

### Umowa nr 1/TOD/2024

Zawarta w dniu ..... pomiędzy Gminą Miasta Toruń ul. Wały gen. Sikorskiego 8, NIP 8790001014, REGON 871118856 zwaną w treści umowy Udzielającym zamówienia, reprezentowaną przez:

**Adriana Móla – Zastępcę Prezydenta Miasta Torunia**

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 2022 r. poz. 2561 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 2023 r. poz. 991) oraz wynik konkursu ofert rozstrzygniętego w dniu ..... 2024 r.

#### § 1

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się na podstawie niniejszej umowy do realizacji w 2024 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.
3. Formularz oferty stanowi załącznik do niniejszej umowy, jest integralną częścią umowy w ustalonym końcowym brzmieniu.
4. W ramach realizacji Programu Przyjmujący zamówienie obejmie nieodpłatnymi dla pacjentów świadczeniami 1000 dzieci 5-letnich oraz 1000 rodziców/opiekunów prawnych i wykona pozostałe obowiązki wskazane w § 2 w okresie obowiązywania niniejszej umowy.
5. Program, o którym mowa w ust. 1 będzie realizowany w siedzibie Przyjmującego zamówienie, wskazanej w załączniku nr 2.
6. Umowa będzie finansowana jest ze środków budżetowych: wydatki Gmina, zadanie własne w ramach wydatków bieżących, Dział 851 Rozdział 85149 zad. „Toruń ma oko na dzieciaki – b. państwa” § 4280, zad. „Toruń ma oko na dzieciaki – b. miasta” § 4280 w łącznej wysokości ..... zł (słownie:..... zł), w tym:
  - 1) ze środków Gminy Miasta Toruń w wysokości ..... zł (słownie: ..... zł),
  - 2) ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w wysokości ..... zł (słownie:..... zł).

#### § 2

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do realizacji Programu zgodnie z załączonym formularzem ofertowym oraz:
  - 1) opracowania harmonogramu realizacji Programu (załącznik nr 3) – termin dostarczenia opracowanego i podpisanego harmonogramu do siedziby Udzielającego zamówienia nie może przekroczyć 30 dni od dnia podpisania umowy,
  - 2) wykonywania świadczeń zgodnie z harmonogramem wskazanym w ust. 1 pkt 1 umowy,
  - 3) opracowania merytorycznego oraz druku materiałów informacyjnych oraz edukacyjnych,
  - 4) rozdysponowania materiałów informacyjnych oraz edukacyjnych zgodnie z załącznikiem nr 2,
  - 5) przeprowadzenia akcji informacyjnej dot. szczegółów realizacji Programu, w sposób wskazany w załączniku nr 2,

- 6) przygotowania informacji promującej przedmiotowy program w celu publikacji na miejskiej stronie internetowej, portalach społecznościach oraz na stronach placówek oświatowych, dla których program jest dedykowany,
- 7) uruchomienia aktywnej, co najmniej 8 h dziennie, pięć dni w tygodniu, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, infolinii dla mieszkańców Torunia,
- 8) przeprowadzenia naboru i rejestracji uczestników Programu (weryfikacja kryterium wieku oraz zamieszkania) wraz z wyznaczeniem terminu świadczenia,
- 9) uzyskania pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie (załącznik nr 6) oraz oświadczenia rodzica/opiekuna prawnego (załącznik nr 7),
- 10) wykonania świadczeń wyszczególnionych w załączniku nr 2 przez personel medyczny posiadający do tego stosowne kwalifikacje, w obecności rodzica/opiekuna prawnego, z zapewnieniem niezbędnych do tego celu środków medycznych, a także udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione lub posiadające stosowne kwalifikacje i uprawnienia do ich udzielania,
- 11) przeprowadzenia rozmowy edukacyjnej dotyczącej wad wzroku, higieny oczu i dbałości o wzrok oraz profilaktyki chorób oczu, tzw. edukacja bezpośrednia z rodzicami/opiekunami prawnymi beneficjentów,
- 12) prowadzenia stosownej dokumentacji medycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
- 13) 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 poinformowanie rodziców/opiekunów prawnych o możliwości leczenia finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze wskazaniem, co najmniej 3 jednostek,
- 14) przeprowadzenia anonimowej ankiety satysfakcji (końcowej) wśród rodziców/opiekunów prawnych (załącznik nr 8),
- 15) opracowania anonimowej ankiety satysfakcji (końcowej) wśród rodziców/opiekunów prawnych (załącznik nr 9),
- 16) sporządzania miesięcznych sprawozdań oraz sprawozdania końcowego (załącznik nr 4) oraz wykazu imiennego uczestników (załącznik nr 5), z zastrzeżeniem §5 ust. 6 pkt. 2 i przekazanie ich do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia,
- 17) niezwłocznego informowania Udzielającego zamówienia o każdorazowej zmianie wśród 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,
- 18) niezwłocznego informowania Udzielającego zamówienia o każdorazowej zmianie harmonogramu realizacji umowy (załącznik nr 3),
- 19) zapewnienia wysokiej jakości wszystkich udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych programem,
- 20) informowania Udzielającego zamówienia o niebezpieczeństwie niewykonania całości lub części Programu wraz ze szczegółowym wskazaniem powodów w terminie do 30 dni przed zakończeniem realizacji Programu,
- 21) bieżącej współpracy z Wydziałem Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia.

