

(PROJEKT/)  
UMOWA NR.....

zawarta w dniu ..... w Mielniku, pomiędzy:

Gminą Mielnik, z siedzibą 17-307 Mielnik, ul. Piaskowa 38, NIP: 544-143-83-89, reprezentowaną przez:  
Eugeniusza Wichowskiego – Wójta Gminy Mielnik,  
zwaną dalej” **Zamawiającym**”

a

..... wpisanym do rejestru zakładów  
opieki zdrowotnej prowadzonego przez ..... pod numerem....., nr NIP  
zakładu....., nr REGON.....

reprezentowanym przez:

.....  
zwanym dalej „**Wykonawcą**”

§1

1. Zamawiający, na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.) art. 115 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.) oraz w wyniku konkursu ofert rozstrzygniętego dnia ..... roku, zleca a wykonawca przyjmuje do realizacji w 2018 roku „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Mielnik na lata 2015 – 2020”, zgodnie z ofertą Wykonawcy, stanowiącą integralną część umowy.
2. W ramach programu zdrowotnego Wykonawca zobowiązuje się do:
  - 1) przeprowadzenia kampanii informacyjnej o realizowanym programie,
  - 2) uzyskania pisemnej zgody rodzica lub opiekuna prawnego na wykonanie cyklu szczepień, będących przedmiotem niniejszej umowy (wzór w załączniku nr 1)
  - 3) zakupu szczepionki czterowalentnej, spełniającej wszystkie wymogi i normy przewidziane prawem i wykonanie szczepienia,
  - 4) wykonania cyklu profilaktycznych szczepień ochronnych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt z roczników 2003 i 2004 (pełen cykl szczepień), zameldowanych na pobyt stały na terenie gminy Mielnik, poprzedzonych przeprowadzeniem badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia przed podaniem każdej dawki szczepionki,
  - 5) utylizacji zużytych materiałów i sprzętu medycznego,
  - 6) dokonania wpisu o szczepieniu do wymaganej dokumentacji medycznej,
  - 7) przeprowadzenia edukacji zdrowotnej dziewcząt i chłopców z roczników 2003 i 2004 oraz ich rodziców/opiekunów na temat zasadności profilaktyki w postaci szczepień ochronnych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV, profilaktyki raka szyjki macicy, ryzykownych zachowań oraz chorób przenoszonych drogą płciową oraz przeprowadzenie ankiety badania satysfakcji z realizacji programu wśród rodziców/opiekunów dziewcząt objętych programem szczepień (wzór w załączniku nr 4),
  - 8) prowadzenia rejestru świadczeń wykonywanych w ramach programu zdrowotnego,
  - 9) złożenia sprawozdania końcowego z realizacji programu zdrowotnego,
  - 10) wykonanie usługi będzie potwierdzone poprzez wypełnienie imiennej listy dziewczynek i liczbowego zestawienia wykonanych szczepień, stanowiącego załącznik 2 do niniejszej umowy oraz sporządzenie imiennego wykazu osób objętych edukacją zdrowotną zgodnie z załącznikiem nr 3 do niniejszej umowy.
3. Sposób organizacji realizacji programu, tj. nabór, rejestrację, terminy udzielania świadczeń, określa załącznik nr 1 do oferty konkursowej.

## §2

1. Okres rozliczeniowy realizacji programu określonego w § 1 pkt 1 umowy, ustala się od dnia podpisania umowy do 21 grudnia 2018 roku. Termin ten może zostać przedłużony w przypadku wystąpienia konieczności przedłużenia realizacji programu z przyczyn związanych z wydłużonym cyklem szczepienia dziewcząt niezawinionym przez Wykonawcę (np. konieczność przesunięcia terminu szczepienia kolejnymi dawkami ze względu na stan zdrowia uczestnika programu).
2. Ustala się umowną wysokość wynagrodzenia Wykonawcy:
  - 1) jednostkową w wysokości.....zł brutto, tj. skalkulowany koszt szczepienia 1 dziecka,
  - 2) łączną, wynikającą z ilości przeprowadzonych szczepień,
  - 3) łączną w wysokości.....zł brutto, za przeprowadzenie kampanii edukacji zdrowotnej.
3. Zapłata wynagrodzenia następować będzie w okresach miesięcznych na podstawie faktury VAT wraz z załącznikami do niniejszej umowy, dostarczonymi przez Wykonawcę.
4. Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia faktur/rachunków do każdego 10 dnia kolejnego miesiąca, następującego po miesiącu wykonania poszczególnych dawek szczepienia lub przeprowadzeniu kampanii edukacyjnej, wystawionych na: Gminę Mielnik, 17-307 Mielnik, ul. Piaskowa 38, NIP 544-143-83-89. Faktura w miesiącu grudniu powinna zostać dostarczona do dnia 27.12.2018 r.
5. Należność określona w ust. 2 będzie płatna w terminie 14 dni od daty otrzymania faktury VAT/ rachunku.
6. Płatność dokonuje się przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy o nr wskazanym na fakturze/rachunku.
7. Ustalone wynagrodzenie obejmuje wszystkie narzuty i dodatki dla Wykonawcy i nie podlega zmianie w trakcie realizacji niniejszej umowy.
8. Wykonawca zobowiązuje się do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej środków finansowych przekazanych na realizację zadania oraz ewidencji osób objętych programem.
9. Wykonawca zobowiązuje się do zamieszczenia w widocznym miejscu w placówce realizującej umowę informacji, że realizowany program polityki zdrowotnej jest finansowany ze środków budżetu Gminy Mielnik.

