

W.0050.19.2017

Zarządzenie nr 19/2017

Wójta Gminy Jabłonna

z dnia 3 lutego 2017 r.

w sprawie: ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora Gminnego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia na rok 2017

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U.2016.446 z późn. zm.), art. 7 pkt. 1, art. 8 pkt. 1 oraz art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2016.1793 z późn. zm), art 114 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2016.1638 z późn. zm.) oraz Uchwały Nr XXVIII/276/2016 Rady Gminy Jabłonna z dnia 30 listopada 2016 r. w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia na lata 2017-2018, **zarządzam co następuje:**

§ 1.1 Ogłasza się otwarty konkurs ofert na wybór realizatora programu zdrowotnego realizowanych w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia na rok 2017 obejmującego następujące zadanie:

ZADANIE	NAZWA ZADANIA
ZADANIE 2.1	Profilaktyka i leczenie próchnicy u uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna, uczęszczających do szkół podstawowych i gimnazjalnych - realizacja na terenie Gminy Jabłonna

2. Ogłoszenie o konkursie ofert dotyczące zadania o którym mowa w ust.1.1, stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Ogłoszenie publikuje się poprzez zamieszczenie:

- 1) w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Gminy Jabłonna (zakładka ogłoszenia i obwieszczenia) <http://ug.jablonna.ibip.pl/public/>,
- 2) na stronie internetowej Urzędu Gminy Jabłonna www.jablonna.pl,
- 3) na tablicy ogłoszeń Urzędu Gminy Jabłonna, ul. Modlińska 152, 05-110 Jabłonna.

§ 3. **Termin składania ofert wyznacza się do dnia 24 lutego 2017 r. do godziny 14.00.** (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
Jarosław Chodorski
Jarosław Chodorski

WÓJT GMINY JABŁONNA
OGŁASZA KONKURS NA WYBÓR REALIZATORÓW
GMINNEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA NA ROK 2017

SZCZEGÓLOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Organizatorem otwartego konkursu ofert jest Gmina Jabłonna zwana dalej Zamawiającym.
2. Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie:
 - 1) art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o oświadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2016.1793. z późn.zm.),
 - 2) niniejszych szczegółowych warunków 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

II. PRZEDMIOT KONKURSU


Przedmiotem otwartego konkursu ofert jest wybór realizatora Gminnego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia na rok 2017 w zakresie następującego zadania zdrowotnego:

ZADANIE 2.1: Profilaktyka i leczenie próchnicy u uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych i gimnazjalnych. Celem zadania jest zmniejszenie występowania próchnicy u uczniów poprzez udzielanie świadczeń stomatologicznych.

OPIS REALIZACJI ZADANIA

W ramach realizacji zadania od Oferenta wymagane jest:

1. Rozpropagowanie i nagłośnienie programu poprzez:
 - 1) umieszczenie ogłoszeń na tablicach informacyjnych w gminnych ośrodkach zdrowia na terenie Gminy Jabłonna,
 - 2) umieszczenie ogłoszeń na stronie internetowej realizatora zadania zdrowotnego,
 - 3) przeprowadzenie kampanii informacyjnej w placówkach szkolnych na terenie Gminy Jabłonna,
2. Zapoznanie pacjentów z założeniami programu.
3. Realizacja następujących świadczeń stomatologicznych:



- 1) konsultacja lekarska obejmująca: przegląd oraz czyszczenie gabinetowe,
- 2) zabieg lakowania,
- 3) zabieg zachowawczy: dowolny ząb, dowolna lokalizacja, RTG punktowe, znieczulenie miejscowe lub przewodowe, materiał kompozytowy światło utwardzany, materiał o charakterze opatrunku,
- 4) zabieg chirurgiczny (ekstrakcja): dowolny ząb mleczny lub stały, znieczulenie miejscowe lub przewodowe,
- 5) leczenie kanałowe: dowolny ząb, dowolna lokalizacja, RTG punktowe, znieczulenie miejscowe lub przewodowe, materiał kompozytowy światło utwardzany, materiał o charakterze opatrunku.

KWALIFIKACJE WYMAGANE OD REALIZATORÓW

Lekarz dentyista, lekarz specjalista stomatologii dziecięcej lub stomatologii zachowawczej.

NIEZBĘDNE WYPOSAŻENIE I WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

1. Gabinet stomatologiczny na terenie Gminy Jabłonna.
2. Realizacja świadczeń, dostęp do usług:
 - nie mniej niż 24godz./tyg. łącznie (nie mniej niż trzy razy w tygodniu),
 - 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 29 sierpnia 1997 r o ochronie danych osobowych (Dz.U.2016.922 z późn.zm).

WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW PLANOWANYCH NA REALIZACJĘ PROGRAMU

Kwota przeznaczona na realizację zadania: 51 880,00 zł

TERMIN REALIZACJI PROGRAMU

Od dnia zawarcia umowy do 15 grudnia 2017 r.

III. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Ofertę na konkurs należy sporządzić na formularzu ofertowym (zał.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 formie elektronicznej na stronie internetowej www.jablonna.pl i w Biuletynie Informacji Publicznej <http://ug.jablonna.ibip.pl/public/> (ogłoszenia i obwieszczenia).
2. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim w sposób przejrzysty i czytelny.
3. 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.

4. Każda strona oferty winna być numerowana i podpisana przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.
5. Ewentualne poprawki w treści oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznym podpisem przez osobę podpisującą ofertę.
6. Wykaz niezbędnych oświadczeń i dokumentów wymaganych od Oferentów:
 - 1) oświadczenia (załącznik nr 3):
 - 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. 2016.687 z poz. zm.), wydruk, o którym mowa w art. 4 ust. 4aa tej ustawy z Krajowego Rejestru Sądowego, 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. 14 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U.2016.1829 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.).

Kserokopie dokumentów winny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.
7. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

IV. TERMIN I MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

1. Ofertę należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do 24 lutego 2017 r. do godziny 14.00 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:
 - a) Gminny Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia na lata 2017-2018,
 - b) określenia zadania które konkurs dotyczy,
 - c) oznaczenie nazwy i adresu Oferenta,
 - d) „nie otwierać przed posiedzeniem komisji konkursowej”.
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 emailę). 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.

V. TERMIN OTWARCIA OFERTY

Otwarcie ofert nastąpi w dniu 27 lutego 2017 r. o godz. 10 w sali nr.11 Urzędu Gminy Jabłonna, ul. Modlińska 152, 05-110 Jabłonna.

VI. 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) Komisja konkursowa za najkorzystniejszą uzna ofertę, która uzyskała największą liczbę punktów zgodnie obliczoną wg. wzoru: $O = C + G + P$.
 - 6) 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.
 8. 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.
 5. Komisja konkursowa po analizie ofert przedłoży rekomendację co do wyboru ofert Wójtowi Gminy Jabłonna.
 6. Komisja konkursowa rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

VII. 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 trzech dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu (wzór umowy stanowi załącznik nr. 4).
4. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

Chrobak Janina

Załącznik nr 2
do Zarządzenia Nr19/2017
Wójta Gminy Jabłonna
z dnia 3 lutego 2017 r.

.....
(pieczętka firmowa Oferenta)

.....
(miejsowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

ZADANIE 2.1

**PROFILAKTYKA I LECZENIE PRÓCHNICY U UCZNIÓW
ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE GMINY JABŁONNA UCZĘSZCZAJĄCYCH
DO SZKÓŁ PODSTAWOWYCH I GIMNAZJALNYCH**

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 TYGODNIA/GODZINY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	
PERSONEL MEDYCZNY UDZIELAJĄCY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PROGRAMU (WYKAZ IMIENNY, 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	
				KOSZT 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 WLICZONE 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%				
SUMA PLANOWANYCH PROCEDUR			100 %	KOSZT CAŁKOWITY REALIZACJI PROGRAMU (KWOTA BRUTTO)	

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

OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

- zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert,
- akceptuję warunków konkursu i wzór umowy,
- rozpoczęcie realizacji zadania nastąpi w terminie 7 dni od daty podpisania umowy,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych (Dz.U.2016.922 z późn.zm.) dla potrzeb realizacji Gminnego programu profilaktyki i promocji zdrowia na lata 2017-2018.

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



UMOWA

zawarta w dniu _____ 2017 r. w Jabłonie pomiędzy:
Gminą Jabłonna z siedzibą w Jabłonie przy ul. Modlińskiej 152,
reprezentowaną przez:

Wójta Gminy Jabłonna – Jarosława Chodorskiego
przy kontrasygnacie **Skarbnika Gminy Beaty Stolarskiej**
zwanym dalej **Zamawiającym**

a

_____ z siedzibą w _____ przy ul. _____, działającym
na podstawie _____ reprezentowanym przez _____ zwanym dalej
Realizatorem programu,

w związku z wyborem Realizatora programu w drodze konkursu ofert na realizację Gminnego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia na rok 2017 w zakresie realizacji **Zadania 2.1 Profilaktyka i leczenie próchnicy u uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych i gimnazjalnych.**

