

**ZARZĄDZENIE NR 165/2018  
WÓJTA GMINY JABLONNA**

z dnia 13 grudnia 2018 r.

**w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatorów Programu profilaktyki i leczenia próchnicy u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych na rok 2019**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U.2018.994 z późn.zm.) oraz art. 7 pkt. 1 i art. 48b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2018.1510 z późn.zm), art 114 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2016.1638 z pozn. zm.), **zarządzam co następuje:**

§ 1. 1 Ogłasza się otwarty konkurs ofert na wybór realizatorów Programu profilaktyki i leczenia próchnicy u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych na rok 2019.

2. Regulamin konkursu ofert o którym mowa w § 1.1 stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Ogłoszenie publikuje się poprzez zamieszczenie:

1. w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Gminy Jabłonna;
2. na stronie internetowej Urzędu Gminy Jabłonna [www.jablonna.pl](http://www.jablonna.pl) ;
3. na tablicy ogłoszeń Urzędu Gminy Jabłonna, ul. Modlińska 152, 05-110 Jabłonna.

§ 3. Termin składania ofert wyznacza się do dnia 02 stycznia 2019 r. do godziny 16.00 (decyduje data wpływu do Biura Obsługi Urzędu Gminy Jabłonna).

§ 4. Wykonanie zarządzenia powierza się Naczelnikowi Wydziału Oświaty, Sportu i Spraw Społecznych.

§ 5. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

WÓJT  
*Chodorowski Jerzy*  
Jerzy Chodorowski

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 165/2018 Wójta Gminy  
Jabłonna z dnia 13 grudnia 2018 r.

**REGULAMIN OTWARTEGO KONKURSU OFERT**  
**na wybór realizatorów Programu profilaktyki i leczenia próchnicy u dzieci zamieszkałych na terenie**  
**Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych na rok 2019.**

**§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Organizatorem otwartego konkursu ofert jest Gmina Jabłonna zwana dalej Zamawiającym.
2. Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie:
  - 1) art. 48 b ust 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o oświadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2018.1510 z późn.zm.);
  - 2) niniejszego regulaminu otwartego konkursu ofert.
3. Oferent jest związany ofertą w okresie 30 dni od upływu terminu składania ofert określonych w ogłoszeniu.
4. Informacji dotyczących konkursu ofert udziela Wydział Oświaty, Sportu i Spraw Społecznych tel.: 22 767 73 46, email.: b.wojciechowska@jablonna.pl

**§ 2. PRZEDMIOT KONKURSU**

Przedmiotem otwartego konkursu ofert jest wybór realizatorów Programu profilaktyki i leczenia próchnicy u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych na rok 2019.

**§ 3. OPIS REALIZACJI ZADANIA**

1. W ramach realizacji zadania od Oferenta wymagane jest:
  - 1) Rozpropagowanie i nagłośnienie programu poprzez:
    - a) umieszczenie ogłoszeń na tablicach informacyjnych w gminnych placówkach leczniczych na terenie Gminy Jabłonna;
    - b) umieszczenie ogłoszeń na stronie internetowej realizatora zadania zdrowotnego;
    - c) przeprowadzenie kampanii edukacyjnej w zakresie profilaktyki zdrowia jamy ustnej skierowanej do dzieci i młodzieży z terenu Gminy Jabłonna;
    - d) zapoznanie uczestników z założeniami programu.
  - 2) Realizacja następujących świadczeń stomatologicznych:
    - a) przegląd + czyszczenie gabinetowe;
    - b) zabieg lakowania (1 ząb);
    - c) zabieg zachowawczy - dowolny ząb, dowolna lokalizacja, ewentualnie RTG punktowe, ewentualnie znieczulenie miejscowe lub przewodowe, materiał kompozytowy światło utwardzalny, w uzasadnionych sytuacjach klinicznych materiał o charakterze opatrunku;
    - d) zabieg chirurgiczny – ekstrakcja (dowolny ząb mleczny lub stały z wykluczeniem zębów nr 8 góra lub dół), w procedurę wliczone jest znieczulenie miejscowe lub przewodowe;
    - e) leczenie kanałowe dowolny ząb, dowolna lokalizacja, ewentualnie RTG punktowe, ewentualnie znieczulenie miejscowe lub przewodowe, materiał kompozytowy światło utwardzalny, w uzasadnionych sytuacjach klinicznych materiał o charakterze opatrunku.

