

**Uchwała Nr ...../2020  
Zarządu Powiatu w Olecku  
dnia 27 lutego 2020 r.**

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora w 2020 r. „ Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022 ”, w tym wykonania szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu - dla 219 osób zamieszkałych na terenie powiatu oleckiego.**

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2, art. 32 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2019 r., poz. 511 z późn. zm.), art. 8 pkt 1, art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), w związku z uchwałą Nr XLI/242/2018 Rady Powiatu w Olecku z dnia 28 czerwca 2018 r. w sprawie uchwalenia „ Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022 ”, Zarząd Powiatu w Olecku uchwala, co następuje:

**§ 1**

1. Ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora „ Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022 ”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla **219 osób**, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Kowale Oleckie, Świątajno, Wieliczki).
2. Ogłoszenie umieszcza się w Biuletynie Informacji Publicznej <http://www.spolecko.bip.doc.pl/> i na stronie powiatowej <http://www.powiat.olecko.pl/> oraz na tablicy ogłoszeń Starostwa Powiatowego w Olecku.

**§ 2**

Powołuje się komisję konkursową w składzie:

- 1) Przewodniczący – Sylwia Syperowicz
- 2) Członek – Karina Bielawska
- 3) Członek – Sławomir Szwędrys.

**§ 3**

Zarząd Powiatu w Olecku ustala:

1. Ogłoszenie konkursu ofert w brzmieniu załącznika Nr 1 do uchwały.
2. Formularz ofertowy w brzmieniu załącznika Nr 2 do uchwały.
3. Projekt umowy w sprawie realizacji w 2020 r. „ Programu polityki zdrowotnej



w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022 ”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla **219 osób**, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Kowale Oleckie, Świętajno, Wieliczki), w brzmieniu załącznika Nr 3 do uchwały.

4. Regulamin pracy komisji konkursowej, który stanowi załącznik Nr 4 do niniejszej uchwały.

#### § 4

Wykonanie uchwały powierza się Wydziałowi Organizacyjnemu Starostwa Powiatowego w Olecku.

#### § 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

#### Członkowie Zarządu Powiatu:

1. Marek Dobrzyń
2. Karol Czerwiński

**Starosta Olecki**

**Marian Świerszcz**

Sporządziła: H. Kasicka, 24-02-2020 r.

**RADCA PRAWNY**  
  
**Sławomir Mitros**



## OGŁOSZENIE KONKURSU OFERT

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2, art. 32 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2019 r., poz. 511 z późn. zm.), art. 8 pkt 1, art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), w związku z uchwałą Nr XLI/242/2018 Rady Powiatu w Olecku z dnia 28 czerwca 2018 r. w sprawie uchwalenia „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”,

### Zarząd Powiatu w Olecku

**ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla 219 osób, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Kowale Oleckie, Świętajno, Wieliczki).**

### Podmioty uprawnione do złożenia oferty

Udział w konkursie mogą brać podmioty lecznicze w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.), dysponujące personelem i zapleczem medycznym, zgodnym z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

### Informacje o przedmiocie konkursu

1. Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla **219** osób, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Kowale Oleckie, Świętajno, Wieliczki).
2. W ramach programu realizator przeprowadzi szczepienia profilaktyczne przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla **219** osób, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Kowale Oleckie, Świętajno, Wieliczki).  
Szacunkowa liczba osób ogółem wynosi - **219**, w tym zamieszkałych na terenie Gminy: Kowale Oleckie – **84**, Świętajno – **64**, Wieliczki - **71**.
3. Podanie pierwszej dawki szczepionki powinno zostać wykonane w terminie od **4 maja 2020 r. do 15 maja 2020 r.**, a w wyjątkowych uzasadnionych przypadkach w terminie późniejszym, uzgodnionym z zamawiającym.
4. Przeprowadzenie szczepień profilaktycznych (w trydadawkowym schemacie podania) obejmuje:

