

**Burmistrz Supraśla  
ogłasza konkurs i zaprasza**

**do składania ofert na realizację Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017.**

Konkurs ofert ogłasza się na podstawie art. 48 ust.4, w związku z art.7 ust.1 pkt.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2016r., poz.1793 z późn. zm.) oraz art.114 ust. 1 pkt. 1 i art. 115 ust.1 pkt 1, ust.3, 5 i 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016r. poz. 1638 z późn. zm.)

Przewidywalna liczba mężczyzn w wieku 55 do 65 roku życia, uprawnionych do objęcia programem w 2017 roku, którzy zamieszkują na terenie Gminy Supraśl, wynosi maksymalnie 80 osób.

**Wymogi wobec oferenta:**

- **W konkursie oferty mogą złożyć podmioty uprawnione do wykonywania działalności leczniczej zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( Dz. U. z 2016r., poz. 1638 z późn zm.) dysponujący punktem wykonania badań na terenie Gminy Supraśl lub na terenie Miasta Białostok.**

Dokumenty związane z konkursem, a w szczególności Programem stanowiącym załącznik do uchwały nr XLII/399/2014 Rady Miejskiej w Supraślu z dnia 20.03.2014r pobrać można ze strony internetowej: [www.suprasl.pl](http://www.suprasl.pl) lub zapoznać się i odebrać w Filii Urzędu Miejskiego w Supraślu, Zaścianki ul. Szosa Baranowicka 58/4, 15-521 Białostok w sekretariacie w godzinach pracy Filii.

Informację na temat konkursu można uzyskać także pod numerem telefonu (85) 733-38-40.

**Termin rozpoczęcia realizacji programu: od daty podpisania umowy do 31 grudnia 2017 roku.**

Opis sposobu przygotowania oferty:

1. Oferta powinna być przygotowana na formularzu oferty (według załącznika).
2. Formularz ofertowy wraz z załącznikami winne być ostemplowane pieczętką firmową oraz podpisane, a strony parafowane przez osoby upoważnione do reprezentowania oferenta.
3. Zaleca się, aby wszystkie dokumenty tworzące ofertę były spięte – zszyte w sposób uniemożliwiający ich dekompletację, a strony kolejno ponumerowane.
4. Oferta winna być złożona w zamkniętej, opieczetowanej pieczętką firmową kopercie, opisaną: **oferta na realizację Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017 z dopiskiem: nie otwierać przed dniem posiedzenia Komisji Konkursowej."**

Oferty należy składać w sekretariacie Filii Urzędu Miejskiego w Supraślu, Zaścianki, ul. Szosa Baranowicka 58/4, 15-521 Białostok, **do dnia 15 marca 2017 r. do godz.14.00**  
Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Rozstrzygnięcia konkursu dokona komisja powołana przez Burmistrza Supraśla w terminie 14 dni roboczych od upływu terminu składania ofert. Miejscem rozstrzygnięcia konkursu będzie Filia Urzędu Miejskiego w Supraślu, Zaścianki, ul. Szosa Baranowicka 58/4, 15-521 Białostok.

## Szczegółowe warunki konkursu ofert

### I. Przedmiot konkursu ofert: Realizacja Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017 ”.

#### Opis przedmiotu konkursu:

Realizacja przedmiotu konkursu polega na wykonaniu następujących czynności:

- 1) wykonanie jednego tzw. pakietu urologicznego; na jeden pakiet urologiczny składa się konsultacja z lekarzem urologiem, wykonanie USG, oznaczenie PSA ,
- 2) przygotowanie ankiety dotyczącej występowania czynników ryzyka raka prostaty i przeprowadzenie jej wśród osób zgłaszających się do udziału w programie,
- 3) przygotowanie i rozpropagowanie informacji na temat raka prostaty wśród osób zgłaszających się do udziału w programie,
- 4) skierowanie osób, u których stwierdzone zostaną nieprawidłowe wyniki badań, do dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia, w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ,
- 5) prowadzenie dokumentacji potwierdzającej realizowania zadania w formie rejestru z uwzględnieniem:

- daty badania,
- imienia i nazwiska, rok urodzenia/nr PESEL, oraz miejsce zameldowania/zamieszkania osoby badanej,
- informacji o występowaniu czynników ryzyka raka prostaty (na podstawie przeprowadzonej ankiety),
- wyniku badania poziomu markera nowotworowego PSA we krwi oraz wykonanego USG,
- informacji o skierowaniu do dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia osoby, u której zostanie stwierdzony nieprawidłowy wynik badania.