**§ 4. KWALIFIKACJE WYMAGANE OD REALIZATORÓW**

Lekarz dentysta, lekarz specjalista stomatologii dziecięcej lub stomatologii zachowawczej.

## § 5. NIEZBĘDNE WYPOSAŻENIE I WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

1. Gabinet stomatologiczny na terenie Gminy Jabłonna.
2. Realizacja świadczeń, dostęp do usług:
  - 1) nie mniej niż 24godz./tyg. łącznie (nie mniej niż trzy razy w tygodniu);
  - 2) godzinny ranne i popołudniowe (w tym po godz.16.00, nie mniej niż 8godz./tyg.).
3. Oferenci muszą spełniać wymagania, określone w obowiązujących przepisach w szczególności:
  - 1) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2012.739 z późn. zm.),
  - 2) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069 z późn.zm.)
  - 3) Ustawie z dnia 10 maja 2018 r o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000 z późn.zm).

## § 6. WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW PLANOWANYCH NA REALIZACJĘ PROGRAMU

Kwota przeznaczona na realizację zadania: 110 000,00 zł

## § 7. TERMIN REALIZACJI PROGRAMU

Od dnia zawarcia umowy do 15 grudnia 2019 r.

## § 8. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Ofertę na konkurs należy sporządzić na formularzu ofertowym (złącznik nr 1 do regulaminu konkursu)
2. Formularz ofertowy w formie papierowej dostępny jest w siedzibie Urzędu Gminy Jabłonna/ Wydział Oświaty, Sportu i Spraw Społecznych, pokój nr.20 w godzinach pracy urzędu oraz w formie elektronicznej na stronie internetowej [www.jablonna.pl](http://www.jablonna.pl) i w Biuletynie Informacji Publicznej <http://ug.jablonna.ibip.pl/public/> ogłoszenia i obwieszczenia.
3. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim w sposób przejrzysty i czytelny.
4. Oferta winna być podpisana przez osoby(ę) uprawnione(a). Uprawnienie to powinno być udokumentowane stosowną uchwałą lub upoważnieniem właściwego organu lub zapisem w Krajowym Rejestrze Sądowym.
5. Każda strona oferty winna być numerowana i podpisana przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.
6. Ewentualne poprawki w treści oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznym podpisem przez osobę podpisującą ofertę.
7. Wykaz niezbędnych oświadczeń i dokumentów wymaganych od Oferentów:
  - 1) oświadczenia (załącznik nr 2do regulaminu konkursu ):
    - a) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami przedmiotu konkursu ofert;
    - b) oświadczenie Oferenta o akceptacji warunków konkursu i wzoru umowy;
    - c) oświadczenie o rozpoczęciu realizacji zadania w terminie 7 dni od daty podpisania umowy;
    - d) oświadczenie Oferenta o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,
  - 2) dokumenty:
    - a) w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 36 i 49 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz.U. 2018.986 z późn. zm.), wydruk, o którym mowa w art. 4 ust. 4aa, zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzania oferty lub kopia innego, właściwego dokumentu rejestrowego potwierdzającego status prawny Oferenta wraz z danymi osoby (osób) upoważnionej (upoważnionych) do reprezentowania Oferenta.

- b) w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą: wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w którym odzwierciedlenie znajdzie fakt posiadania w strukturze oferenta działalności związanej z zadaniem konkursowym na, które jest składana oferta.
- c) w przypadku przedsiębiorców będących osobami fizycznymi, wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, o którym mowa w art. 17 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U.2018.646 z późn.zm.)
- d) kopię polisy zawarcia umowy ubezpieczenia, zgodnej z zapisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2011.293.1729 z późn.zm.).

8. Kserokopie dokumentów winny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

9. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

### **§ 9. TERMIN I MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

1. **Ofertę należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do dnia 02 stycznia 2019 r. do godziny 16.00** na adres: Urząd Gminy Jabłonna, ul. Modlińska 102 05-110 Jabłonna (w godzinach pracy urzędu).