### §3

1. Uprawnionymi do bezpłatnego korzystania z Programu zdrowotnego są dzieci w wieku 5 lat (rok urodzenia 2019), mieszkańcy Torunia, których rodzice bądź opiekunowie prawni wyrazili pisemną zgodę na udział dziecka w programie. Do udziału w części edukacyjnej Programu uprawnieni 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.

### § 4

Umowa jest zawarta na okres **od dnia podpisania umowy do dnia 30 listopada 2024 r.**

## § 5

1. Z tytułu realizacji Programu objętego niniejszą umową Przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie stanowiące iloczyn cen jednostkowych poszczególnych elementów należności wskazanych w załączniku nr 2 do niniejszej umowy oraz liczby zrealizowanych działań danego rodzaju, w łącznej kwocie nie przekraczającej ..... zł (słownie: .....).
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, z zastrzeżeniem ust. 5 i dostarczona do dnia 5-go następnego miesiąca, przy czym ostatnia nie później niż do dnia 5 grudnia 2024, z zastrzeżeniem ust. 6.
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 załącznik nr 4 do niniejszej umowy.
6. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek przedstawić Udzielającemu zamówienia **łącznie z fakturą za miesiąc listopad 2024:**
  - 1) sprawozdanie końcowe z realizacji Programu stanowiące załącznik nr 4 do umowy – w wersji papierowej,
  - 2) wykaz imienny uczestników Programu w dwóch własnoręcznie podpisanych egzemplarzach, stanowiący załącznik nr 5 do umowy w wersji papierowej oraz w wersji elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym, np. Excel,
  - 3) wypełnione przez rodzica/opiekuna prawnego uczestnika ankiety satysfakcji (załącznik nr 8 do umowy),
  - 4) opracowane rezultaty wypełnionych ankiet satysfakcji według wzoru stanowiącego załącznik nr 9 do umowy.
7. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniach lub opracowaniach, o których mowa w ust. 5 i ust.6. Udzielający zamówienia wstrzyma wypłatę wynagrodzenia do chwili ich usunięcia.
8. 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. Udzielający zamówienie sprawuje kontrolę prawidłowości wykonania Programu przez Przyjmującego zamówienie. Kontrola może być przeprowadzona w toku realizacji Programu oraz po jego zakończeniu w okresie 5 lat od upływu terminu wskazanego w § 4.
2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1 osoby upoważnione przez Udzielającego zamówienia mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonania zadania, oraz żądać udzielenia ustnie lub na piśmie informacji dotyczących wykonania zadania.

