

Umowa Nr CRU.....2019.ORG

Zawarta w dniu pomiędzy Urzędem Gminy w Piekoszowie, ul. Częstochowska 66 a, 26-065 Piekoszków, zwaną w treści umowy Gminą, w imieniu której działa:

.....

a

.....
zwanym dalej Wykonawcą, reprezentowanym przez:

.....

§ 1

- 1) Gmina zleca, a Wykonawca zobowiązuje się do realizacji w 2019 roku programu szczepień profilaktycznych dzieci z Gminy Piekoszków przeciwko Meningokokom na lata 2017 – 2019 – „Stop Meningokokom”
- 2) Program, o którym mowa w ust. 1 będzie realizowany zgodnie z założeniami określonymi szczegółowo w ofercie złożonej w Urzędu Gminy Piekoszków oraz wynikami negocjacji indywidualnych.

§ 2

Wykonawca zobowiązuje się do:

- 1) zakup szczepionki przeciwko meningokokom oraz przechowywanie zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami producenta;
- 2) przeprowadzenie badań lekarskich kwalifikujących do zaaplikowania szczepienia ochronnego;
- 3) wykonanie szczepień z zapewnieniem niezbędnych do tego celu środków medycznych;
- 4) przeprowadzenie rejestracji uczestników programu;
- 5) udokumentowanie dokonanego szczepienia ochronnego w dokumentacji medycznej danej osoby, oraz sporządzanie stosownych sprawozdań i przekazanie do właściwych instytucji;
- 6) uzyskanie pisemnej zgody opiekuna prawnego pacjenta na wykonanie szczepienia;
- 7) sporządzanie sprawozdań i przekazywanie ich do Urzędu Gminy w Piekoszowie.
- 8) prowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej dotyczącej przedmiotu umowy.

§ 3

1. Uprawnionymi do bezpłatnego korzystania z programu są dzieci zamieszkałe na terenie Gminy Piekoszków wg roczników 2014-2015
2. Wykonawca jest zobowiązany rejestrować pacjentów, którym w ramach umowy udziela świadczeń.
3. Rejestracja pacjentów obejmuje następujące dane: imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, nr PESEL, datę wykonania świadczenia.
4. Wykonawca jest zobowiązany do podania do publicznej informacji zakresu i sposobu realizacji zadania oraz zasad rejestracji.

§ 4

Umowa jest zawarta na okres od **stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2019 r.**

§ 5

1. Z tytułu realizacji programu objętego niniejszą umową Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie stanowiące iloczyn stawki jednostkowej w wysokości i liczby zaszczepionych osób, w łącznej kwocie nie przekraczającej zł (słownie: złotych).

2. Należność z tytułu realizacji niniejszej umowy będzie wypłacana Wykonawcy miesięcznie z dołu, po realizacji szczepień na konto bankowe wskazane przez Wykonawcę.
3. Podstawę przekazania środków stanowić będzie faktura wystawiona przez Wykonawcę do dnia 5-go następnego miesiąca oraz cząstkowe sprawozdanie merytoryczne z wykonania zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 według wzoru stanowiącego załącznik do niniejszej umowy.
4. Gmina prześle środki finansowe w terminie do 14 dni od daty otrzymania faktury.
5. Wykonawca ma obowiązek przedstawić Gminie łącznie z fakturą sprawozdanie merytoryczne z wykonania zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 według wzoru stanowiącego załącznik do niniejszej umowy.
6. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniu merytorycznym Gmina wstrzyma wypłatę wynagrodzenia do chwili ich usunięcia.
7. Na wniosek Gminy, Wykonawca zobowiązuje się udzielić wszelkich dodatkowych informacji i przedłożyć wszystkie dokumenty niezbędne do rozliczenia realizacji umowy.

§ 6

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

§ 7

1. Wykonawca zobowiązany jest do posiadania polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych ponosi wyłącznie Wykonawca.
3. Środki publiczne uzyskane na podstawie niniejszej umowy nie mogą być przeznaczone na cele nie będące jej przedmiotem.

§ 8

1. Na żądanie Gminy, Wykonawca zobowiązany jest do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy.
2. Gmina ma prawo do kontroli wykonania umowy, a Wykonawca zobowiązuje się do poddania się kontroli przeprowadzonej przez Gminę w zakresie wykonywania umowy.

§ 9

1. W przypadku naruszenia istotnych postanowień niniejszej umowy Gmina może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia.
2. 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.
Niniejsza umowa nie stanowi przeszkody do zawierania innych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

§ 10

1. Wykonawca zobowiązuje się do informowania, że zadanie jest finansowane ze środków otrzymanych od Urzędu Gminy. Informacja powinna się znaleźć we wszystkich materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego zadania publicznego.
2. Nie wywiązanie się z obowiązku wskazanego w ust. 1 skutkuje zapłatą kary umownej w wysokości 5% kwoty określonej w § 5 ust. 1.

§ 11

Prawa i obowiązki stron nie będą przenoszone na osoby trzecie.

§ 12

Każda zmiana umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 13

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 14

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

§ 15

Umowa zostaje sporządzona w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, z czego jeden otrzymuje Wykonawca, a trzy Gmina.

Wykonawca

Gmina

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH NA RZECZ MIESZKAŃCÓW GMINY PIEKOSZÓW

1. Sprawozdanie

- miesięczne, za miesiąc
- roczne, za rok

2. Liczba przyjętych pacjentów

3. Liczba pacjentów zaszczepionych przeciwko
Meningokokom

4. Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

Data

.....

Podpis

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W SZCZEPIENIU

dotycząca szczepienia przeciwko meningokokom

DZIECI

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące w/w szczepienia oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mojego dziecka w tym szczepieniu i jestem świadomy(a) faktu, iż w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części szczepienia bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział mojego dziecka w szczepieniu nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie akcji szczepień zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o Ochronie Danych Osobowych z 29.08.1997).

Opiekun prawny pacjenta:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....

Podpis i data złożenia podpisu
(ręką opiekuna prawnego pacjenta)

Oświadczam, że omówiłem(am) w/w szczepienie z pacjentem lub/i opiekunem prawnym pacjenta(ki) używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia w/w szczepienia..

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....

Podpis data złożenia podpisu

zaangażowanie, troska o pacjenta)

- b. *Komunikatywność*
(wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)
- c. *Sprawność obsługi*
- d. *Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem*

4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?

Bardzo dobrze Dobrze Średnio Źle Bardzo źle Nie mam zdania

5. Inne uwagi.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszych pacjentów.

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.