2. O zachowaniu terminu decyduje dzień wpływu oferty do Urzędu Gminy Jabłonna.

3. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie, opatrzonej opisem:

- 1) Program profilaktyki i leczenia próchnicy u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych na rok 2019;
- 2) „nie otwierać przed posiedzeniem komisji konkursowej”.
- 3) oznaczeniem nazwy i adresu Oferenta;

4. Wszystkie oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone.

5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wezwania Oferta do uzupełnienia braków formalnych w terminie trzech dni. Bieg terminu rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawiadomienia Oferenta (drogą telefoniczną lub emailem). O zachowaniu terminu decyduje dzień wpływu uzupełnienia braków formalnych do urzędu. W przypadku niedotrzymania przez Oferenta tego terminu złożona oferta podlega odrzuceniu.

6. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert bez podania przyczyny przed upływem terminu na złożenie ofert, przedłużenia terminu składania ofert, przedłużenia terminu otwarcia ofert i rozstrzygnięcia konkursu - informacja zostanie opublikowana w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Gminy Jabłonna oraz na tablicach ogłoszeń urzędu.

### **§ 10. TERMIN OTWARCIA OFERTY**

Otwarcie ofert nastąpi w dniu 03 stycznia 2019 r. o godz. 10.00 w sali nr.11 Urzędu Gminy Jabłonna, ul. Modlińska 152, 05-110 Jabłonna.

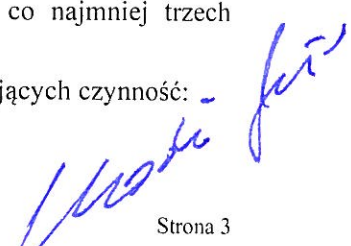
### **§ 11. KOMISJA KONKURSOWA**

1. Konkurs ofert przeprowadza komisja konkursowa powołana Zarządzeniem Wójta Gminy Jabłonna.

2. Członek komisji konkursowej podlega wyłączeniu z pracy w komisji, gdy Oferentem jest:

- 1) jego małżonek oraz krewny powinowaty do drugiego stopnia;
- 2) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;
- 3) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej;
- 4) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
- 5) komisja konkursowa może prowadzić prace jeżeli w jej posiedzeniu uczestniczy co najmniej trzech członków.

3. Komisja konkursowa w toku postępowania konkursowego dokonuje kolejno następujących czynności:



- 1) stwierdza liczbę otrzymanych ofert, nadaje ofertom kolejne numery;
- 2) otwiera koperty z ofertami;
- 3) ustala, które z ofert spełniają wymogi formalne, stwierdza:
  - a) terminowość złożenia oferty;
  - b) kompletność i prawidłowość złożonej dokumentacji;
- 4) ocenia ofertę pod względem merytorycznym opierając się na następujących kryteriach:
  - a) cena świadczenia liczona jako:  $C = C_{min}/C_b \times 60$  pkt. (gdzie: C- cena,  $C_b$ - średnia cena świadczeń w badanej ofercie,  $C_{min}$  – najniższa cena świadczeń w badanych ofertach);
  - b) dostępność do świadczonych usług (liczba godzin świadczonych usług) liczona jako:  $G = G_b/G_{max} \times 20$  pkt.(gdzie: G- godziny,  $G_b$  – liczba godzin dostępności do usług w badanej ofercie,  $G_{max}$ - najwyższa liczba godzin dostępności do usług w badanych ofertach);
  - c) wielkość populacji objęta programem liczona jako:  $P = P_b/P_{max} \times 20$  pkt.( gdzie:  $P_b$ - populacja objęta świadczeniem w badanej ofercie,  $P_{max}$  – najwyższa wielkość populacji w badanych ofertach).
- 5) Oferent otrzymuje dodatkowe punkty za realizację zdania (DP):
  - a) 15 pkt. – za świadczenia stomatologiczne realizowane w dwóch różnych miejscowościach na terenie Gminy Jabłonna;
  - b) 20 pkt. – za świadczenia stomatologiczne realizowane w trzech i więcej różnych miejscowościach na terenie Gminy Jabłonna.
- 6) Komisja konkursowa za najkorzystniejszą uzna ofertę, która uzyskała największą liczbę punktów zgodnie obliczoną wg. wzoru:  $O = C + G + P + DP$ .
- 7) Sporządza protokół z przebiegu konkursu.

4. Komisja działa na posiedzeniu zamkniętym bez udziału Oferentów, z wyjątkiem czynności określonych w ust. 3 pkt. 1 i 2.

5. Komisja może odrzucić wszystkie oferty, jeżeli nie zapewniają właściwego wykonywania zadania lub gdy cena realizacji zadania przedstawiona w ofercie będzie znacząco odbiegać od cen rynkowych.