3. Przyjmujący zamówienie na żądanie kontrolującego zobowiązuje się dostarczyć lub udostępnić dokumenty lub inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.
4. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez Udzielającego zamówienie zarówno w siedzibie Przyjmującego zamówienie jak i miejscu realizacji Programu.
5. Na wniosek Udzielającego zamówienie, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się udzielić wszelkich dodatkowych informacji i przedłożyć wszystkie dokumenty niezbędne do rozliczenia realizacji umowy.
6. O wynikach kontroli, o której mowa w ust.1 Udzielający zamówienie poinformuje Przyjmującego zamówienie, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaze wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.
7. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 10 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń, o których mowa w ust. 6 do ich wykonania i powiadomienia Udzielającego zamówienie o sposobie ich wykonania.
8. W przypadku stwierdzenia nieprzeprowadzenia przez Przyjmującego zamówienie w ustalonym terminie świadczenia, zgodnym ze szczegółowym harmonogramem realizacji Programu (załącznik nr 3), Udzielający zamówienie może naliczyć Przyjmującemu zamówienie karę umowną w wysokości 0,5 % całkowitej wartości wynagrodzenia z § 5 ust.1 umowy za każde niezrealizowane świadczenie. Maksymalna wartość kar umownych nie może przekroczyć 20 % całkowitej wartości wynagrodzenia z § 5 ust.1.

#### § 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 (niezgodnie z załącznikiem nr 3);
  - 3) udzielanie świadczeń zdrowotnych niezgodnych z załącznikiem nr 2 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 wykonania umowy przez Przyjmującego zamówienie lub wykonanie 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 dokonany 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 umowy odstępuje od umowy z przyczyn spowodowanych przez drugą stronę, stronie odstępującej przysługuje od drugiej strony kara umowna w wysokości 10% określonej w §5 ust.1.
6. Przyjmujący zamówienie zapłaci karę umowną w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania.
7. Niniejsza umowa nie stanowi przeszkody do zawierania przez strony innych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem, że nie będą one jednocześnie finansowane przez NFZ w ramach świadczeń gwarantowanych oraz nie będą kolidowały z realizacją niniejszej umowy.
8. 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 i ust. 2 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.

Udzielający zamówienia

Przyjmujący zamówienie

#### 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 – Oferta realizacji Programu.

Załącznik nr 3 – Harmonogram realizacji Programu.

Załącznik nr 4 – Sprawozdanie miesięczne/roczne.

Załącznik nr 5 – Sprawozdanie - wykaz imienny uczestników Programu.

Załącznik nr 6 – Karta udziału w programie.

Załącznik nr 7 – Oświadczenia rodzica/opiekuna prawnego dziecka.

Załącznik nr 8 – Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego pacjenta.

Załącznik nr 9 – Opracowanie ankiety satysfakcji.

**Oferta realizacji Programu****I. Dane dotyczące oferenta**

Nazwa oferenta	
Adres siedziby /adres do korespondencji/	
Forma organizacyjna	
Dyrektor/ kierownik podmiotu/ <b>Tel. kontaktowy</b>	
Osoby upoważnione do podpisywania zobowiązań finansowych	
Osoba odpowiedzialna za nadzór merytoryczny nad realizacją zamówienia <b>Tel. kontaktowy</b>	
Polisa OC	Okres obowiązywania od.....do..... Suma gwarancyjna.....
NIP	
REGON	
KRS	
Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:	
Nazwa banku, numer konta	
Miejsce realizacji Programu	

**II. Przewidywany okres realizacji zamówienia:**

Od dnia .....2024 r. do dnia 30.11.2024 r.

**III. Liczba odbiorców:**

Liczba dzieci 5-letnich objętych konsultacją wraz z badaniami jest nie większa/ równa<sup>1</sup> liczbie rodziców/opiekunów prawnych którzy skorzystają z edukacji bezpośredniej i wynosi ..... dzieci oraz ..... ich rodziców/opiekunów prawnych.

