

Umowa nr 2/PTP/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 2024 r. poz. 146) 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 profilaktyki i leczenia wad postawy mieszkańców Torunia pn. „Postawa to podstawa”- Moduł II, 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. Oferta realizacji Programu stanowi załącznik do niniejszej umowy (załącznik nr 2), jest integralną częścią umowy w ustalonym końcowym brzmieniu.
4. W ramach realizacji Programu Przyjmujący zamówienie obejmie nieodpłatnymi dla pacjentów świadczeniami 120 osób dorosłych, mieszkańców Torunia, aktywnych zawodowo i wykona pozostałe obowiązki wskazane w § 2 oraz załączniku nr 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 finansowana jest ze środków budżetowych: wydatki Gmina, zadanie własne w ramach wydatków bieżących, Dział 851 Rozdział 85149 zad. „Postawa to podstawa – b. państwa” § 4280, zad. „Postawa to podstawa – 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 załączoną ofertą realizacji Programu 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) pozyskania oświadczenia, że osoba jest aktywna zawodowo (załącznik nr 4) i wyraża chęć udziału w Programie,
- 10) przeprowadzenia badań diagnostycznych uczestnika przez osobę uprawnioną do ich wykonania, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa:
 - a. indywidualna porada rehabilitacyjna - 120 świadczeń,
 - b. laseroterapia- max. 600 świadczeń,
 - c. ultradźwięki- max. 600 świadczeń,
 - d. lampa sollux – max. 600 świadczeń,
 - e. elektroterapia- max. 550 świadczeń,
 - f. ćwiczenia na odciążeniu- max. 500 świadczeń,
 - g. metoda PNF- max. 350 świadczeń,
 - h. masaż odcinkowy kręgosłupa- max. 500 świadczeń,
 - i. masaż leczniczy kręgosłupa- max. 80 świadczeń,
 - j. masaż całego ciała- max. 90 świadczeń,
 - k. kinesiologia Typing – max. 70 świadczeń,z zastrzeżeniem, że względem jednej osoby zostaną wykonane nie więcej niż 2 cykle ww. świadczeń,
- 11) przeprowadzenia rozmowy edukacyjnej podczas realizacji ww. świadczeń na temat:
 - a. korekty istniejących zaburzeń statyki ciała i doprowadzenie, o ile to możliwe, do stanu prawidłowego,
 - b. nauki przyjmowania i utrzymania prawidłowej postawy ciała,
 - c. zapobieganie progresji wad postawy,
 - d. poprawy ogólnej sprawności ruchowej,
 - e. zmniejszenia dolegliwości bólowych pleców, karku, szyi, kręgosłupa, głowy,
 - f. mobilizacji stawów i uwalniania krótkich, napiętych mięśni i tkanek miękkich,
 - g. wzmocnienia dłuższych i słabszych mięśni dla wyrównania prawidłowego skorygowania postawy ciała;
- 12) prowadzenia stosownej dokumentacji medycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
- 13) przeprowadzenia anonimowej ankiety ewaluacyjnej wśród beneficjentów Modułu II Programu (załącznik nr 5);
- 14) opracowania wyników anonimowych ankiet ewaluacyjnych przeprowadzonych wśród beneficjentów Modułu II Programu;
- 15) sporządzania miesięcznych sprawozdań (załącznik nr 6), sprawozdania końcowego (załącznik nr 7) oraz wykazu imiennego uczestników (załącznik nr 8) i przekazania ich do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia we wskazanym w umowie terminie,
- 16) określenia wskaźników efektu wśród zbadanych dzieci znajdujących się w sprawozdaniu końcowym (załącznik nr 7),
- 17) sporządzenia oceny efektywności Programu ocenionej podczas badania kontrolnego sprawdzającego, w zależności od wyniku badania przesiewowego, znajdującej się w sprawozdaniu końcowym (załącznik nr 7),
- 18) 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,
- 19) niezwłocznego informowania Udzielającego zamówienia o każdorazowej zmianie harmonogramu realizacji umowy (załącznik nr 3),
- 20) zapewnienia wysokiej jakości wszystkich udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych programem,
- 21) informowania Udzielającego zamówienia o niebezpieczeństwie niewykonania całości lub części Programu wraz ze szczegółowym wskazaniem powodów w terminie do 30 dni przed zakończeniem realizacji Programu,
- 22) bieżącej współpracy z Wydziałem Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia.