- uzyskanie pisemnej zgody od osoby dorosłej na wykonanie cyklu szczepień, a w przypadku osoby niepełnoletniej uzyskanie pisemnej zgody od rodzica lub opiekuna prawnego dziecka na wykonanie cyklu szczepień,
  - badanie lekarskie i kwalifikacje do szczepienia,
  - wykonanie szczepień,
  - potwierdzenie na piśmie zaszczepienia.
5. Realizator dokona zakupu szczepionki we własnym zakresie. Szczepionka powinna być dopuszczona do obrotu i stosowana na terenie Polski na podstawie wpisu do rejestru środków farmaceutycznych i materiałów medycznych.
  6. Realizator będzie dążył do zwiększenia dostępności do proponowanych w ramach programu działań profilaktycznych poprzez organizowanie szczepień możliwie jak najbliżej miejsca zamieszkania osób objętych programem.
  7. Realizator zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną oraz sprawozdawczość statystyczną związaną z realizacją zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i według potrzeb zamawiającego.
  8. Realizator zutylizuje materiały i sprzęt medyczny na swój koszt, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

### **Zasady przygotowania oferty**

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o konkursie.
2. Ofertę na realizację zadania należy przesłać lub złożyć w **Starostwie Powiatowym w Olecku, ul. Kolejowa 32, 19-400 Olecko**, na formularzu ofertowym stanowiącym załącznik do ogłoszenia o konkursie.
3. Oferta winna być sporządzona pod rygorem nieważności w języku polskim w sposób przejrzysty i czytelny.
4. **Każdą stronę oferty wraz z załącznikami podpisuje (parafuje) osoba (osoby) uprawniona(-e) do reprezentowania oferenta lub posiadająca(-e) pełnomocnictwo(-a).**

### **Informacja o wymaganych dokumentach**

1. W celu uznania ważności oferty oferent zobowiązany jest przedłożyć następujące dokumenty:
  - 1) ofertę na formularzu zgodnym z wzorem określonym w załączniku do ogłoszenia o konkursie;
  - 2) kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji - odpis musi być zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, niezależnie od tego, kiedy został wydany;
  - 3) kopię aktualnego wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w dziale IV ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.) - wypis musi być zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, niezależnie od tego, kiedy został wydany;
  - 4) kopię polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych z minimalną sumą gwarancyjną, określoną odpowiednimi przepisami;
  - 5) dokumentację dotyczącą szczepionki - charakterystykę produktu leczniczego;
  - 6) inne dokumenty i oświadczenia oraz informacje mogące mieć zdaniem oferenta wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty.
2. Dokumenty, o których mowa wyżej oferent przedkłada w oryginale lub kserokopii

- poświadczonej za zgodność z oryginałem (dotyczy każdej strony dokumentu).
3. Zamawiający może zażądać przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu, gdy kserokopia jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości, a zamawiający nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.
  4. Zamawiający ma prawo przeprowadzenia kontroli w celu potwierdzenia wiarygodności i prawdziwości danych zawartych w ofercie.

### **Miejsce, w którym można zapoznać się z dokumentacją konkursową**

1. Dokumentacja konkursowa, w tym formularz oferty, dostępna jest w Biuletynie Informacji Publicznej <http://www.spolecko.bip.doc.pl/> i na stronie <http://www.powiat.olecko.pl/> oraz na tablicy ogłoszeń Starostwa Powiatowego w Olecku.
2. Dodatkowe informacje dotyczące przedmiotu konkursu można uzyskać od poniedziałku do piątku w godz.: 7:30-15:30 w Wydziale Organizacyjnym Starostwa Powiatowego w Olecku przy ul. Kolejowej 32 (parter, pokój nr 3, tel. 87 739 45 60).

### **Termin i miejsce składania ofert**

1. Oferty wraz z wymaganymi załącznikami pod rygorem odrzucenia należy składać w terminie do dnia **16 marca 2020 r. do godz. 8.00** w zamkniętej kopercie opatrzonej adresem oferenta (pieczęć oferenta) z dopiskiem:

***Konkurs ofert na wybór realizatora „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla 219 osób, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Kowale Oleckie, Świętajno, Wieliczki).***

- w kancelarii Starostwa Powiatowego w Olecku, ul. Kolejowa 32, 19-400 Olecko (II piętro, pok. nr 22).

2. Oferta przesłana Poczta Polska lub pocztą kurierską będzie traktowana jako złożona w terminie, jeżeli zostanie dostarczona do siedziby ogłaszającego konkurs do dnia **16 marca 2020 r. do godz. 8.00**.