6. Komisja konkursowa po analizie ofert przedłoży rekomendację co do wyboru oferty Wójtowi Gminy Jabłonna.

7. Komisja konkursowa rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

## § 12. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Rozstrzygnięcia ofert dokona Wójt Gminy Jabłonna w drodze zarządzenia nie później niż w ciągu 7 dni od terminu przekazania przez komisję konkursową rekomendacji dotyczących wyboru Oferenta.

2. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie zamieszczone na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Gminy Jabłonna, w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Gminy Jabłonna pod adresem <http://ug.jablonna.ibip.pl/public/>.

3. Od rozstrzygnięcia w sprawie wyboru ofert nie stosuje się trybu odwoławczego, każdy oferent może żądać uzasadnienia wyboru lub odrzucenia oferty.

4. Wójt Gminy Jabłonna zastrzega sobie prawo odstąpienia od rozstrzygnięcia w części lub całości otwartego konkursu ofert bez podania przyczyny.

5. Wybrany Oferent zobowiązany jest zawrzeć umowę o realizację zadania w terminie siedmiu dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu (wzór umowy załącznik 3 do regulaminu konkursu).

6. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

## tytuł FORMULARZ OFERTOWY

(pieczęćka firmowa Oferenta)

(miejscowość, data)

**DANE DOTYCZĄCE OFERENTA**

NAZWA	
NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO REPREZENTACJI I SKŁADANIA OŚWIADCZEŃ WOLI W IMIENIU OFERENTA	
SIEDZIBA	
NUMER RACHUNKU BANKOWEGO	
DANE KONTAKTOWE (TEL./E-MAIL)	
NR WPISU DO WŁAŚCIWEGO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
NIP	
REGON	

**REALIZACJA ZADANIA**

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PROGRAMU (ADRES, KRÓTKI OPIS WARUNKÓW LOKALOWYCH)	
DNI TYGODANIA/GODZINNY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	
PERSONEL MEDYCZNY UDZIELAJĄCY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PROGRAMU (WYKAZ IMINNY, KWALIFIKACJE)	
SPOSÓB REKRUTACJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU	
PLANOWANA LICZBA UCZESTNIKÓW PROGRAMU	
PLANOWANE DZIAŁANIA INFORMACYJNE (ROZPROPAGOWANIE PROGRAMU)	



**WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW WNIOSKOWANYCH NA REALIZACJĘ PROGRAMU**

NAZWA PROCEDURY	PROCENT OGÓLNEJ LICZBY PROCEDUR	PLANOWANA LICZBA PROCEDUR JEDNOSTKA ROZLICZENIOWA (1 PROCEDURA)	PLANOWANY PROCENT OGÓLNEJ LICZBY PROCEDUR	PLANOWANY KOSZT REALIZACJI PROGRAMU	
				JEDNOSTKOWY (BRUTTO)	WARTOŚĆ (BRUTTO)
PROCEDURA 1: PRZEGLĄD + CZYSZCZENIE GABINETOWE	15-20%				
PROCEDURA 2: ZABIEG LAKOWANIA (1 ZĄB)	15-25%				
PROCEDURA 3: ZABIEG ZACHOWAWCZY - DOWOLNY ZĄB, DOWOLNA LOKALIZACJA, EWENTUALNIE RTG PUNKTOWE, EWENTUALNIE ZNIECZULENIE MIEJSCOWE LUB PRZEWODOWE, MATERIAŁ KOMPOZYTOWY ŚWIATŁO UTWARDZALNY, W UZASADNIONYCH SYTUACJACH KLINICZNYCH MATERIAŁ O CHARAKTERZE OPATRUNKU	30-50%				
PROCEDURA 4: ZABIEG CHIRURGICZNY – EKSTRAKCJA (DOWOLNY ZĄB MLECZNY LUB STAŁY Z WYKLUCZENIEM ZĘBÓW NR 8 GÓRA LUB DÓŁ), W PROCEDURĘ WŁICZONE JEST ZNIECZULENIE MIEJSCOWE LUB PRZEWODOWE	10-20%				
PROCEDURA 5: LECZENIE KANAŁOWE DOWOLNY ZĄB, DOWOLNA LOKALIZACJA; EWENTUALNIE RTG PUNKTOWE, EWENTUALNIE ZNIECZULENIE MIEJSCOWE LUB PRZEWODOWE, MATERIAŁ KOMPOZYTOWY ŚWIATŁO UTWARDZALNY, W UZASADNIONYCH SYTUACJACH KLINICZNYCH MATERIAŁ O CHARAKTERZE OPATRUNKU	10-20%				
<b>SUMA PLANOWANYCH PROCEDUR</b>			<b>100 %</b>	<b>KOSZT CAŁKOWITY REALIZACJI PROGRAMU (KWOTA BRUTTO)</b>	