- 6) opracowanie pod względem statystycznym i merytorycznym realizowanego zadania, w postaci raportu ze szczególnym uwzględnieniem:

- opisu realizowanego badania
- statystycznego opracowania wyników badań,
- opisu i interpelacji wyników przeprowadzonych badań,
- podsumowania,
- przekazania raportu do Burmistrza Supraśla.

Przewidywalna liczba uprawnionych do objęcia programem wynosi **maksymalnie 80 osób**.

### II. Wymagania od oferentów – warunki podmiotowe:

W konkursie oferty mogą złożyć podmioty uprawnione do wykonywania działalności leczniczej zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( Dz. U. z 2016r. poz. 1638 z późn zm.) dysponujący odpowiednim pomieszczeniem wraz z aparaturą odpowiadającym przepisom prawa w tym zakresie na terenie Gminy Supraśl lub na terenie Miasta Białystok.

Termin przyjęć pacjentów: co najmniej 1 raz w tygodniu w godz. 9.00 – 17.00.

### III. Zasady ogólne:

1. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej zgodnie z treścią obowiązującego formularza oferty, w zaklejonej i opisanej nazwą i adresem oferenta oraz nazwą konkursu kopercie.
2. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

3. Oferta musi być podpisana i opieczetowana przez oferenta lub upoważnionego przedstawiciela oferenta. W przypadku złożenia i podpisania oferty przez upoważnionego przedstawiciela oferenta, należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo.
4. Wszystkie strony oferty wraz z załącznikami i dokumentami składającymi się na ofertę muszą być podpisane lub parafowane przez składającego ofertę. Zaleca się, aby były spięte – zszyte w sposób uniemożliwiający ich dekompletację, a strony kolejno ponumerowane.
5. Kopie oryginalnych dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem oraz posiadać datę potwierdzenia zgodności.
6. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, muszą być dokonane jedynie przez czytelne przekreślenie błędnego zapisu, wpisanie poprawki i wstawienie obok parafy przez osobę podpisującą ofertę.
7. Oferty należy składać osobiście lub za pośrednictwem poczty w sekretariacie Filii Urzędu Miejskiego w Supraślu, Zaścianki, ul. Szosa Baranowicka 58/4, 15-521 Białystok w terminie do dnia ~~.....~~ *15 marca* ~~.....~~ **2017 roku do godz. 14.00**. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu oferty do siedziby Filii Urzędu. Oferty, które wpłyną do Filii Urzędu Miejskiego w Supraślu po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.
8. Oferent może wycofać złożoną ofertę tylko w formie pisemnej.
9. Konkurs ofert rozpoczyna się w terminie wskazanym w ogłoszeniu i trwa do czasu rozstrzygnięcia.
10. Oferty mające braki formalne mogą być uzupełnione w terminie wyznaczonym przez Komisję Konkursową nie dłuższym niż 7 dni od otrzymania wezwania do uzupełnienia.
11. Ogłoszenie wyników konkursu ofert nastąpi niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.
12. Rozstrzygnięcie konkursu będzie stanowiło podstawę do zawarcia umowy na realizację zadania na okres od dnia podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2016 roku.
13. Zamawiający zastrzega sobie prawo zamknięcia konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że zadanie może być wykonane przez oferenta nienależycie lub zaoferowana cena znacznie przekracza możliwości finansowe zamawiającego, a także zgodnie z pkt.17.
14. Warunki realizacji zadania reguluje umowa zawarta między Zamawiającym a wyłonionym w drodze konkursu Świadczeniodawcą.
15. Oferty uczestniczące w postępowaniu konkursowym nie podlegają zwrotowi.
16. Wszelkie koszty sporządzenia oferty ponosi oferent.
17. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do zamknięcia konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert, jak również odwołania konkursu lub zmiany warunków konkursu w wypadku wystąpienia istotnych okoliczności uzasadniających, które ujawnią się po dniu ogłoszenia konkursu, ale przed jego rozstrzygnięciem.