### **Termin związania ofertą**

Oferent związany jest ofertą 30 dni od upływu terminu składania ofert.

### **Tryb i kryteria stosowane przy wyborze ofert**

1. Oferty, które wpłyną po terminie składania ofert będą odrzucone bez otwarcia.
2. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Zarząd Powiatu w Olecku powołuje komisję konkursową oraz określa regulamin jej pracy.
3. Część jawna konkursu ofert odbędzie się **16 marca 2020 roku o godz. 9.15 w sali nr 3 Starostwa Powiatowego w Olecku przy ul. Kolejowej 32.**
4. W części jawnej komisja konkursowa w obecności oferentów po stwierdzeniu

- prawidłowości zarejestrowania ofert otwiera koperty w kolejności ich rejestracji.
5. Komisja konkursowa w części jawnej przekaze obecnym następujące informacje:
    - nazwę i adres oferenta,
    - koszt objęcia jednej osoby programem polityki zdrowotnej,
    - dostępność do proponowanych w ramach programu działań profilaktycznych.
  6. Komisja wybierze ofertę najkorzystniejszą. Oceniając weźmie pod uwagę w szczególności:
    - 1) koszt objęcia jednej osoby programem zdrowotnym;
    - 2) dostępność do proponowanych w ramach programu działań profilaktycznych.

### **Rozstrzygnięcie konkursu**

1. Rozstrzygnięcia konkursu dokona Zarząd Powiatu w Olecku na podstawie wniosku komisji konkursowej.
2. Po zakończeniu procedury konkursowej Zarząd Powiatu w Olecku niezwłocznie zawiadomi na piśmie oferentów o zakończeniu konkursu i jego wynikach oraz zamieści informację w Biuletynie Informacji Publicznej <http://www.spolecko.bip.doc.pl/> i na stronie powiatowej <http://www.powiat.olecko.pl/> oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Starostwa Powiatowego w Olecku.

### **Postanowienia końcowe**

Zarząd Powiatu w Olecku zastrzega sobie prawo do negocjowania warunków i kosztów realizacji programu, odwołania konkursu w części lub w całości bez podania przyczyn oraz do przesunięcia terminu składania ofert.



.....  
(pieczęć oferenta)

.....  
(miejsowość i data)

### FORMULARZ OFERTOWY

realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla 219 osób, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Kowale Oleckie, Świętajno, Wieliczki).

1. Oferent (pełna nazwa):

.....  
.....

2. Dokładny adres (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu, adres e-mail oferenta

.....  
.....  
..... tel.: .....  
fax: .....  
e-mail..... http:// .....

3. NIP - .....

4. REGON - .....

5. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (np. z KRS, potwierdzające zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – wymieniść (i załączyć):

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

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta - .....

7. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w imieniu oferenta: .....

.....

.....  
8. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego):.....  
.....

9. Nazwisko i imię osoby (osób) odpowiedzialnej(-nych) za realizację programu:.....  
.....

10. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

11. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu, w tym szczegółowy harmonogram szczepień:.....  
.....  
.....  
.....

12. Informacje o szczepionce, w tym: nazwa, zgodność techniczna szczepionki warunkująca dopuszczenie do obrotu i stosowania na terenie Polski, jej skuteczność i zakres działania  
.....  
.....  
.....  
.....

13. Świadczenia zdrowotne będą udzielane w warunkach (dotyczy: aparatury, sprzętu medycznego, środka transportu i łączności) zgodnych z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

Poniżej przedstawiam wykaz tych miejsc, w których będą udzielane świadczenia mieszkańcom powiatu oleckiego:

<b>Świadczenia udzielane mieszkańcom:</b>	<b>Dokładny adres udzielanego świadczenia w ramach programu</b>
1. Gminy Kowale Oleckie	.....
2. Gminy Świątajno	.....
3. Gmina Wieliczki	.....

14. Świadczenia zdrowotne będzie wykonywał personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

Poniżej przedstawiam wykaz personelu medycznego, który będzie realizował program.