.....  
(podpis i pieczęćka osoby/osób upoważnionych do reprezentowania oferenta)








Kampania edukacyjna w zakresie profilaktyki zdrowia jamy ustnej skierowanej do dzieci i młodzieży z terenu Gminy Jabłonna - proponowane działania:

---

---

---



**tytuł OŚWIADCZENIA**

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

- 1) zapoznałam/em się z treścią regulaminu konkursu ofert - załącznik nr 1 do Zarządzenia 165/2018 Wojta Gminy Jabłonna z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora Programu profilaktyki i leczenia próchnicy u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych na rok 2019;
- 2) akceptuję warunki konkursu i wzór umowy;
- 3) rozpoczęcie realizacji zadania nastąpi w terminie 7 dni od daty podpisania umowy;
- 4) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( Dz.U.2018. 1000 z późn. zm.) dla potrzeb realizacji Programu profilaktyki i leczenia próchnicy u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych na rok 2019;

.....  
(podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych do reprezentowania oferenta)



**tytuł WZÓR UMOWY**

UMOWA nr \_\_\_\_\_

zawarta w dniu \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ r. w Jabłonnie pomiędzy:

Gminą Jabłonna z siedzibą w Jabłonnie przy ul. Modlińskiej 152,

reprezentowaną przez:

**Wójta Gminy Jabłonna – Jarosława Chodorskiego**

przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy Beaty Stolarskiej

zwanych dalej **Zamawiającym**

a

\_\_\_\_\_ z siedzibą w \_\_\_\_\_ działającą na podstawie wpisu do \_\_\_\_\_, NIP \_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_ reprezentowanym przez \_\_\_\_\_ zwanym dalej **Realizatorem programu**

w związku z wyborem Realizatora programu w drodze konkursu ofert na realizację Programu profilaktyki i leczenia próchnicy u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych na rok 2019

§ 1. Zakres programu zdrowotnego oraz zasady organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych określone zostały w Uchwale nr \_\_\_\_\_ - Rady Gminy Jabłonna z dnia \_\_\_\_\_ sprawie przyjęcia Programu profilaktyki i leczenia próchnicy u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych na rok 2019

§ 2. 1 Realizator programu zobowiązuje się do udzielania w trakcie trwania umowy realizacji następujących świadczeń stomatologicznych:

nazwa świadczenia	jednostka rozliczeniowa	liczba świadczeń/procedur	koszt jednostkowy (brutto)

2. Rozpropagowanie i nagłośnienie programu poprzez:

- 1) umieszczenie ogłoszeń na tablicach informacyjnych w gminnych placówkach leczniczych na terenie Gminy Jabłonna;
- 2) umieszczenie ogłoszeń na stronie internetowej realizatora zadania zdrowotnego;
- 3) przeprowadzenie kampanii edukacyjnej w zakresie profilaktyki zdrowia jamy ustnej skierowanej do dzieci i młodzieży z terenu Gminy Jabłonna;
- 4) zapoznanie uczestników z założeniami programu.

§ 3. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od \_\_\_\_\_

2. Świadczenia będą udzielane będą w \_\_\_\_\_

3. Realizator programu zobowiązany jest do podania publicznej informacji dotyczącej udzielanych świadczeń obejmujących:

- a) zakres i sposób udzielania świadczeń,
- b) dni i godziny w jakich świadczenia są udzielane,
- c) sposób rejestracji uczestników programu, (w szczególności terminu i sposobu rejestracji oraz sposobu informowania o zakończeniu rejestracji w danym okresie).

4. Powyższe informacje mają zostać zamieszczone: na stronie \_\_\_\_\_ wywieszonych na tablicach informacyjnych na terenie Gminy Jabłonna z zaznaczeniem że świadczenia stanowiące przedmiot umowy i są finansowane przez Gminę Jabłonna.

