub przez inny podmiot na zlecenie Zamawiającego, w uzgodnionym przez obie strony terminie lub w przypadku braku uzgodnień w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządza pisemny protokół w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.
3. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są na piśmie.
4. Zamawiający udzieli odpowiedzi Wykonawcy w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Wykonawcę wyjaśnień.

§ 8

1. Wykonawca przenosi na Zamawiającego całość autorskich praw majątkowych do materiałów informacyjnych, opracowanych w ramach realizacji zadania wskazanego w § 3 ust. 1 pkt 1a niniejszej umowy, uprawniających do nieograniczonego w czasie korzystania

i rozporządzania ww. materiałami w kraju i zagranicą, na wszystkich polach eksploatacji znanych w dniu zawarcia umowy, w szczególności obejmujących:

- a) utrwalanie, kopiowanie, zwielokrotnianie, wprowadzanie do pamięci komputerów i serwerów sieci komputerowych, utrwalanie w całości lub w części poprzez wytwarzanie egzemplarzy jakąkolwiek techniką drukarską, zapisu magnetycznego, wszelkimi technikami graficznymi oraz techniką cyfrową;
- b) wystawianie na publiczną prezentację (na ekranie), w tym podczas seminariów i konferencji;
- c) wykorzystywanie w materiałach wydawniczych oraz we wszelkiego rodzaju mediach audiowizualnych i komputerowych;
- d) rozpowszechnianie poprzez publiczne wystawianie, a także publiczne udostępnianie w taki sposób, aby każdy mógł mieć dostęp w czasie i miejscu przez siebie wybranym, a w szczególności przez wprowadzanie do pamięci komputera i umieszczanie w sieci internetowej.

§ 9

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

§ 10

1. Umowa może być rozwiązana przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
 - a. nieterminowego lub nienależytego wykonania umowy, w szczególności zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania, stwierdzonego na podstawie wyników kontroli oraz oceny realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych
 - b. jeżeli Wykonawca odmówi poddania się kontroli, bądź w terminie podanym przez Zamawiającego nie doprowadzi do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości
2. Wykonawca zobowiązuje się do rozliczenia umowy w terminie 7 dni od dnia wypowiedzenia umowy przez Zamawiającego.
3. W przypadku rozwiązania umowy przez Zamawiającego z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Wykonawca zapłaci na rzecz Zamawiającego karę umowną w wysokości 10% wartości umowy, o której mowa w § 5 ust. 1 umowy.
4. Zamawiający ma prawo dochodzić odszkodowania uzupełniającego w sytuacji, gdy wysokość kary umownej będzie niższa niż wysokość poniesionej szkody.

§ 11

1. Wykonanie umowy nastąpi z chwilą zaakceptowania przez Zamawiającego sprawozdania końcowego, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 5 umowy.
2. Uznanie wykonania umowy może również nastąpić po kontroli realizacji zadania w formie protokołu pokontrolnego bez uwag.

§ 12

W przypadkach nieuregulowanych niniejszą umową, zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 13

Wszelkie zmiany niniejszej umowy pod rygorem nieważności wymagają formy pisemnej w formie aneksu.

§ 14

Spory mogące wyniknąć przy realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

§ 15

Umowę sporządzono w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, z których 2 egzemplarze otrzymuje Zamawiający a 1 egzemplarz Wykonawca.

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 Oferta do konkursu na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024
2. Załącznik nr 2 Kosztorys realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024
3. Załącznik nr 3 Sprawozdanie ewaluacyjne okresowe z realizacji umowy
4. Załącznik nr 4 Sprawozdanie merytoryczno-finansowe końcowe z realizacji umowy
5. Załącznik nr 5 Opis programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026”

Załącznik nr 1
do Umowy nr
z dnia

Oferta do konkursu na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024

Formularz Ofertowy – Informacje o ofercie

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....
.....

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

.....
.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.:

b) numer fax.

b) adres e-mail:

4. Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru – imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu/fax, adres e-mail):

.....

5. Nr NIP Oferenta:

6. Nr REGON Oferenta:

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

8. Nr wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta:

.....

10. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

11. Koordynator zadania (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

12. Miejsce udzielania świadczeń w ramach realizacji II etapu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach Programu)

Nazwa	Adres	Tel. Kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji	Dni i godziny realizacji zadania
Fizjoterapia ambulatoryjna			

13. Określenie składu i kwalifikacji personelu medycznego przewidzianego do udzielania świadczeń w ramach realizacji II etapu:

Lp.	Imię i nazwisko	Niezbędne kwalifikacje do realizacji Programu	Forma współpracy z oferentem	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu
1				
2				
3				
4				

14. Planowane działania informacyjne:

.....

.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu:

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis oferenta)

Załącznik nr 2
do Umowy nr
z dnia

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024

II. Koszty interwencji w ramach etapu I				
Lp.	Rodzaj kosztu	Koszt całkowity brutto		
1	Prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej (zgodnie z pkt. 8.I.1 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu)			
II. Koszty interwencji w ramach etapu II				
Lp.	Rodzaj kosztu	Liczba osób	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity brutto
1	Koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego (50% kosztów) (zgodnie z pkt. 8.I.2 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) z uwzględnieniem działań edukacyjnych (zgodnie z pkt. 8.I.2 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu)	200		

Koszt całkowity brutto: zł (słownie)

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 3

do Umowy nr

z dnia

Sprawozdanie ewaluacyjne okresowe realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych procedur w ramach programu za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Urząd Miejski w Myszyncu
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	Liczba pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego

Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie wartości wyników uzyskanych w post-teście w porównaniu do pre-testu

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik nr 4
do Umowy nr
z dnia

**Sprawozdanie merytoryczno-finansowe z realizacji programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy
Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024**

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....
.....

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

.....
.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.:

b) numer fax.

b) adres e-mail:

4. Okres realizacji zadania: od do

5. Opis działań podjętych w ramach realizacji zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2024:

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

6. Cele realizowanych działań:

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

7. Koszty realizowanych działań

II. Koszty interwencji w ramach etapu I					
Lp.	Rodzaj kosztu			Planowany koszt całkowity brutto	Wartość wydatkowana brutto
1	Prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej (zgodnie z pkt. 8.I.1 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu)				
II. Koszty interwencji w ramach etapu II					
Lp.	Rodzaj kosztu	Koszt jednostkowy brutto wg Załącznika nr 2	Planowana liczba osób wg Załącznika nr 2	Liczba faktyczna pacjentów	Wartość wydatkowana brutto
1	Koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego (50% kosztów) (zgodnie z pkt. 8.I.2 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) z uwzględnieniem działań edukacyjnych ((zgodnie z pkt. 8.I.2 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu)				

8. Zestawienie świadczeń zrealizowanych w ramach programu wraz z wykazem świadczeniobiorców

Lp.	Nr PESEL pacjenta*	Imię	Nazwisko	Data udzielenia świadczenia	Nazwa udzielonego świadczenia

* W przypadku osób nie posiadających numeru PESEL – seria i numer dowodu osobistego lub paszportu

9. Efekty realizowanych działań:

.....

.....

.....

10. Uwagi dotyczące realizacji Programu

.....

.....

Sporządził:

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 5
do Umowy nr
z dnia

**Opis programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji
lecniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026”**

**Plik: UCHWAŁA nr XLII/459/23 RADY MIEJSKIEJ W MYSZYŃCU z dnia 16 Listopada 2023r. w
sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców Gminy Myszyniec na lata 2024 – 2026; miejsce publikacji: Biuletyn Informacyjny
Gminy Myszyniec.**