Nazwa personelu medycznego	Liczba personelu medycznego, posiadającego prawo wykonywania zawodu	Liczba personelu medycznego, posiadającego zaświadczenia uprawniające do wykonywania szczepień
1. Lekarz rodzinny	.....	.....
2. Pediatria	.....	.....
3. Pielęgniarka	.....	.....
4. ....	.....	.....

15. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji przedmiotu zamówienia:

1.	Cena zakupu jednej dawki szczepionki	.....zł (brutto)
2.	Cena usługi za podanie jednej dawki szczepionki, w tym kosztu badania lekarskiego, podania szczepionki, sporządzenia dokumentacji medycznej, prowadzenia rejestru świadczeń wykonanych w ramach programu zdrowotnego	.....zł (brutto)
3.	Ogólny koszt szczepienia jednej osoby (trzy dawki szczepionki* + ogólny koszt usługi)	.....zł (brutto)
4.	Całkowity koszt szczepienia <b>219</b> osób (liczba osób do zaszczepienia x ogólny koszt szczepienia jednej osoby).	.....zł (brutto)

\* dotyczy szczepionki w trydawkowym schemacie podania

#### Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Zarządu Powiatu w Olecku o prowadzonym postępowaniu konkursowym na wybór realizatora w związku z uchwałą Nr XLI/242/2018 Rady Powiatu w Olecku z dnia 28 czerwca 2018 r. w sprawie uchwalenia „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Przez cały okres realizacji programu na zlecenie zamawiającego, zobowiązuje się do:
  - 1) zapewnienia przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach;
  - 2) zabezpieczenia dostępu do sprzętu i aparatury medycznej, niezbędnych

do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;

- 3) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- 4) posiadania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych z minimalną sumą gwarancyjną, określoną odpowiednimi przepisami.

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
lub podpisy i pieczęć osób upoważnionych  
do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta

### **Załączniki:**

1. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji (odpis zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, niezależnie od tego, kiedy został wydany).
2. Kopia aktualnego wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w dziale IV ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.) - wypis zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, niezależnie od tego, kiedy został wydany.
3. Kopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych z minimalną sumą gwarancyjną, określoną odpowiednimi przepisami.
4. Dokumentacja dotycząca szczepionki - charakterystyka produktu leczniczego.
5. Inne dokumenty i oświadczenia oraz informacje mogące mieć zdaniem oferenta wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty.

***Wyżej wymienione dokumenty, oferent przedkłada w oryginale lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem (dotyczy każdej strony dokumentu).***

## PROJEKT UMOWY

### UMOWA Nr .....

w sprawie realizacji w 2020 r. „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla **219 osób**, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Kowale Oleckie, Świętajno, Wieliczki).

zawarta w dniu ..... 2020 r. pomiędzy:

**Powiatem Oleckim**, reprezentowanym przez:

**Starostę Oleckiego – Mariana Świerszcza**

**Wicestarostę – Marka Dobrzynia**

**przy kontrasygnacie Skarbnika Powiatu – Sylwii Syperowicz**

zwanym dalej „**Zamawiającym**”

a

.....,  
wpisaną do księgi rejestrowej podmiotu leczniczego prowadzonego przez Wojewodę  
Warmińsko – Mazurskiego pod numerem .....

z siedzibą .....

reprezentowaną przez: .....

zwanym/ą dalej „**Realizatorem**”.

### § 1

1. Zamawiający na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.) w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert zleca a Realizator przyjmuje do realizacji program zdrowotny w zakresie określonym w § 2.

### § 2

1. Przedmiotem umowy jest realizacja „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, zwanego dalej Programem obejmującego:
  - 1) uzyskanie pisemnej zgody od osoby dorosłej, a w przypadku osoby niepełnoletniej uzyskanie pisemnej zgody od rodzica lub opiekuna prawnego na przeprowadzenie szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu poprzez podanie trzech dawek szczepionki;
  - 2) przeprowadzenie badania lekarskiego przez lekarza pediatrę lub medycyny rodzinnej bezpośrednio przed każdym podaniem szczepionki, o której mowa w ust. 1 pkt 3;
  - 3) wykonanie szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, poprzez podanie trzech dawek szczepionki o nazwie ....., dostępnej na polskim rynku i dopuszczonej do stosowania w Polsce, zgodnie z zaleceniami określonymi przez producenta szczepionki dla: osób dorosłych oraz dla dzieci na terenie

powiatu oleckiego. Zgodnie z listami osób otrzymanymi od Zamawiającego;

- 4) dokonanie wpisu o wykonanym szczepieniu do dokumentacji medycznej.
- 5) wydanie zaświadczenia potwierdzającego wykonanie szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu.

