*Wzór umowy*

**Umowa nr / /2023**

Zawarta w dniu ………………….…………. w Toruniu

pomiędzy

Gminą Miasta Toruń ul. Wały gen. Sikorskiego 8, zwaną w treści umowy Udzielającym zamówienia, reprezentowaną przez:

…………………. - ……………………………..

a

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. zwanym dalej Przyjmującym zamówienie, reprezentowanym przez:

………………… - ………………………………

Podstawę prawną zawarcia niniejszej umowy stanowi art. 48 ust. 4 i 5 oraz art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.) oraz art. 114 ust. 1 pkt. 1 i 115 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.) oraz wynik konkursu ofert rozstrzygniętego w dniu ……………………………2023 r.

§ 1

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się na podstawie niniejszej umowy do realizacji w 2023 r. „Programu polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Torunia pn. „Toruń ma oko na dzieciaki” stanowiącego załącznik nr 1 do umowy.
2. Program, o którym mowa w ust. 1 będzie realizowany zgodnie z założeniami określonymi szczegółowo w ofercie złożonej w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia oraz wynikami negocjacji indywidualnych /w przypadku ich przeprowadzenia/ wskazanymi w załączniku nr 2 do niniejszej umowy. W ramach realizacji Programu Przyjmujący zamówienie obejmie nieodpłatnymi dla pacjentów świadczeniami 1000 osób i wykona pozostałe obowiązki wskazane w §2 w okresie obowiązywania niniejszej umowy.
3. Program o którym mowa w ust. 1 będzie realizowany w miejscu wskazanym przez Wykonawcę w załączniku nr 2.
4. Umowa będzie finansowana jest ze środków budżetowych: wydatki Gmina, zadanie własne w ramach wydatków bieżących, Dział 851 Rozdział 85149 § 4280 Nazwa zadania w budżecie: „program „Toruń ma oko na dzieciaki”.

§ 2

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. opracowania harmonogramu realizacji umowy: termin wykonania: …………………;
2. wykonywania świadczeń lub zajęć zgodnie z harmonogramem wskazanym w ust.1 pkt. 1): termin wykonania:……………………..;
3. opracowania merytorycznego oraz druku materiałów informacyjno-edukacyjnych z zakresu profilaktyki wad wzroku u dzieci (ulotki) w liczbie wskazanej w załączniku nr 2 do niniejszej umowy: termin wykonania:……………………. ;
4. rozdysponowania ulotek o których mowa w ust. 1 pkt. 3) wśród uczestników Programu: termin wykonania:…………………….;
5. przeprowadzenia akcji informacyjnej dot. szczegółów realizacji Programu: termin wykonania:…………………….;
6. przeprowadzenia naboru i rejestracji uczestników programu (weryfikacja kryterium wieku oraz zamieszkania) wraz z wyznaczeniem terminu świadczenia: termin wykonania:……………………..;
7. uzyskania pisemnej zgody rodzica lub opiekuna prawnego na udział dziecka w programie (załącznik nr 5);
8. wykonania świadczeń wyszczególnionych w załączniku nr 2 w obecności rodzica/opiekuna prawnego, z zapewnieniem niezbędnych do tego celu środków medycznych oraz przy zachowaniu wszelkich wytycznych GIS i MZ związanych z realizacją świadczeń w okresie epidemii, a także udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione lub posiadające stosowne kwalifikacje i uprawnienia do ich udzielania: termin wykonania:……………………….;
9. przeprowadzenia rozmowy edukacyjnej dotyczącej wad wzroku, higieny oczu i dbałości o wzrok oraz profilaktyki chorób oczu, tzw. edukacja bezpośrednia z rodzicami/opiekunami prawnymi beneficjentów: termin wykonania:………………………;
10. prowadzenia stosownej dokumentacji medycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
11. przekazania rodzicowi/opiekunowi prawnemu uczestnika Programu, bezpośrednio po przeprowadzonej konsultacji z badaniami, pisemnej informacji o przeprowadzonej konsultacji okulistycznej wraz z wykonanymi badaniami i ich wynikami z zaznaczeniem konieczności ewentualnego leczenia w przypadku wykrycia wady wzroku oraz poinformowania rodziców/opiekunów prawnych o możliwości leczenia finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze wskazaniem co najmniej 3 jednostek;
12. przeprowadzenia i opracowania anonimowej ankiety satysfakcji (końcowej) wśród rodziców/opiekunów prawnych (załącznik nr 6): termin wykonania:………………………;
13. sporządzania miesięcznych sprawozdań, sprawozdania końcowego (załącznik nr 3) oraz wykazu imiennego uczestników (załącznik nr 4) z realizacji Programu i przekazania ich do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia;
14. niezwłocznego informowania Udzielającego zamówienia o każdorazowej zmianie spośród personelu medycznego, udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, przy czym zastrzega się, że kwalifikacje zawodowe personelu medycznego nie mogą być niższe od zgłoszonych w przyjętej ofercie Przyjmującego zamówienie, a zmiana liczby personelu lub zastąpienie ich osobami o niższych kwalifikacjach zawodowych może być podstawą do wypowiedzenia umowy przez Udzielającego zamówienie;
15. zapewnienia wysokiej jakości wszystkich udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych Programem;
16. informowania Udzielającego zamówienia o niebezpieczeństwie niewykonania całości lub części Programu wraz ze szczegółowym wskazaniem powodów w terminie do 30 dni przed zakończeniem realizacji Programu.
17. prowadzenia infolinii dla mieszańców Torunia w ramach realizowanego programu polityki zdrowotnej.