  
BURMISTRZ  
Radosław Dobrowolski

## FORMULARZ OFERTOWY

**Dotyczący realizacji Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017.**

1. Oferent (pełna nazwa)

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

2. Adres siedziby, kod pocztowy, telefon i fax oferenta

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

3. Nazwisko i imię osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta (telefon kontaktowy)

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

4. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu

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

5. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa organu dokonującego wpisu i data wpisu, np. KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do właściwego rejestru /ewidencji zakładów opieki zdrowotnej – wymienić:

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

6. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu lub innych programów profilaktycznych

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

7. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program

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

8. Proponowana liczba świadczeń możliwa do wykonania przez świadczeniodawcę (liczba osób - adresatów programu, mieszkańców gminy )

.....

9. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu

.....  
.....

10. Określenie miejsca realizacji programu oraz dni tygodnia i godzin udzielania świadczeń

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

11. Określenie warunków udzielania świadczeń (pomieszczenia, aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności)

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

12. Określenie sposobu rejestracji pacjentów (osobiście – adres, godziny; telefonicznie – numer, godziny)

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

13. Świadczenia zdrowotne wykonywać będzie personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi. Poniżej przedstawiamy imienny wykaz personelu medycznego (np. lekarz urolog, pielęgniarka), który będzie realizował zamówienie, wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy i doświadczenia zawodowego.

Imię i nazwisko	Zawód, stopień specjalizacji Zawód, stopień specjalizacji	Pozostałe informacje Pozostałe informacje

Wykaz załączonych kserokopii: dokumenty potwierdzające stopień specjalizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....

14. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno-edukacyjną skierowaną do adresatów programu w celu jak najpełniejszej realizacji zadania oraz zapewnienia powszechnego, równego dostępu do świadczeń osobom uprawnionym.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Jednostkowy koszt realizacji świadczeń zdrowotnych obejmujący koszty wszystkich czynności określonych w opisie przedmiotu konkursu:

- 1) cena brutto tzw. jednego pakietu urologicznego (na który składa się konsultacja z lekarzem urologiem, wykonanie USG, oznaczenie PSA) wynosi ..... PLN (słownie zł: .....) )

**Jednocześnie oferent oświadcza, że:**

**1. Zobowiązuje się, w przypadku wyboru jego oferty, do:**

- zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania,  
- przedłożenia stosownej dokumentacji potwierdzającej, że pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).

**2. Jest/ nie jest\* podatnikiem podatku VAT. (\*niepotrzebne skreślić)**

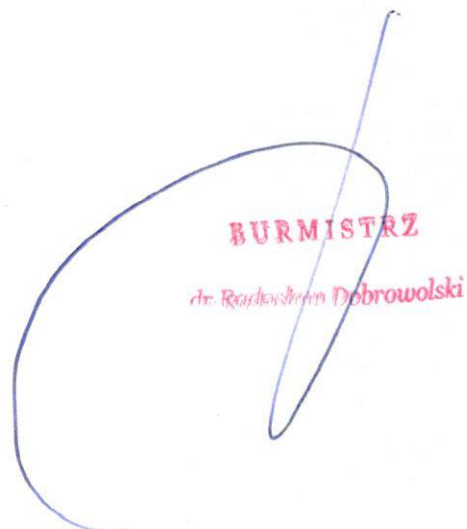
**3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.**

Podpisy i pieczęcie osób uprawnionych do reprezentacji oferenta

.....