2. Realizator jest zobowiązany do:

- podania do wiadomości publicznej na swojej stronie internetowej informacji o realizacji Programu (miejscu, terminie i czasie);
- wykonania przedmiotu umowy z należytą starannością i poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz zasadami etyki zawodowej, zapewnienia personelu posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania umowy oraz sprzętu i materiałów medycznych niezbędnych przy realizacji umowy, spełniających normy określone przepisami prawa;
- przestrzegania:
  - a) przepisów określających prawa i obowiązki pacjentów,
  - b) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- utylizacji zużytych w trakcie realizacji zadania materiałów i sprzętu medycznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- prowadzenia dokumentacji medycznej oraz prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach określonych przepisami prawa oraz innej dokumentacji potwierdzającej realizację umowy w sposób umożliwiający przeprowadzenie kontroli;
- przestrzegania przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1781);
- posiadania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych z minimalną sumą gwarancyjną, określoną odpowiednimi przepisami. Okazania oryginału polisy ubezpieczenia w dniu zawarcia niniejszej umowy;
- zgłaszania wszelkich zmian w zakresie posiadanych kwalifikacji w szczególności dotyczących specjalizacji, certyfikatów umiejętności oraz dostarczenia Zamawiającemu dokumentów potwierdzających te zmiany w nieprzekraczalnym terminie 30 dni;
- przyjmowania zgłoszeń, informowania o terminach szczepienia i rejestracji pacjentów we własnym zakresie poprzez udostępnienie co najmniej 1 linii telefonicznej przynajmniej przez 5 dni w tygodniu po 6 godzin dziennie (pomiędzy 8.00 a 15.00);
- realizacji Programu w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych.

3. Szczepienia, o których mowa w ust. 1 będą przeprowadzone na terenie .... **gmin** powiatu oleckiego.

4. Harmonogram realizacji zadania ustalony przez Realizatora zostanie dostarczony *Zamawiającemu* w ciągu 10 dni od dnia podpisania umowy. Aktualizację harmonogramu Realizator bez zbędnej zwłoki prześle *Zamawiającemu*.

5. W sytuacji, gdy w terminie i miejscu ustalonym w harmonogramie nie nastąpiło podanie szczepionki **z uwagi na nieobecność dziecka/osoby dorosłej z przyczyn niezależnych od Realizatora, to wówczas Realizator jest zobowiązany skontaktować się z rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka lub osobą dorosłą i uzgodnić inny termin wykonania zadania, biorąc w szczególności pod uwagę konieczność terminowej realizacji niniejszej umowy.**

6. Realizator zobowiązuje się, że w przypadku podjęcia decyzji przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka lub osobę dorosłą o zakończeniu programu przed ukończeniem pełnego cyklu szczepień do udzielenia mu informacji o nieefektywności

### szczepienia.

7. Realizator realizując program zobowiązuje się do zamieszczenia na swojej stronie internetowej informacji o treści: „*Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022*” finansowany ze środków budżetowych Powiatu Oleckiego, Gminy Kowale Oleckie, Gminy Świętajno i Wieliczki”.
8. Maksymalną liczbę osób objętych szczepieniami w poszczególnych gminach zawiera **załącznik nr 1** do umowy.