§3

1. Uprawnionymi do bezpłatnego korzystania z programu zdrowotnego są dzieci w wieku 5 lat (rok urodzenia 2018), mieszkańcy Torunia, których rodzice bądź opiekunowie prawni wyrazili pisemną zgodę na udział w programie. Do udziału w części edukacyjnej programu uprawnieni są ich rodzice/ opiekunowie prawni.
2. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany rejestrować pacjentów, którym w ramach umowy udziela świadczeń.
3. Rejestracja pacjentów obejmuje następujące dane: imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, nr PESEL lub datę urodzenia, datę wykonania świadczenia.
4. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do podania do publicznej informacji zakresu i sposobu realizacji zadania oraz zasad rejestracji w terminie wskazanym w §2 ust. 1. pkt. 5).

§ 4

Umowa jest zawarta na okres od ………….... 2023 r. do dnia ……………… 2023 r.

§ 5

1. Z tytułu realizacji Programu objętego niniejszą umową Przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie za wykonanie poszczególnych elementów należności wskazanych w załączniku nr 2 do niniejszej umowy, w łącznej kwocie nie przekraczającej 132 300 zł (słownie: sto trzydzieści dwa tysiące trzysta złotych 00/100).
2. Wynagrodzenie z tytułu realizacji niniejszej umowy będzie płatne Przyjmującemu zamówienie w częściach opłacanych miesięcznie z dołu, po realizacji świadczeń, przelewem na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego zamówienie.
3. Podstawę wypłaty wynagrodzenia stanowić będzie faktura wystawiona przez Przyjmującego zamówienie do dnia 5-go następnego miesiąca, a za miesiąc listopad do dnia 5.12.2023 r.
4. Udzielający zamówienia zapłaci wynagrodzenie w terminie do 14 dni od daty otrzymania faktury.
5. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek przedstawić Udzielającemu zamówienia, łącznie z fakturą, sprawozdanie merytoryczne z wykonania zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 według wzoru stanowiącego załączniku nr 3 do niniejszej umowy.
6. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek przedstawić Udzielającemu zamówienia łącznie z fakturą za miesiąc listopad 2023:
7. sprawozdanie końcowe z realizacji Programu stanowiące załącznik nr 3 do umowy- w wersji papierowej,
8. wykaz imienny uczestników programu stanowiący załącznik nr 4 do umowy (w dwóch egzemplarzach) - w wersji papierowej oraz elektronicznej,
9. wypełnione przez rodzica/opiekuna prawnego uczestnika ankiety satysfakcji (załącznik nr 6 do umowy) wraz z ich opracowaniem- w wersji papierowej.
10. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniach lub opracowaniach, o których mowa w ust. 5 i 6 Udzielający zamówienia wstrzyma wypłatę wynagrodzenia do chwili ich usunięcia.
11. Na wniosek Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się udzielić wszelkich dodatkowych informacji i przedłożyć oraz sporządzić wszystkie dokumenty niezbędne do rozliczenia realizacji umowy.