5. Wzór ulotki informacyjnej zostanie opracowany przez Realizatora programu i przedstawiony do zaakceptowania Zamawiającemu.

6. Realizator programu zobowiązany jest do publicznego udostępniania materiałów informacyjnych (ulotki, plakaty) przez cały czas trwania umowy.

§ 4. 1. Osobami uprawnionymi do świadczeń w zakresie realizowanego programu są \_\_\_\_\_.

2. Dokumentem potwierdzającym prawo do udziału w programie zdrowotnym jest pisemna deklaracja udziału w programie, stanowiąca załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

3. Realizator zapewnia nieodpłatne świadczenia dla osób deklarujących udział w programie.

4. W przypadkach szczególnie uzasadnionych Realizator programu ma prawo odstąpienia od realizacji świadczeń, o czym Zleceniodawca zostanie poinformowany niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu dwóch dni roboczych.

§ 5. 1. Przed rozpoczęciem realizacji programu zdrowotnego Realizator zobowiązany jest sporządzić harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych w trakcie trwania programu.

2. Harmonogram powinien określać rodzaj oraz liczbę świadczeń planowanych w danym miesiącu.

3. Realizator programu jest zobowiązany uzyskać akceptację harmonogramu przez Zamawiającego.

4. Zleceniodawca dopuszcza dokonywanie przesunięć świadczeń nie wykonanych w miesiącu poprzednim na kolejny miesiąc pomiędzy poszczególnymi ich rodzajami, jeżeli przesunięcie to nie wpływa na wartość umowy określoną w § 8.1. Przesunięcie świadczeń każdorazowo wymaga pisemnej zgody Zleceniodawcy.

§ 6. 1. Realizator programu oświadcza, że osoby udzielające świadczeń w ramach niniejszej umowy posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone przez Zamawiającego oraz wynikające z odrębnych przepisów.

2. Realizator programu oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych umową.

3. Realizator programu oświadcza, że w przypadku gdy termin obowiązywania polisy o której mowa w ust.2 jest krótszy niż termin obowiązywania umowy, przedłuży okres ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co najmniej do końca obowiązywania umowy.

4. Realizator programu ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczenia w zakresie udzielania zamówienia.

§ 7. 1 Z tytułu przedmiotu umowy określonego w § 2 Zamawiający wypłaci Realizatorowi programu wynagrodzenie w łącznej wysokości nie wyższej niż \_\_\_\_\_ zł brutto według stawek określonych w formularzu ofertowym.

2. Strony ustalają, że rozliczenie udzielonych świadczeń będzie następowało na podstawie faktur częściowych w okresach miesięcznych.

3. Wynagrodzenie za dany okres miesięczny obliczane jest jako suma poszczególnych świadczeń iloczynów kosztów jednostkowych i liczby wykonanych świadczeń wymienionych w załączniku nr.2 do umowy w tym okresie.

4. Postawę do przekazania środków stanowić będzie prawidłowo sporządzona faktura VAT wystawiona na Zamawiającego przez Realizatora programu w terminie do 10 każdego miesiąca. Z wyjątkiem miesiąca grudnia w którym następuje zakończenie realizacji programu, fakturę należy złożyć do \_\_\_\_\_ r.

5. Wraz z fakturą Realizator programu przedkłada sprawozdanie miesięczne wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do umowy.

6. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty faktur w terminie 30 dni od daty dostarczenia przez Realizatora programu faktur częściowych i sprawozdań, o których mowa w ust. 4 i 5, na konto \_\_\_\_\_

§ 8. 1 Realizator programu przedłoży Zamawiającemu sprawozdanie końcowe z realizacji programu za cały okres obowiązywania umowy, terminie do dnia 31 grudnia 2017 r. według wzoru stanowiącego załącznik nr 3.

2. Na żądanie Zamawiającego Realizator programu zobowiązany jest do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy w czasie nie dłuższym niż 7 dni roboczych od dnia wpłynięcia pisma w tym przedmiocie do Realizatora programu.

3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wykorzystywania informacji i sprawozdania merytorycznego, o których mowa powyżej.