### § 3

1. Całkowity koszt szczepienia jednej osoby wynosi ..... zł (słownie: .....)  
brutto, (tj. koszt zakupu 3 dawek szczepionki wraz z elementami stanowiącymi przedmiot zadania określony w § 2 ust. 1 niniejszej umowy), w tym:
  - a) koszt szczepionki wynosi – ..... zł (słownie: .....),
  - b) koszt badania lekarskiego, podania szczepionki, sporządzenia dokumentacji medycznej, wydania zaświadczenia, prowadzenia rejestru świadczeń wykonanych w ramach programu zdrowotnego wynosi - ..... zł (słownie: .....
2. Koszt szczepienia jednej osoby (1 dawka) brutto stanowi jedną trzecią kwoty określonej w ust. 1.
3. Należność za wykonanie umowy (szczepienia **219 os.**) nie może przekroczyć kwoty zaplanowanej przez Powiat Olecki na realizację programu, tj. .... zł (słownie: .....
4. Fakturę należy złożyć w **Starostwie Powiatowym w Olecku** w terminie **do 10-go** dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zostały wykonane szczepienia. Ostateczny termin złożenia faktury to **7.12.2020 r.** Każda faktura jest przedkładana łącznie z rozliczeniem (częściowym) według wzoru określonego w **załączniku nr 2 wraz ze sprawozdaniem merytorycznym sporządzonym w formie pisemnej określonym w załączniku nr 3** zawierającym wykaz osób (z podziałem na gminy), u których przeprowadzono szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu oraz informację o liczbie osób niezakwalifikowanych do szczepienia z przyczyn zdrowotnych wg **załącznika nr 4 do umowy.**
5. Fakturę należy wystawić na nabywcę, tj.: **Powiat Olecki, ul. Kolejowa 32, 19-400 Olecko, NIP 8471515765.**
6. Faktura zostanie opłacona w terminie **14 dni od daty doręczenia** prawidłowo wystawionej faktury do Starostwa Powiatowego w Olecku. Płatnikiem faktury jest: **Starostwo Powiatowe w Olecku, ul. Kolejowa 32, 19-400 Olecko.**
7. Realizator zakończy realizację programu w terminie **do 7 grudnia 2020 r.**
8. W terminie do dnia **10 grudnia 2020 r.** Realizator przedłoży *Zamawiającemu całościowo:*
  - 1) rozliczenie finansowe, według wzoru określonego w **załączniku nr 2** do niniejszej umowy,
  - 2) sprawozdanie merytoryczne sporządzone w formie pisemnej zawierające:
    - wykaz osób, u których przeprowadzono szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, z podaniem imienia i nazwiska oraz w przypadku osób niepełnoletnich imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego, numer PESEL oraz nazwę gminy (na terenie której zamieszkuje), datę podania, nr serii 1, 2, 3 - dawki szczepionki, z podziałem na gminy i rok urodzenia, według wzoru określonego w **załączniku nr 3,**
    - informację o liczbie osób niezakwalifikowanych do szczepienia z przyczyn zdrowotnych, z podziałem na gminy, według wzoru określonego w **załączniku nr 4.**

9. *Realizator* zobowiązuje się prowadzić wyodrębnioną dokumentację finansowo - księgową środków finansowych otrzymanych na realizację niniejszej umowy, w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.
10. *Realizator* zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją niniejszej umowy przez okres **5 lat**.

#### § 4

1. *Zamawiający* sprawuje kontrolę prawidłowości wykonywania niniejszej umowy przez *Realizatora*, w szczególności w zakresie oceny jakości realizacji przedmiotu umowy, sposobu i rodzaju prowadzonej dokumentacji związanej z merytorycznym rozliczeniem umowy oraz stanu wykonania umowy. Kontrola może być przeprowadzona zarówno w toku realizacji umowy oraz po jej zakończeniu do czasu ustania obowiązku, o którym mowa w § 3 ust. 10.
2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, osoby upoważnione przez *Zamawiającego* mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonywania umowy oraz żądać udzielenia, ustnie lub na piśmie, informacji dotyczących wykonania umowy.
3. *Realizator* na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.
4. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez *Zamawiającego* zarówno w siedzibie *Realizatora*, jak i w miejscu realizacji umowy.
5. O wynikach kontroli, o której mowa w ust. 1, *Zamawiający* poinformuje *Realizatora*, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.
6. *Realizator* jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń pokontrolnych, o których mowa w ust. 5, do ich wykonania i powiadomienia o tym *Zamawiającego*.
7. W razie stwierdzenia rażących uchybień lub niezastosowania się do wniosków lub zaleceń, o których mowa w ust. 5, *Zamawiający* może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia.

#### § 5

1. *Realizator* oświadcza, iż posiada zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w art. 25 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.).
2. *Realizator* zobowiązany jest posiadać zawartą umowę ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 przez cały okres realizacji niniejszej umowy.
3. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją zadania odpowiedzialność ponosi *Realizator*.