§ 6

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do wykorzystania sprawozdań merytorycznych z realizacji programu, o których mowa w § 5 ust. 5 i 6 do własnych opracowań.

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy oraz w dniu podpisania niniejszej umowy przedłoży Udzielającemu zamówienia stosowny dokument potwierdzający fakt zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie przedmiotu niniejszej umowy.
2. Obowiązek, o którym mowa w ust. 1 dotyczy również każdorazowej zmiany treści umowy ubezpieczenia i terminu jej obowiązywania, w okresie obowiązywania niniejszej umowy.
3. W przypadku nie przedłożenia dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia w zakresie przedmiotu niniejszej umowy, o którym mowa w ust.1, Udzielający zamówienie wzywa pisemnie Przyjmującego zamówienie do jego złożenia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.
4. Niezastosowanie się do wezwania, o którym mowa w ust. 3, skutkuje rozwiązaniem umowy z winy Przyjmującego zamówienie i zobowiązuje go do zapłacenia kary umownej w wysokości 5% wartości umowy.
5. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych ponosi Przyjmujący zamówienie.
6. Środki publiczne uzyskane na podstawie niniejszej umowy nie mogą być przeznaczone na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych z innych źródeł, ani na cele niebędące jej przedmiotem.

§ 8

1. Na żądanie Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy.
2. Udzielający zamówienia ma prawo do kontroli wykonania umowy, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego zamówienia w zakresie wykonywania umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do niezwłocznego wykonania wszelkich zaleceń pokontrolnych, o których mowa w ust. 2.
4. W razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie, Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do zapłacenia Udzielającemu zamówienia kary umownej w wysokości 10% wartości umowy.

§ 9

1. W przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień niniejszej umowy Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia. Za rażące naruszenia istotnych postanowień umowy uważa się w szczególności:
	* 1. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby nieuprawnione lub nie posiadające stosownych kwalifikacji i uprawnień do ich udzielania;
		2. nieudzielanie świadczeń zdrowotnych w ustalonym miejscu i czasie;
		3. udzielanie świadczeń zdrowotnych niezgodnych z załącznikiem nr 1 do umowy;
		4. obciążanie pacjentów kosztami świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy lub kosztami produktów leczniczych i wyrobów medycznych, służących do ich udzielania;
		5. przedstawienie przez Przyjmującego zamówienie danych dotyczących zrealizowanych świadczeń zdrowotnych, niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Udzielający zamówienia dokonał płatności nienależnych środków finansowych.
2. Za każdy przypadek rażącego naruszenia istotnych postanowień niniejszej umowy wskazanych w ust.1 lub zwłoki w wykonaniu umowy przez Przyjmującego zamówienie lub wykonywaniu jej niezgodnie z terminami wskazanymi w §2, Przyjmujący zamówienie zapłaci karę umowną w wysokości 5% kwoty określonej
w § 5 ust. 1.
3. W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację niniejszej umowy, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron z 30 dniowym okresem wypowiedzenia dokonanym na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. W przypadku odstąpienia od umowy przez którąkolwiek ze stron, z przyczyn leżących po jej stronie, strona odstępująca zobowiązana jest do zapłaty kary umownej w wysokości 10% kwoty określonej w § 5 ust. 1.
5. Gdy strona odstępuje od umowy z przyczyn spowodowanych przez drugą stronę, stronie odstępującej przysługuje od drugiej strony kara umowna w wysokości 10% kwoty określonej w §5 ust.1.
6. Niniejsza umowa nie stanowi przeszkody do zawierania przez strony innych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, pod warunkiem, że nie kolidują one z realizacją niniejszej umowy.
7. W zakresie związanym z realizacją niniejszej umowy, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, Przyjmujący zamówienie odbiera od osób, których dotyczą te dane, stosowne oświadczenia o wyrażeniu zgody na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem PE i Rady UE 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