## §3

1. Wykonawca zobowiązuje się do rozliczenia z wykonania niniejszej umowy za okres od zawarcia umowy do 27.12.2018 r.
2. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć Zleceniodawcy sprawozdanie końcowe z realizacji zadania do zaakceptowania w terminie piętnastu dni od końcowego terminu, o którym mowa w § 2 ust. 1. Brak uwag do sprawozdania stanowi o jego zaakceptowaniu przez Zleceniodawcę.
3. Wykonanie umowy wymaga złożenia pisemnej informacji o przebiegu realizacji zadania przez Wykonawcę.

## § 4

1. Wykonawca zobowiązuje się do:
  - 1) prowadzenia odrębnej dokumentacji medycznej oraz do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej,
  - 2) poddania kontroli na każde żądanie Zamawiającego.
  - 3) prowadzenia dokumentacji finansowo-księgowej, dotyczącej realizacji przedmiotu umowy, przechowywania jej w siedzibie Wykonawcy i udostępniana do wglądu dla Zamawiającego na żądanie zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji zadania.
2. Wykonawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej.

## § 5

1. Strony ustalają, że Zamawiający prowadzi nadzór i kontrolę wykonania umowy w trakcie jej realizacji, jak i po jej wykonaniu. W szczególności Wykonawca zobowiązany jest do poddania się kontroli dokonywanej w miejscu wykonania umowy lub w miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego, do przekazywania w formie pisemnej wszelkich informacji, sprawozdań i wyjaśnień, dotyczących realizacji zadania.
2. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządza pisemny protokół w dwóch egzemplarzach.
3. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany ma prawo do

złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są Zamawiającemu na piśmie.

4. Zamawiający udziela Wykonawcy odpowiedzi na piśmie w ciągu 14 dni od dnia złożenia wyjaśnień.
5. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli nienależytego wykonania umowy, niezgodnego z treścią umowy, Zamawiający zastrzega sobie prawo do:
  - a) żądania zwrotu przekazanych środków finansowych w zakwestionowanej części, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia otrzymania środków,
  - b) rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.
6. Umowa może zostać przez Zamawiającego rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy, nieterminowego oraz nienależytego wykonania umowy, nieuprawnionego zmniejszenia zakresu rzeczowego umowy, a także w przypadku stwierdzenia podwójnego wykazania w sprawozdawczości tych samych osób objętych programem szczepień (dot. tej samej dawki szczepionki). Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych związanych z rozwiązaniem umowy strony określają w sporządzonym protokole.

#### §6

1. Wykonawca nie może powierzyć wykonania przedmiotu niniejszej umowy innym osobom bez zgody Zleceniodawcy wyrażonej na piśmie.
2. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron z miesięcznym okresem wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonania umowy. Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych strony określają w sporządzonym protokole.
3. W razie naruszenia postanowienia ust.1 Zleceniodawca może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym.

#### § 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.
2. Właściwym do rozstrzygnięcia sporów mogących powstać w wyniku realizacji niniejszej umowy, a których strony nie rozstrzygną polubownie, jest Sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.
3. Jakikolwiek zmiany w niniejszej umowie mogą być dokonane tylko w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Strony nie mogą powoływać się na ustalenia pozaumowne.

#### §8

Umowa została sporządzona w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, po dwa dla każdej ze stron.