#### § 6

Zgodnie z art. 28 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) **przetwarzanie danych osobowych**, wymaga podpisania umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych pomiędzy **Wykonawcą i Realizatorem**.



### § 7

Zmiana postanowień umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu Stron, w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

### § 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają:

- a) ustawa z dnia 27.08.2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869 z późn. zm.),
- b) ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.),
- c) ustawa z dnia 23.04.1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1145 z późn. zm.).

### § 9

Wszelkie spory związane z niniejszą umową podlegają rozpoznaniu przez sąd właściwy dla siedziby *Zamawiającego*.

### § 10

Umowę sporządzono w **czterech jednobrzmiących egzemplarzach**, dwa egzemplarze dla *Zamawiającego* i dwa dla *Realizatora*.

***Zamawiający***

***Realizator***

Załącznik nr 1  
do umowy nr .....  
z dnia .....

**Maksymalna liczba  
osób objętych szczepieniami w poszczególnych gminach**

<b>Lp.</b>	<b>Gmina</b>	<b>Maksymalna liczba osób objętych szczepieniami</b>
1.	Gmina Kowale Oleckie	<b>84</b>
2.	Gmina Świętajno	<b>64</b>
3.	Gmina Wieliczki	<b>71</b>

**Zamawiający**

**Realizator**

### Rozliczenie częściowe/całociowe\*

Gmina	Liczba osób, którym podano dawkę szczepionki	Koszt szczepienia jednej osoby, w tym:		Całkowity koszt szczepienia osób w rozliczeniu częściowym/całociowym*
		Cena jednej dawki szczepionki	Cena usługi, w tym: koszt badania lekarskiego, podania szczepionki, sporządzenia dokumentacji medycznej, prowadzenia rejestrów świadczeń wykonanych w ramach programu zdrowotnego, wydania zaświadczenia	
Kowale Oleckie				
Świątajno				
Wieliczki				
<b>RAZEM</b>		<b>x</b>	<b>x</b>	

1. Liczba osób, którym podano dawkę szczepionki - .....
2. Całkowity koszt realizacji zadania w okresie sprawozdawczym (liczba osób x koszt szczepienia jednej osoby) .....x.....=..... zł (słownie: .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis Realizatora)

\*niepotrzebne skreślić



**Wykaz osób u których przeprowadzono szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w ramach realizowanego w 2020 r.  
„Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego  
na lata 2018 – 2022”, zamieszkałych na terenie Gminy .....**

Lp.	Imię i nazwisko	Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna prawnego wyrażającego zgodę na szczepienie (wypełnić w przypadku osób niepełnoletnich)	PESEL	Rok urodzenia	Nazwa gminy, na terenie której zamieszkuje	Nr serii szczepionki/data podania		
						Nr serii 1 dawki szczepionki/data podania	Nr serii 2 dawki szczepionki/data podania	Nr serii 3 dawki szczepionki/data podania

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis Realizatora)



Załącznik nr 4  
do umowy nr ...../2020  
z dnia ..... 2020 r.

Informacja dotycząca osób niezakwalifikowanych do szczepienia z przyczyn zdrowotnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, w ramach realizowanego w 2020 r. „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, zamieszkałych na terenie Gminy .....

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Nazwa gminy, na terenie której zamieszkuje

Liczba osób niezakwalifikowanych do szczepienia z przyczyn zdrowotnych - ....., w tym z:

- Gminy Kowale Oleckie - .....
- Gminy Świętajno - .....
- Gminy Wieliczki - .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis Realizatora)





## Regulamin pracy komisji konkursowej

### § 1

Regulamin pracy komisji konkursowej – zwany dalej „Regulaminem”, określa szczegółowe zasady postępowania przy wyborze realizatora „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla **219 osób**, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Kowale Oleckie, Świątajno, Wieliczki).