---

<sup>1</sup> Wybrać właściwe

#### IV. Harmonogram działań w zakresie realizacji Programu:

Rodzaj działania	Termin wykonania (wskazać dzień np.30.11.2024 r.)
1) Opracowanie harmonogramu realizacji Programu	
2) Opracowanie merytoryczne oraz druku materiałów: a) informacyjnych w liczbie ..... szt. plakatów o wymiarach....., b) edukacyjnych dot. wad wzroku, higieny oczu i dbałości o wzrok oraz profilaktyki chorób oczu u dzieci w formie ..... (np. ulotki/broszury) w liczbie ..... szt.	
3) Rozdysponowanie materiałów informacyjnych – plakatów: a) Miejsca ich umieszczenia np. przystanki autobusowe, szkoły (wskazać jakie), itp. ....	
4) Rozdysponowanie ulotek/broszur: a) Miejsca oraz sposób ich rozdysponowania (np. przedszkola, podczas edukacji itp.) ..... Przykładową broszurę załączyć do formularza, zgodnie z cz. VI pkt. 4	
5) Przeprowadzenia akcji informacyjnej dot. szczegółów realizacji Programu: Sposób przeprowadzenia akcji informacyjnej (np. artykuł w prasie itp.): .....	
6) Przygotowanie informacji promującej przedmiotowy program w celu publikacji na miejskiej stronie internetowej, portalach społecznościach oraz na stronach placówek oświatowych, dla których program jest dedykowany	
7) Uruchomienie aktywnej, co najmniej 8 h dziennie, pięć dni w tygodniu z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy infolinii dla mieszkańców Torunia– wskazać termin, w którym zostanie uruchomiona infolinia	Do dnia.....
8) Przeprowadzenia naboru i rejestracji uczestników Programu (weryfikacja kryterium wieku oraz zamieszkania) wraz z wyznaczeniem terminu świadczenia	
9) Wykonanie świadczeń medycznych wśród dzieci 5-letnich: – badanie ostrości wzroku (do dali i do bliży), – badanie dna oka oraz refrakcji, – badanie wady refrakcji refraktometrem, – badanie ruchomości gałek ocznych.	
10) Przeprowadzenie rozmowy edukacyjnej dotyczącej wad wzroku, higieny oczu i dbałości o wzrok oraz profilaktyki chorób oczu, tzw. edukacja bezpośrednia z rodzicami/opiekunami prawnymi beneficjentów. Informację, jaką otrzymają rodzice/opiekunowie prawni wpisać w cz. VI pkt. 2	
11) Przeprowadzenie anonimowej ankiety satysfakcji	
12) Opracowanie anonimowej ankiety satysfakcji	
13) Inne .....	

#### V. Informacje o posiadanych zasobach rzeczowych oraz zasobie kadrowym i kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób.

##### 1. Informacje o posiadanych zasobach rzeczowych niezbędnych do realizacji Programu:

- .....
- .....
- .....

2. Informacje o zasobach kadrowych oraz kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania, w tym personelu przeprowadzającego edukację bezpośrednią (z wpisaniem edukacji w kolumnie 6).

Lp.	Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba zatrudniona jest u oferenta	Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych, specjalizacja – <u>zał. ksero dokumentu/</u>	Nr statystyczny uprawnień, nr prawa wykonywania zawodu	Zakres obowiązków powierzonych do realizacji zadania
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
LEKARZE					
PIELĘGNIARKI					
INNE.....					

#### VI. Elementy edukacji

1. Informacja, jaką otrzymają rodzice podczas edukacji bezpośredniej:

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

2. Dołączyć projekt ulotki/broszury (**obowiązkowo**)



## VII. Dostępność do świadczeń medycznych objętych programem

<b>Wypełnia realizator</b>		
Realizator zapewnia możliwość rejestracji telefonicznej oraz w punkcie, w którym będzie realizowany Program (obowiązkowe).		TAK
Realizator zapewnia dodatkowe formy rejestracji: (Jakie?).....		..... Wpisać TAK lub NIE
Lokalizacje:	Program realizowany w 1 lokalizacji	..... Wpisać TAK lub NIE
	Program realizowany w 2 lokalizacjach	..... Wpisać TAK lub NIE
	Program realizowany w więcej niż 2 lokalizacjach	..... Wpisać TAK lub NIE
Dni i godziny realizacji Programu		Poniedziałek od..... do ..... Wtorek od..... do ..... Środa od..... do ..... Czwartek od..... do ..... Piątek od..... do ..... Sobota od..... do .....
Realizator będzie prowadził listę rezerwową oczekujących na udział w Programie		..... Wpisać TAK lub NIE
Dostępność dla osób z niepełnosprawnościami (jeśli TAK wpisać jakie): .....		..... Wpisać TAK lub NIE

## VIII. Kalkulacja kosztów zamówienia

Proponowany koszt realizacji Programu (w pełnych złotych) wraz z kalkulacją elementów należności.