§3

1. Uprawnionymi do bezpłatnego korzystania z Programu zdrowotnego są osoby dorosłe, będące mieszkańcami Torunia, które przedstawiły zaświadczenie od lekarza POZ o schorzeniach kręgosłupa lub posiadają skierowanie na wykonywany w ramach Programu zabieg fizjoterapeutyczny oraz przedstawiły pisemne zaświadczenie, że są osobami aktywnymi zawodowo.

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 r.**, 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 6 do niniejszej umowy.
6. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek przedstawić Udzielającemu zamówienia **łącznie z fakturą za miesiąc listopad 2024:**
 - 1) sprawozdanie miesięczne – merytoryczne i finansowe za miesiąc listopad 2024 r.- w wersji papierowej,
 - 2) sprawozdanie końcowe z realizacji Programu wraz z oceną efektywności stanowiące załącznik nr 7 do umowy – w wersji papierowej,
 - 3) wykaz imienny uczestników Programu stanowiący załącznik nr 8 do umowy- w wersji papierowej w dwóch własnoręcznie podpisanych egzemplarzach oraz w wersji elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym, np. Excel,
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 zamówienie 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 w 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 przekaże 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 2 i 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 profilaktyki i leczenia wad postawy mieszkańców Torunia pn. „Postawa to podstawa”.

Załącznik nr 2 – Oferta realizacji Programu.

Załącznik nr 3 – Harmonogram realizacji Programu.

Załącznik nr 4 – Oświadczenia o aktywności zawodowej.

Załącznik nr 5 – Ankieta.

Załącznik nr 6 – Sprawozdanie miesięczne- merytoryczne i finansowe

Załącznik nr 7 – Sprawozdanie końcowe z realizacji Programu wraz z oceną efektywności.

Załącznik nr 8 – Sprawozdanie- wykaz imienny uczestników Programu.

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

Nazwa oferenta	
Adres siedziby /adres do korespondencji/	
Forma organizacyjna	
Dyrektor/ kierownik podmiotu/ Tel. kontaktowy	
Osoby upoważnione do podpisywania zobowiązań finansowych	
Osoba odpowiedzialna za nadzór merytoryczny nad realizacją zamówienia Tel. kontaktowy	
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:

Realizacja świadczeń od dnia2024 r. do dnia2024 r.

III. 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) informacyjnych w licznie szt. ulotek*/broszur* (nieobowiązkowe)	
3) Rozdysponowanie materiałów informacyjnych – plakatów: a) Miejsca ich umieszczenia np. przystanki autobusowe, szkoły (wskazać jakie), itp.	
4) Rozdysponowanie ulotek/broszur (wskazać w przypadku uzupełnienia pkt. 2 b)) a) Miejsca oraz sposób ich rozdysponowania (np. przedszkola, podczas edukacji itp.)	
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) Przeprowadzenie naboru i rejestracji uczestników Programu (weryfikacja kryterium wieku oraz zamieszkania) wraz z wyznaczeniem terminu świadczenia	
9) Przeprowadzenie badań diagnostycznych uczestników: – indywidualna porada rehabilitacyjna - 120 świadczeń, – laseroterapia- max. 600 świadczeń, – ultradźwięki- max. 600 świadczeń, – lampa sollux – max. 600 świadczeń, – elektroterapia- max. 550 świadczeń, – ćwiczenia na odciążeniu- max. 500 świadczeń, – metoda PNF- max. 350 świadczeń, – masaż odcinkowy kręgosłupa- max. 500 świadczeń, – masaż leczniczy kręgosłupa- max. 80 świadczeń, – masaż całego ciała- max. 90 świadczeń, – kinesiologia Typing – max. 70 świadczeń.	
10) Przeprowadzenie rozmowy edukacyjnej podczas realizacji ww. świadczeń na temat: – korekty istniejących zaburzeń statyki ciała i doprowadzenie, o ile to możliwe, do stanu prawidłowego, – nauki przyjmowania i utrzymania prawidłowej postawy ciała, – zapobieganie progresji wad postawy, – poprawy ogólnej sprawności ruchowej, – zmniejszenia dolegliwości bólowych pleców, karku, szyi, kręgosłupa, głowy, – mobilizacji stawów i uwalniania krótkich, napiętych mięśni i tkanek miękkich, – wzmocnienia dłuższych i słabszych mięśni dla wyrównania prawidłowego skorygowania postawy ciała	
11) Przeprowadzenie anonimowej ankiety ewaluacyjnej	
12) Opracowanie anonimowej ankiety ewaluacyjnej	
13) Określenie wskaźników efektu oraz oceny efektywności Programu	
14) Inne	