.....  
WYKONAWCA

.....  
ZAMAWJĄCY

## ZGODA

### NA UDZIAŁ OSOBY NIELETNIEJ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ OBEJMUJĄCEJ PRZEPROWADZENIE AKCJI EDUKACYJNEJ I SZCZEPIEŃ PRZECIWKO ZAKAŻENIOM HPV

#### WYRAŻONA PRZEZ JEGO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Ja, .....  
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

zam. ....  
(adres zamieszkania)

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w Programie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka  
ludzkiego (HPV) w Gminie Mielnik obejmującego m.in. wykonanie u mojego dziecka cyklu szczepień  
czterowalentną szczepionką ochronną przez wykwalifikowaną pielęgniarkę; cykl szczepień zostanie  
poprzedzony badaniem lekarskim

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL.....

1. Potwierdzam, iż zostałam/em poinformowany o celu prowadzenia szczepień.
2. Potwierdzam, iż zostałam/em poinformowany o możliwości rezygnacji z udziału w programie w każdym momencie jego realizacji, po złożeniu pisemnej rezygnacji z uczestnictwa.
3. Potwierdzam, iż zostałam/em poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia, postępowania po wykonaniu czynności leczniczej.
4. Poinformowano mnie również o odstępach czasowych jakie muszą zostać zachowane między kolejnymi szczepieniami. Uzyskałam informację, że wykonanie kolejnego szczepienia bez zachowania prawidłowego odstępu czasowego może skutkować brakiem odpowiedniego poziomu odporności.
5. Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia.
6. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka szczepienia szczepionką: .....
7. **Ze względu na własne bezpieczeństwo Pacjent powinien pozostać na terenie Przychodni przez 30 min po wykonaniu szczepienia.**
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem tego programu.

Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....

Nazwa zadania:

SZCZEPIENIA PROFILAKTYCZNE PRZECIW ZAKAŻENIOM WIRUSEM BRODAWCZAKA  
LUDZKIEGO HPV DZIEWCZYNEK URODZONYCH W 2003 i 2004 ROKU (PEŁEN CYKL SZCZEPIEŃ)  
– ZAMELDOWANYCH NA TERENIE GMINY MIELNIK W 2018 R.

Umowa nr.....

Miesiąc	L.p.	Imię i Nazwisko	Adres zamieszkania	Pesel	Dawka szczepienia

Dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się na terenie placówki:

.....

Mielnik, dnia.....

podpis i pieczęć Zakładu  
lub osoby upoważnionej przez Zakład

Nazwa zadania:  
EDUKACJA ZDROWOTNA – PROGRAM PROFILAKTYKI PRZECIW ZAKAŻENIOM WIRUSEM  
BRODAWCZAKA LUDZKIEGO HPV W GMINIE MIELNIK W 2018 R.

Umowa nr.....

Temat prelekcji, pogadanki, wykładu....., który odbył się  
(data)..... dla (dziewczynek, chłopców, rodziców/opiekunów)\*

[illegible]

\*- wpisać odpowiednio dla grupy osób

Dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się na terenie placówki:

.....

Mielnik, dnia.....

podpis i pieczęć Zakładu  
lub osoby upoważnionej przez Zakład

**ANKIETA**

**dotycząca badania satysfakcji ze sposobu realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Mielnik” i jakości udzielonych świadczeń**

*(badanie anonimowe)*

**1. Jak oceniasz swój poziom wiedzy i satysfakcji związane z uczestnictwem w programie:**

a) poziom wiedzy o oczekiwanych efektach zdrowotnych po uczestnictwie w programie

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

b) poziom wiedzy o możliwych zagrożeniach związanych z wykonaniem szczepienia

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

c) poziom zadowolenia z uczestnictwa w programie i objęcia dziecka programem szczepień

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

**2. Jak oceniasz jakość udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach programu:**

a) terminowość wykonania cyklu szczepień

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

b) poziom usług lekarskich (badania przed szczepieniem)

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

c) poziom usług pielęgniarskich (podanie szczepienia)

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

**3. Czy uważasz, że realizacja tego typu programu jest potrzebna**

1	2	3	4	5	6
zdecydowanie nie					zdecydowanie tak

**4. Czy w przyszłości weźmiesz ponownie udział w programach polityki zdrowotnej**

1	2	3	4	5	6
zdecydowanie nie					zdecydowanie tak

**5. Jakie są Twoje potrzeby w zakresie realizacji programów polityki zdrowotnej na terenie Gminy Mielnik**

.....