<b>Nazwa i adres placówki, w której realizowany będzie program:</b>			
<b>Elementy należności</b>	<b>Cena jednostkowa w złotych</b>	<b>Proponowana ilość</b>	<b>Iloczyn ceny i ilości świadczeń</b>
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			
<b>Suma:</b>			

IX. Wysokość wnioskowanych środków niezbędnych do realizacji Programu wynosi: ..... zł  
(słownie:.....)

**X. Informacja o wysokości współfinansowania realizacji zadania:**

.....

**XI. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę w zakresie obejmującym działania z zakresu okulistyki dziecięcej, w ciągu ostatnich trzech lat:**

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

*Oświadczam, że:*

- 1) Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia oraz warunkami dotyczącymi przedmiotu konkursu ofert;
- 2) Spełniam wymagania określone dla podmiotów leczniczych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej;
- 3) Będę realizował/a program bez udziału podwykonawców;
- 4) Nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego;
- 5) W stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych w okresie 3 lat przed ogłoszeniem konkursu;
- 6) Nie byłem/am karany/a zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłem/am karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 7) Podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym;
- 8) Kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł;
- 9) Jestem upoważniony/a do reprezentacji podmiotu składającego ofertę;
- 10) Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia.

.....

Miejscowość, data

.....

podpis i pieczęć osoby upoważnionej

Załączniki do formularza:

..... szt.

1. ....
2. ....
3. ....

**Harmonogram realizacji Programu 1/TOD/2024**

l.p.	Data interwencji	Rodzaj interwencji (badania/edukacja)	Godziny przeprowadzania interwencji	Dokładny adres przeprowadzania interwencji	Liczba osób biorących udział w interwencji
1					
2					
3					
4					
5					
6					
...					

.....

*(miejsowość, data)*

.....

*(pieczęć i podpis Realizatora)*

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 2024 pn. *Toruń ma oko na dzieciaki*

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych przez składającego sprawozdanie działań za okres sprawozdawczy od ..... do .....	Adresat: Gmina Miasta Toruń
		Sprawozdanie należy przekazać łącznie z fakturą

## 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				

## I. Powody rezygnacji z udziału w programie (wymienić wszystkie):

.....  
 .....

## II. Analiza badań przesiewowych

Rodzaj wady	Krótki opis wady	Liczba osób	Liczba osób ze wskazaniem dalszej diagnostyki w ramach NFZ

.....  
 (miejsowość, data)

.....  
 (pieczęć i podpis sprawozdawcy)

Sprawozdanie- wykaz imienny uczestników Programu „Toruń ma oko na dzieciaki” w roku 2024

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



## Karta udziału w programie „Toruń ma oko na dzieciaki” w roku 2024

### Część A

#### I. Dane uczestnika Programu:

Nazwisko		Data urodzenia	Miejsce zamieszkania
Imię		..... / ..... / .....	
Nr PESEL*		(dzień/miesiąc/rok)	

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

#### II. Zgoda na udział w programie

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na udział 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

#### III. Potwierdzenie rezygnacji z udziału w programie w trakcie jego trwania

Przyczyna rezygnacji	Data i podpis



## Oświadczenia rodzica/opiekuna prawnego uczestniczącego w programie „Toruń ma oko na dzieciaki” w roku 2024

Dane uczestnika Programu:

Nazwisko		Data urodzenia	Miejsce zamieszkania
Imię		..... / ..... / .....	
Nr PESEL*		(dzień/miesiąc/rok)	

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

**W celu uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń przez NFZ, oświadczam, że:**

- 1. uczestnik Programu nie ma wykrytej wady wzroku,**
- 2. uczestnik Programu nie korzysta ze świadczeń okulistycznych w tym samym dniu w ramach świadczeń gwarantowanych u tego samego świadczeniodawcy.**

**Ponadto wyrażam zgodę na weryfikację świadczeń z danymi znajdującymi się w zasobach NFZ.**

.....  
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)





MIASTO TORUŃ

### **Ankieta satysfakcji rodzica/ opiekuna prawnego pacjenta „Toruń ma oko na dzieciaki”- 2024 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:**  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!

**Opracowanie ankiety satysfakcji z realizacji Programu  
„Toruń ma oko na dzieciaki”- 2024 r\*.**

**Płeć:**  kobieta  mężczyzna

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

**Wykształcenie:**  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? /wymienić/**

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis sprawozdawcy)

---

\* uzupełnić szare pola w oparciu o uzupełnione ankiety satysfakcji