§ 10

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do informowania, że zadanie jest finansowane ze środków otrzymanych od Udzielającego zamówienia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Informacja powinna się znaleźć we wszystkich materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego zadania publicznego.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do umieszczenia herbu Miasta Torunia z informacją, że Program jest finansowany przez Gminę Miasta Toruń oraz logo Narodowego Funduszu Zdrowia na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych, informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, dotyczących realizacji Programu.
3. Nie wywiązanie się z obowiązku wskazanego w ust. 1 skutkuje zapłatą kary umownej w wysokości 5% kwoty określonej w § 5 ust. 1.

§ 11

Prawa i obowiązki stron nie będą przenoszone na osoby trzecie.

§ 12

Każda zmiana umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 13

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 14

Spory mogące wynikać ze stosunku objętego niniejszą umową, strony podadzą pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego dla siedziby Udzielającego zamówienia.

§ 15

Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Załączniki do umowy:

Załącznik nr 1 – Program polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Torunia pn. „Toruń ma oko na dzieciaki”

Załącznik nr 2 – Szczegółowy zakres finansowy i rzeczowy

Załącznik nr 3 – Sprawozdanie miesięczne/roczne

Załącznik nr 4 – Sprawozdanie- wykaz imienny uczestników programu

Załącznik nr 5 – Karta udziału w programie

Załącznik nr 6 – Ankieta satysfakcji rodzica/ opiekuna prawnego pacjenta

Udzielający zamówienia Przyjmujący zamówienie

Wzór załącznika nr 2

***Szczegółowy zakres rzeczowy i finansowy zadania***

Świadczenia zdrowotne wykonywane w trakcie realizacji Programu polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Torunia pn. „Toruń ma oko na dzieciaki” realizowane będą w:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementy należności** | **Cena jednostkowa w złotych** | **Proponowana****ilość**  | **Iloczyn ceny i ilości świadczeń** |
| Konsultacja okulistyczna wraz z:* badaniem ostrości wzroku (do dali i do bliży),
* badaniem dna oka oraz refrakcji,
* badaniem wady refrakcji refraktometrem,
* badaniem ruchomości gałek ocznych.

Edukacja bezpośrednia |  |  |  |
| Opracowanie i wydruk materiałów edukacyjnych oraz przeprowadzenie i opracowanie ankiety satysfakcji |  |  |  |
| **Suma:** |  |

**Koszt realizacji Programu wynosi**: …………………….. **zł** (słownie:………………………………)

Kampania edukacyjno- informacyjna zostanie przeprowadzona w formie *(np. wykładów stacjonarnych / on-line/ edukacji podczas wizyty)* dla ok. …………… rodziców / opiekunów prawnych.

Wzór załącznika nr 3

Sprawozdanie miesięczne/roczne**\***

z przeprowadzonych działań w ramach realizacji programu polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Torunia w roku 2023 pn. ***Toruń ma oko na dzieciaki***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu | Sprawozdanie z przeprowadzonych przez składającego sprawozdanie działań za okres sprawozdawczyod ……..…….. do …………… | Adresat:Gmina Miasta Toruń |
|  | Sprawozdanie należyprzekazać w terminie14 dni po okresiesprawozdawczym |

I. Interwencje podejmowane w trakcie realizacji programu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Liczba wykonanych interwencji  | Liczba osób uczestniczących  | Liczba osób, u których stwierdzono wadę wzroku | Liczba osób ze wskazaniem dalszej diagnostyki w ramach NFZ | Liczba osób które zrezygnowały z uczestnictwa w programie |
| Spotkania edukacyjne |  | x | x |  |
| Badania przesiewowe |  |  |  |  |

1. Analiza badań przesiewowych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj wady | Liczba osób | Liczba osóbze wskazaniem dalszejdiagnostyki w ramach NFZ |
|  |  |  |
|  |  |  |

......................................, dnia ................................