IV. 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 w miejscu udzielania świadczeń:
 -
 -
 -
2. Informacje o zasobach kadrowych oraz kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania, w tym personelu przeprowadzającego edukację bezpośrednią (z uwzględnieniem działań edukacyjnych w kolumnie 6):

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

V. Dostępność do świadczeń medycznych objętych Programem:

Wypełnia realizator		
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: Toruń, ul. Wpisać TAK lub NIE
	Program realizowany w 2 lokalizacjach: Toruń, ul. Wpisać TAK lub NIE
	Program realizowany w więcej niż 2 lokalizacjach: Toruń, ul. 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

VI. Kalkulacja kosztów zamówienia.

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

<i>Wypełnia realizator</i>				
Elementy Programu	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy w złotych	Liczba odbiorców	Kwota całkowita w złotych
Indywidualna porada rehabilitacyjna				
Laseroterapia				
Ultradźwięki				
Lampa sollux				
Elektroterapia				
Ćwiczenia na odciążeniu				
Metoda PNF				
Masaż odcinkowy kręgosłupa				
Masaż leczniczy kręgosłupa				
Masaż całego ciała				
Kinesiology Taping				
Suma:				

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

VIII. Informacja o wysokości współfinansowania realizacji zadania:

.....

IX. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę w zakresie obejmującym działania z zakresu fizjoterapii, 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 świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia;
- 10) Jestem upoważniony/a do reprezentacji podmiotu składającego ofertę.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej

Załączniki do formularza:

..... szt.

1.
2.
3.

Harmonogram realizacji Programu „Postawa to Podstawa” – Moduł II

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					
...					

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć i podpis Realizatora)



Oświadczenie uczestnika

Ja, niżej podpisany oświadczam, że jestem osobą aktywną zawodowo i wyrażam chęć udziału w programie profilaktyki i leczenia wad postawy mieszkańców Torunia pn. „Postawa to podstawa” - Moduł II

.....
Data

.....
Imię i nazwisko

W celu uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń przez NFZ, oświadczam, że uczestnik Programu nie korzysta ze świadczeń rehabilitacji leczniczej 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

.....
Imię i nazwisko

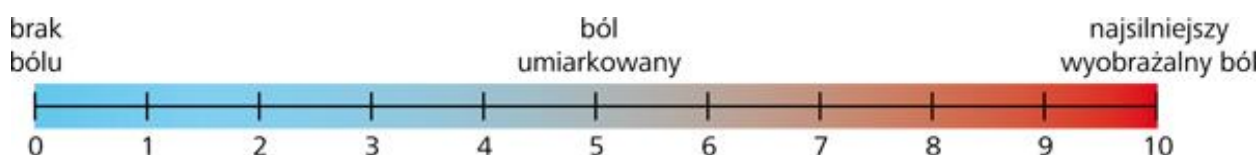


Ankieta ewaluacyjna jednokrotnego wyboru uczestników biorących udział w 2024 r. w Programie profilaktyki i leczenia wad postawy pt. „Postawa to podstawa” - II moduł

Ankieta skierowana jest do osób aktywnych zawodowo, borykających się z dolegliwościami ze strony kręgosłupa- uczestników programu pn. „Postawa to podstawa”. Badania są anonimowe.

Proszę o zakreślenie krzyżykiem wybranej jednej odpowiedzi.

1. Jak ocenia Pan/Pani swoje dolegliwości bólowe w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 maksymalny, możliwy do wyobrażenia (proszę o zaznaczenie na wykresie poniżej)

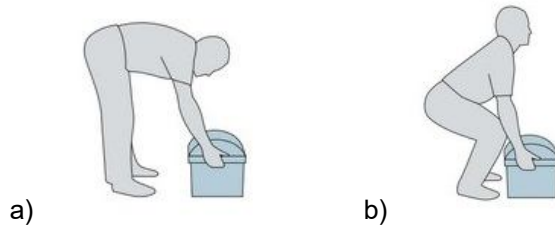


2. Jak dolegliwości bólowe wpływają na wykonywanie przez Pana/ią czynności dnia codziennego:
- a) Nie odczuwam bólu kręgosłupa
 - b) Codzienne czynności nie nasilają bólu, jestem całkowicie samodzielny/a
 - c) Odczuwam ból podczas codziennych czynności, wykonuję je wolniej i ostrożniej
 - d) Odczuwam ból podczas codziennych czynności i potrzebuję pomocy
3. Czy posiada Pan/Pani wiedzę na temat prawidłowej pozycji ciała podczas pracy biurowej tj. by nie przeciążać kręgosłupa?
- a) Tak
 - b) Nie
4. W skali od 0-5 jak ocenia Pan/Pani swoją wydolność fizyczną?
- 0 - bardzo słaba
 - 1 - słaba
 - 2 - umiarkowana
 - 3 - przeciętna
 - 4 - dobra
 - 5- bardzo dobra