§ 9. Realizator programu zobowiązuje się do:

- 1) prowadzenia odrębnej dokumentacji zadania stanowiącej załącznik nr 1,2 oraz 3 do przedmiotowej umowy,
- 2) prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
- 3) prowadzenie sprawozdawczości statystycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami w tym zakresie,

§ 10. Realizator programu nie może uwzględniać świadczeń realizowanych w ramach niniejszej umowy w rozliczeniach z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 11. 1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykonywania przedmiotu umowy w każdym czasie przy udziale Realizatora programu.

2. Realizator programu zobowiązuje się do przedłożenia wszelkich niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i okazywania pomocy upoważnionym przedstawicielom Zamawiającego podczas i w związku z przeprowadzoną przez nich kontrolą.

2. Realizator programu zobowiązuje się wykonać wszelkie zlecenia pokontrolne, pod rygorem którym mowa § 13 ust.2.

3. Realizator programu zostanie powiadomiony o kontroli pisemnie z co najmniej 3 dniowym wyprzedzeniem, wyłączając dni wolne.

4. Strony postanawiają, że w razie niewykonania niniejszej umowy obowiązująca formą odszkodowania będą kary umowne.

5. Realizator programu będzie zobowiązany do zapłaty kary umownej w wysokości 10 % kwoty, o której mowa ust. 4 umowy w razie :

- 1) udzielanie świadczeń niezgodnie z założeniami programu,
- 2) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nie posiadające wymaganych kwalifikacji,
- 3) gromadzenia danych i prowadzenia dokumentacji niezgodnie z postanowieniami umowy,
- 4) udzielania świadczeń w pomieszczeniach nie odpowiadającym wymogom sanitarno-epidemiologicznym,
- 5) nie wykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.

6. Zapłata kary nastąpi w terminie 14 dni, od daty stwierdzenia okoliczności uzasadniających jej naliczania. Kary umowne mogą być naliczane oddzielnie, za każde naruszenie umowy wskazane w ust.5. W przypadku opóźnienia w zapłacie, zostaną naliczone odsetki ustawowe w wysokości obowiązującej dla zobowiązań.

7. W przypadku wykorzystania środków niezgodnie z umową przez Realizatora programu jest on zobowiązany do zwrotu na rachunek bankowy Urzędu Gminy Jabłonna w Banku Spółdzielczym w Legionowie O/Jabłonna nr 09 8013 0162002 0009 7014 0001 w terminie 2 tygodni od stwierdzenia tego faktu.

§ 12. 1 Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron z jednomiesięcznym wypowiedzeniem, na koniec miesiąca kalendarzowego z powodu:

2. Wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację niniejszej umowy, za które strony nie ponoszą odpowiedzialność.

3. Naruszania istotnych postanowień niniejszej umowy, a w szczególności:

- 1) odmowy podania się kontroli przez Realizatora programu;

2) nie doprowadzenia przez Realizatora programu do usunięcia nieprawidłowości stwierdzających podczas kontroli. W przypadku określonym w zdaniu poprzedzającym wypowiedzenie umowy powinno być poprzedzone pisemnym wezwaniem do usunięcia uchybień w terminie nie krótszym niż 30 dni;

3) zawężenie zakresu świadczeń;

4) nieodpowiednia jakość świadczeń.

4. Wypowiedzenie staje się skuteczne w razie nie usunięcia uchybień w określonym terminie.

5. Wypowiedzenie umowy dla swojej skuteczności powinno być poprzedzone pisemnym wezwaniem do usunięcia nieprawidłowości, w określonym jednak nie krótszym niż czternaście dni terminie, skierowanym do strony winnej wystąpienia uchybień. Wypowiedzenie może być dokonane w razie bezskutecznego upływu, określonego terminu.

§ 13. 1. Umowa może być rozwiązana przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowymw przypadku:

1) stwierdzenia braku wymaganych kwalifikacji u osób udzielających świadczeń zdrowotnych o których mowa w § 6.1,

2) utraty przez Realizatora programu uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń,

3) stwierdzenia rozliczenia świadczeń udzielanych w ramach programu z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia,

4) gdy Realizator programu nie udokumentuje zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa § 6.2,

5) przedstawienia przez Zleceniobiorcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących podstawą ustalenia kwoty finansowania świadczeń zdrowotnych.

2. W przypadku rozwiązania umowy z przyczyn, o których mowa w ust.1:

1) Realizator programu będzie zobowiązany do zapłaty kary umownej w wysokości 10 % kwoty, o której mowa w § 11 ust.5 i 6.