§ 1. Zakres programu zdrowotnego oraz zasady organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych określone zostały w Uchwale nr XXVIII/276/2016 Rady Gminy Jabłonna z dnia 30 listopada 2016 r. w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia na lata 2017-2018, Zarządzeniu nr _____ Wójta Gminy Jabłonna z dnia _____ w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatorów Gminnego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia na rok 2017 – załącznik nr. 2 (formularz ofertowy Zadania 2.1 Profilaktyka i leczenie próchnicy u uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych i gimnazjalnych),

§ 2.1 Realizator programu zobowiązuje się do udzielania w trakcie trwania umowy w ramach realizacji Zadania 2.1 Profilaktyka i leczenie próchnicy u uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych i gimnazjalnych, następujących świadczeń:

nazwa świadczenia	jednostka rozliczeniowa	liczba świadczeń/procedur	koszt jednostkowy (brutto)
Procedura 1: przegląd + instruktaż higieny jamy ustnej + czyszczenie gabinetowe	1 procedura		
Procedura 2: zabieg lakowania (1 ząb)			
Procedura 3: zabieg zachowawczy (dowolny ząb, dowolna lokalizacja, ewentualnie RGT punktowy, ewentualnie znieczulenie miejscowe lub przewodowe, materiał kompozytowy światło utwardzalny w uzasadnionych sytuacjach klinicznych materiał o charakterze opatrunku)			
Procedura 4: zabieg chirurgiczny – ekstrakcja (dowolny ząb mleczny lub stały z wykluczeniem zębów nr. 8 góra lub dół) w procedurę wliczone jest znieczulenie miejscowe lub przewodowe)			
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)			

- § 3.1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia _____ do dnia 15 grudnia 2017 r.
2. Świadczenia będą udzielane w gabinecie stomatologicznym _____
3. Realizator programu zobowiązany jest do podania publicznej informacji dotyczącej udzielanych świadczeń obejmujących:
- zakres i sposób udzielania świadczeń,
 - dni i godziny w jakich świadczenia są udzielane,
 - 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 _____ wywieszone na tablicach informacyjnych na terenie Gminy Jabłonna z zaznaczeniem że świadczenia stanowiące przedmiot umowy 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 zadania są uczniowie zamieszkali na terenie Gminy Jabłonna uczęszczający do szkół podstawowych i gimnazjalnych.
- Dokumentem potwierdzającym prawo do udziału w programie zdrowotnym jest pisemna deklaracja udziału w programie, stanowiąca załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
 - Realizator zapewnia nieodpłatne świadczenia dla osób deklarujących udział w programie.
 - 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.
- Harmonogram powinien określać rodzaj oraz liczbę świadczeń planowanych w danym miesiącu.
 - Realizator programu jest zobowiązany uzyskać akceptację harmonogramu przez Zamawiającego.
 - Zamawiający 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 Zamawiającego.
- § 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.
- Realizator programu oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych umową w ramach realizacji Zadania 2.1 - Profilaktyka i leczenie próchnicy u uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Jabłonna uczęszczających do szkół podstawowych i gimnazjalnych.
 - 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.

Alena Jędrzej

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 (słownie: _____) 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. Podstawę do przekazania środków stanowić będzie prawidłowo sporządzono 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 22 grudnia 2017 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 w 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:
- a) prowadzenia odrębnej dokumentacji zadania stanowiącej załącznik nr 1,2 oraz 3 do przedmiotowej umowy,
 - b) prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
 - c) prowadzenia 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.
 3. Realizator programu zobowiązuje się wykonać wszelkie zalecenia pokontrolne, pod rygorem o którym mowa § 13 ust.2.
 4. Realizator programu zostanie powiadomiony o kontroli pisemnie z co najmniej 3 dniowym wyprzedzeniem, wyłączając dni wolne.
 5. Strony postanawiają, że w razie niewykonania niniejszej umowy obowiązującą formą odszkodowania będą kary umowne.



6. Realizator programu będzie zobowiązany do zapłaty kary umownej w wysokości 10 % kwoty, o której mowa ust. 4 umowy w razie :
 - a) udzielania świadczeń niezgodnie z założeniami programu, z wyłączeniem sytuacji opisanej w § 4. pkt 4 Umowy,
 - b) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nie posiadające wymaganych kwalifikacji,
 - c) gromadzenia danych i prowadzenia dokumentacji niezgodnie z postanowieniami umowy,
 - d) udzielania świadczeń w pomieszczeniach nie odpowiadającym wymogom sanitarno-epidemiologicznym,
 - e) nie wykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.
7. Zapłata kary nastąpi w terminie 14 dni, od daty stwierdzenia okoliczności uzasadniających jej naliczenie. Kary umowne mogą być naliczane oddzielnie, za każde naruszenie umowy wskazane w ust.6. W przypadku opóźnienia w zapłacie, zostaną naliczone odsetki ustawowe w wysokości obowiązującej dla zobowiązań.
8. 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:

- 1) wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację niniejszej umowy, za które strony nie ponoszą odpowiedzialność.
2. naruszania istotnych postanowień niniejszej umowy, a w szczególności:
 - a) odmowy poddania się kontroli przez Realizatora programu,
 - b) nie doprowadzenia przez Realizatora programu do usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych 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,
 - c) zawężenie zakresu świadczeń,
 - d) nieodpowiednia jakość świadczeń,
3. Wypowiedzenie staje się skuteczne w razie nie usunięcia uchybień w określonym terminie.
4. 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 natychmiastowym w przypadku:

- a) stwierdzenia braku wymaganych kwalifikacji u osób udzielających świadczeń zdrowotnych o których mowa w § 6.1,
 - b) utraty przez Realizatora programu uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń,
 - c) stwierdzenia rozliczenia świadczeń udzielanych w ramach programu z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - d) gdy Realizator programu nie udokumentuje zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa § 6.2,
 - e) przedstawienia przez Realizatora programu 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:

- a) Realizator programu będzie zobowiązany do zapłaty kary umownej w wysokości 10 % kwoty, o której mowa w § 11 ust.5 i 6.
 - b) uprzednio naliczane kary umowne pozostają wymagane,
3. Umowa może być rozwiązana przez Realizatora programu ze skutkiem natychmiastowym w przypadku przekroczenia terminu płatności faktury VAT o 5 dni.

§ 14. Do wzajemnych kontaktów strony ustalają:

- a) po stronie Zamawiającego, email: _____
- b) 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 Gminnym programie profilaktyki i promocji zdrowia na rok 2017.
2. Formularz sprawozdania miesięcznego.
3. Formularz sprawozdania końcowego.



.....
(pieczęćka firmowa)

DEKLARACJA UDZIAŁU W GMINNYM PROGRAMIE PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA NA ROK 2017

Podstawa prawna: Uchwała nr XXVIII/276/2016 Rady Gminy Jabłonna z dnia 30 listopada 2016 r.
w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia na lata 2017-2018.

Składający: mieszkaniec Gminy Jabłonna (zameldowany/zamieszkujący)

Miejsce składania deklaracji: siedziba realizacji zadania

DANE UCZESTNIKA PROGRAMU*:	
1. Imię i nazwisko:	<input type="text"/>
2. Adres zameldowania/zamieszkania:	<input type="text"/>
3. Dane kontaktowe tel./email:	<input type="text"/>
4. Nazwa placówki szkolnej / klasa	<input type="text"/>

*uczeń szkoły podstawowej lub gimnazjalnej

Uczestnik programu oświadcza, że zapoznał się z zakresem świadczeń realizowanych w ramach programu
(bezpłatnie):

świadczenia stomatologiczne:

- konsultacja lekarska obejmująca: przegląd oraz czyszczenie gabinetowe,
- zabieg lakowania,
- zabieg zachowawczy: dowolny ząb, dowolna lokalizacja, RTG punktowy, znieczulenie miejscowe lub przewodowe, materiał kompozytowy światło utwardzany, materiał o charakterze opatrunku,
- zabieg chirurgiczny (ekstrakcja): dowolny ząb mleczny lub stały, znieczulenie miejscowe lub przewodowe,
- leczenie kanałowe: dowolny ząb, dowolna lokalizacja, RTG punktowy, znieczulenie miejscowe lub przewodowe, materiał kompozytowy światło utwardzany, materiał o charakterze opatrunku.

Uczestnik oświadcza, że wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych (Dz.U.2016.922 z późn. zm.) dla potrzeb realizacji Gminnego programu profilaktyki i promocji zdrowia na lata 2017-2018.

.....
(data i podpis uczestnika)



.....
(pieczęć firmowa).....
(miejsowość, data)**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 jednostkowy	koszt całkowity
			Ogółem		

4. Liczba załączonych deklaracji uczestników programu:

5. Imienna lista uczestników programu:

lp.	imię i nazwisko	adres zameldowania/ zamieszkania	data udzielenia świadczenia	nazwa świadczenia

.....
(pieczęć i podpis)


.....
(pieczęć firmowa).....
(miejsce, data)**FORMULARZ SPRAWOZDANIA KOŃCOWEGO**

1. Okres realizacji świadczeń:

--

2. Liczba uczestników programu:

--

3. Wyniki realizacji programu :

nazwa świadczenia	jednostka rozliczeniowa	liczba uczestnika 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. Dodatkowe informacje:

.....
.....
..........
(pieczęć i podpis)