5. Czy podczas wykonywania codziennych czynności zarówno w życiu osobistym jak i zawodowym stara się Pan/i dbać o to, aby sylwetka była wyprostowana?

- a) Tak
- b) Nie

6. Które przedstawiona poniżej pozycja jest prawidłowa? :



7. Jak często stosuje Pan/Pani środki przeciwbólowe?

- a) Rzadko
- b) Często
- c) Nigdy

8. W jaki sposób spędza Pan/i najczęściej czas wolny?

- a) Aktywnie (spacer, bieganie, pływanie, uprawianie sportu, siłownia)
- b) Biernie (przed TV, komputerem)

9. Jak często pojawiają się w Pana/i życiu sytuacje stresowe?

- a) Rzadko
- b) Często
- c) Nigdy

Sprawozdanie miesięczne - merytoryczne i finansowe

Z realizacji programu profilaktyki i leczenia wad postawy mieszkańców Torunia
pn. „Postawa to podstawa” - Moduł II
za okres od.....do.....2024 r. **do faktury nrz dnia2024 r.**

Część I- sprawozdanie finansowe

Elementy Programu	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy w złotych	Liczba odbiorców	Kwota całkowita w złotych
Indywidualna porada rehabilitacyjna				
Laseroterapia				
Ultradźwięki				
Lampa sollux				
Elektroterapia				
Ćwiczenia na odciążeniu				
Metoda PNF				
Masaż odcinkowy kręgosłupa				
Masaż leczniczy kręgosłupa				
Masaż całego ciała				
Kinesiology Taping				
Suma:				

Część II – Sprawozdanie merytoryczne

I.p.	Nazwa	Odpowiedź
1.	Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w Programie w okresie rozliczeniowym	
2.	Sposób i miejsce przeprowadzenia akcji informacyjnej dot. szczegółów realizacji Programu	
3.	Uwagi dotyczące realizacji programu	

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej

Sprawozdanie końcowe
Z realizacji w 2024 r. Programu profilaktyki i leczenia wad postawy mieszkańców Torunia
pn. „Postawa to podstawa” - Moduł II

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie za okres od do	Adresat: Gmina Miasta Toruń
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie do 5 grudnia 2024 r.

Część I- sprawozdanie finansowe

Elementy Programu	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy w złotych	Liczba odbiorców	Kwota całkowita w złotych
Indywidualna porada rehabilitacyjna				
Laseroterapia				
Ultradźwięki				
Lampa sollux				
Elektroterapia				
Ćwiczenia na odciążeniu				
Metoda PNF				
Masaż odcinkowy kręgosłupa				
Masaż leczniczy kręgosłupa				
Masaż całego ciała				
Kinesiology Taping				
Suma:				

Część II – sprawozdanie merytoryczne

I.p.	Nazwa	Odpowiedź
1.	Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w Programie w okresie rozliczeniowym	
2.	Sposób i miejsce przeprowadzenia akcji informacyjnej dot. szczegółów realizacji Programu	
3.	Uwagi dotyczące realizacji programu	

Lp.	Odbiorcy	Liczba osób	Miejsce przeprowadzenia ankiety początkowej/końcowej
1.			

Lp.	Nazwa wskaźnika	Osiągnięty efekt
1	liczba osób zakwalifikowanych do Programu	
2	określenie rodzaju wady postawy i liczby osób z poszczególnymi wadami	
3	liczba osób, które ukończyły cykl zabiegów	
4	liczba osób, u których nastąpiła poprawa postawy ciała po ukończonych zabiegach	
5	liczba osób zakwalifikowanych do dalszego postępowania medycznego– po ponownym zbadaniu	
8	Opracowanie ankiety	(załącznik do sprawozdania)

.....

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej

Sprawozdanie- wykaz imienny uczestników Programu „Postawa to Podstawa” 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