2) uprzednio naliczane kary umowne pozostają wymagane,

§ 14. Do wzajemnych kontaktów strony ustalają:

- po stronie Zamawiającego, email: b.wojciechowska@jablonna.pl , tel.: (22) 767 73 46,

- po stronie Realizatora programu email: \_\_\_\_\_

§ 15. Każda zmiana warunków umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 16. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową, mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 17. Spory powstałe na tle realizacji niniejszej umowy będą rozwiązywane polubownie, w razie braku porozumienia przez Sąd właściwy miejscowo dla Zamawiającego.

§ 18. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, w tym jeden dla Realizatora programu, dwa dla Zamawiającego.

**ZAMAWIAJĄCY**

**REALIZATOR PROGRAMU**

Załączniki:

1. Deklaracja udziału w Programie profilaktyki i leczenia próchnicy u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych na rok 2019;

2. Formularz sprawozdania miesięcznego;

3. Formularz sprawozdania końcowego;

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 3

**tytuł DEKLARACJA**  
**DEKLARACJA UDZIAŁU W GMINNYM PROGRAMIE**  
**program profilaktyki i leczenia próchnicy u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna**  
**uczęszczających do szkół podstawowych na rok 2019**  
**DANE UCZESTNIKA**

Podstawa prawna: Uchwała nr \_\_\_\_\_ - Rady Gminy Jabłonna z dnia \_\_\_\_\_ sprawie przyjęcia Programu profilaktyki i leczenia próchnicy u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych na rok 2019

Składający: rodzic/ opiekun prawny uczestnika programu

**DANE UCZESTNIKA**

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

\_\_\_\_\_  
(adres zamieszkania / zameldowania)

\_\_\_\_\_  
(data i podpis)

**tytuł SPRAWOZDANIE MIESIĘCZNE  
FORMULARZ SPRAWOZDANIA MIESIĘCZNEGO**

1. Okres realizacji świadczeń:

2. Liczba osób objętych świadczeniami:

3. Wykonanie świadczeń:

NAZWA ŚWIADCZENIA	JEDNOSTKA ROZLICZENIOWA	PLANOWANA LICZBA ŚWIADCZEŃ	WYKONANA LICZBA ŚWIADCZEŃ	KOSZT	KOSZT
				JEDNOSTKOWY	CALKOWITY
			<b>OGÓLEM</b>		

4. Liczba załączonych deklaracji uczestników programu:

5. Imienna lista uczestników programu:

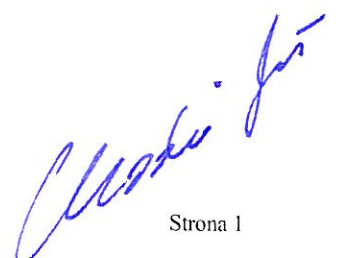
LP	IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMELDOWANIA/ ZAMIESZKANIA	DATA UDZIELENIA ŚWIADCZENIA	NAZWA ŚWIADCZENIA

6. Kampania edukacyjna w zakresie profilaktyki zdrowia jamy ustnej skierowanej do dzieci i młodzieży z terenu Gminy Jabłonna - przeprowadzone działania:

---

---

(pieczęćka i podpis)





**tytuł SPRAWOZDANIE KOŃCOWE  
FORMULARZ SPRAWOZDANIA KOŃCOWEGO**

1. Okres realizacji świadczeń:

2. Liczba uczestników programu:

3. Wyniki realizacji programu :

NAZWA ŚWIADCZENIA	JEDNOSTKA ROZLICZENIOWA	LICZBA UCZESTNIKU PROGRAMU

4. Wnioski z realizacji programu

5. Rozliczenia finansowe programu:

KOSZT REALIZACJI PROGRAMU ZGODNIE Z ZAWARTĄ UMOWĄ:	
KWOTA WYDATKOWANA NA REALIZACJĘ PROGRAMU:	
WYSOKOŚĆ KWOTY, KTÓRA NIE ZOSTAŁA WYKORZYSTANA W PROGRAMIE:	
NIE WYKORZYSTANO Z POWODU:	

6. Kampania edukacyjna w zakresie profilaktyki zdrowia jamy ustnej skierowanej do dzieci i młodzieży z terenu Gminy Jabłonna - przeprowadzone działania:

---

---

7. Dodatkowe informacje:

---

---

---

(pieczętka i podpis)