### § 2

1. Komisja konkursowa, zwana dalej komisją, zostaje powołana w celu wyboru realizatora w 2019r. „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla **219 osób**, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Kowale Oleckie, Świątajno, Wieliczki).
2. Pierwsze posiedzenie komisji odbędzie się **16 marca 2020 roku o godz. 9.15 w sali nr 3 Starostwa Powiatowego w Olecku przy ul. Kolejowej 32** i będzie miało charakter jawny.
3. W części jawnej komisja w obecności oferentów, po stwierdzeniu prawidłowości zarejestrowanych ofert, otworzy koperty w kolejności ich rejestracji.
4. Komisja w części jawnej przekaze obecnym następujące informacje:
  - nazwę i adres oferenta,
  - koszt objęcia jednej osoby programem zdrowotnym,
  - dostępność do proponowanych w ramach programu działań profilaktycznych.
5. W części niejawnej komisja, działając na posiedzeniu niejawnym dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty.
6. Termin i miejsce posiedzenia komisji ustala przewodniczący, który kieruje pracą komisji, a przypadku jego nieobecności osoba przez niego wyznaczona spośród członków komisji.
7. Komisja może prowadzić prace, jeżeli w jej posiedzeniu bierze udział co najmniej 2 członków komisji.
8. Rozstrzygnięcie komisji zapada zwykłą większością głosów. W przypadku równej ilości głosów decyduje głos przewodniczącego, w przypadku jego nieobecności osoby zastępującej przewodniczącego.
9. W sytuacjach nieprzewidzianych niniejszym regulaminem rozstrzygnięcia będą podejmowane przez komisję zwykłą większością głosów.
10. W pracach komisji mogą uczestniczyć z głosem doradczym eksperci.
11. Posiedzenia komisji są protokołowane.



### § 3

Komisja w celu realizacji zadania określonego w ogłoszeniu konkursowym:

- 1) ustala zgodność ofert z zakresem merytorycznym konkursu, oferty niespełniające warunków konkursu zostają odrzucone, z zastrzeżeniem pkt 2;
- 2) może wezwać oferenta do uzupełnienia oferty lub złożenia wyjaśnień w wyznaczonym terminie w przypadku wystąpienia w ofercie braków formalno – prawnych lub niejasności, ze złożonych wyjaśnień i oświadczeń sporządza protokół; w przypadku nieuzupełnienia oferty lub niezłożenia wymaganych wyjaśnień oferta podlega odrzuceniu;
- 3) może z wybranymi oferentami prowadzić negocjacje, z przeprowadzonych negocjacji sporządza protokół, który zawiera oznaczenie daty i miejsca oraz informacje o ustaleniach poczynionych przez strony;
- 4) dokonuje oceny złożonych ofert i wskazuje najkorzystniejszą ofertę.

### § 4

W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zostanie zgłoszona tylko jedna oferta, komisja może dokonać wyboru tej oferty, jeśli spełnia ona wymagania określone w warunkach konkursu.

### § 5

1. Członek komisji podlega wyłączeniu z prac komisji, jeżeli pozostaje w takim stosunku prawnym lub faktycznym z oferentem/oferentami, że może budzić to uzasadnione wątpliwości co do bezstronności członka komisji.
2. Po ustaleniu listy ofert spełniających kryteria konkursowe, członkowie komisji podpisują oświadczenie, iż nie zachodzi okoliczność wykluczająca ich z pracy komisji. Wzór oświadczenia stanowi załącznik do Regulaminu pracy komisji konkursowej.
3. W sytuacji o której mowa w ust. 1, Zarząd Powiatu w Olecku uzupełnia skład komisji – w przypadku braku wymaganej liczby osób niezbędnej do prac komisji.

### § 6

Przewodniczący komisji lub osoba zastępująca w przypadku jego nieobecności przedkłada Zarządowi Powiatu sprawozdanie z prac komisji wraz ze wskazaniem najkorzystniejszej oferty.

### § 7

Komisja rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

Wzór

.....  
(imię i nazwisko członka komisji konkursowej)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż **nie jestem\*** osobą związaną z podmiotem/ami uczestniczącymi w postępowaniu o wybór realizatora „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla **219 osób**, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Kowale Oleckie, Świątajno, Wieliczki).

.....  
(nazwa podmiotu)

.....  
(nazwa podmiotu)

.....  
(nazwa podmiotu)

Olecko, dn. ....

.....  
(podpis członka komisji konkursowej)

\*niepotrzebne skreślić