 *(miejscowość) (data)*

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

 *(pieczęć i podpis sprawozdawcy)*

Wzór załącznika nr 4

Sprawozdanie- wykaz imienny uczestników programu „Toruń ma oko na dzieciaki” w roku 2023

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Numer pacjenta | Wiek | Płeć | Gmina, w której zameldowany jest pacjent | Nazwa świadczenia | Data udzielenia świadczenia | Podpis osoby wykonującej | Cena świadczenia | Nazwa kontrahenta wykonującego świadczenie |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dokument sprawdzono pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.

…………………………………………………………………………………

podpis osób upoważnionych do reprezentowania podmiot leczniczy

Wzór załącznika nr 5

# Karta udziału w programie „Toruń ma oko na dzieciaki”

Część A

1. Dane uczestnika programu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | Data urodzenia | Miejsce zamieszkania |
| Imię |  | …… / …… / ……*(dzień/miesiąc/rok)* |  |
| Nr PESEL\* |  |

*\* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL*

1. Zgoda na udział w programie

Oświadczam, że dziecko nie ma wykrytej wady wzroku.

**Wyrażam zgodę** na udział dziecka w programie „Toruń ma oko na dzieciaki”.

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

 *(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)*

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, informuję iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Prezydent Miasta Torunia, z siedzibą w Toruniu przy ul. Wały Generała Sikorskiego 8;

2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych i realizacji Pana/i praw może Pan/i kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych mailowo: iod@um.torun.pl, telefonicznie: 56 611 88 02 lub pisemnie na adres: ul. Wały Generała Sikorskiego 8, 87-100 Toruń;

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji Programu polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Torunia pn. „Toruń ma oko na dzieciaki” na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e i c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym oraz do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (m.in. obowiązek archiwizacji dokumentacji medycznej wynikający z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą firmy i organizacje którym Administrator zlecił realizację tego zadania.

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji Programu oraz prowadzenia analizy jego efektywności oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej;

7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości udziału w Programie polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Torunia pn. „Toruń ma oko na dzieciaki” w roku 2021;

10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również
w formie profilowania.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Toruń, data …………………….

 ………………………………………………….

(podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika Programu )

Część B

1. Potwierdzenie rezygnacji z udziału w programie w trakcie jego trwania

|  |  |
| --- | --- |
| Przyczyna rezygnacji | Data i podpis  |
|  |  |

Wzór załącznika nr 6



MIASTO TORUŃ

**Ankieta satysfakcji rodzica/ opiekuna prawnego pacjenta**

**„Toruń ma oko na dzieciaki”- 2022 r.**

Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety poprzez wstawienie znaku x w odpowiedniej kratce. Pani/ Pana odpowiedzi pozwolą ulepszyć świadczone usługi.

**Płeć:** □ kobieta □ mężczyzna

**Wiek**: □ do 25 lat □ 26-40 lat □ 41-55 lat □ 56 i więcej

**Wykształcenie: □** gimnazjalne, podstawowe □ średnie □ wyższe

**Jak ocenia Pani/Pan realizację programu?**

□ Bardzo dobrze

□ Dobrze

□ Przeciętnie

□ Nisko

**Jak ocenia Pani/Pan kompetencje osób realizujących program?**

□ Bardzo dobrze

□ Dobrze

□ Przeciętnie

□ Nisko

**Co powinniśmy zmienić, aby zaspokoić Pani/Pana potrzeby?**

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

Dziękuję za wypełnienie ankiety!