Wymagane załączniki do oferty:

1. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i akceptacji treści umowy, wg. załącznika nr 1 do oferty.
2. kserokopia dokumentu dotyczącego statusu prawnego oferenta (np. aktualny wypis z KRS lub aktualne zaświadczenie o wpisie do CEiDG).
3. kserokopia wpisu do właściwego rejestru, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016r., poz. 1638 z późn. zm.)
4. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia, wymienionych w pkt 13 oferty.



**BURMISTRZ**  
dr. Radosław Dobrowolski

### Oświadczenie

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie ofert na realizację **Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017**, po zapoznaniu się ze szczegółowymi warunkami ogłoszonego konkursu i informacjami o przedmiocie konkursu, a także po uzyskaniu wszelkich niezbędnych informacji niżej podpisani reprezentujący oferenta oświadczamy, iż:

1. Uzyskaliśmy konieczne informacje i niezbędne dokumenty do przygotowania i złożenia oferty.
2. Jesteśmy podmiotem, który posiada odpowiednie przygotowanie, potencjał finansowy i kadrowy, który w momencie uzyskania zamówienia pozwala na jego realizację zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Pomieszczenia, w których realizować będziemy świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).
4. Na niniejszą ofertę składa się ..... kolejno ponumerowanych i parafowanych (podpisanych) stron.
5. Uważamy się za związanych z ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego. W momencie podpisania umowy dostarczymy kopie polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w całym okresie trwania umowy oraz dokumentację potwierdzającą, że pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).
7. Akceptujemy treść załączonego projektu umowy na realizację w/w programu.

dnia .....

.....

Podpis i pieczęć oferenta lub  
osoby upoważnionej przez oferenta

BURMISTRZ  
dr Radosław Dobrowolski



Załącznik Nr 3 (do umowy)  
**Rozliczenie miesięczne**

**Nazwa zadania: realizacja Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017.**

1. Dane Dotowanego:

nazwa.....

adres .....

NIP .....

2. świadczenia zdrowotne wykonanie w miesiącu ..... 2017 roku

3. wnioskowana kwota do refundacji .....

4.

<i>Cena jednostkowa</i>	<i>ilość wykonanych świadczeń w miesiącu (pakietów)</i>	<i>Kwota ogółem</i>
<b>RAZEM</b>		

Załączniki

Rejestr wykonanych badań, imienna lista osób korzystających w danym miesiącu z badań, dla danej osoby wraz z własnoręcznym podpisem potwierdzającym skorzystanie przez pacjenta ze świadczeń zdrowotnych (tzw. pakietu urologicznego).

Kwota zł słownie: .....

Jednocześnie oświadczamy, że przedstawiona do rozliczenia liczba świadczeń jest zgodna ze stanem faktycznym. Dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się na terenie placówki: .....

(nazwa, adres)

dnia .....

(podpis i pieczęć Dotowanego)

**BURMISTRZ**  
*dr Radosław Dobrowolski*

**Rozliczenie końcowe**

**Nazwa zadania: realizacja Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017.**

1. przekazane kwoty dotacji na podstawie składanych wniosków za wykonane świadczenia:

<i>miesiąc</i>	<i>Kwota</i>
Razem	

  
**BURMISTRZ**  
dr Radosław Dobrowolski

Lp.	Imię i nazwisko osoby badanej	Pesel	Adres zamieszkania (ulica, nr domu, mieszkania)	Miesiące, w których dokonano badań (liczby rzymskie)	Wartość przeprowadzonych świadczeń
Razem					

Jednocześnie oświadczamy, że przedstawiona do rozliczenia liczba świadczeń jest zgodna ze stanem faktycznym. Dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się na terenie placówki: .....

(nazwa, adres)

dnia .....

.....  
(podpis i pieczęć Dotowanego)

BURMISTRZ  
dr Radosław Dobrowolski

## UMOWA - WZÓR

zawarta w dniu .....2017 roku w Supraślu

pomiędzy:

Gminą Supraśl z siedzibą w Supraślu ul. Piłsudskiego 58 zwaną dalej Dotującym, reprezentowaną przez: Radosława Dobrowolskiego- Burmistrza Supraśla,

a:

.....z siedzibą w 15-..... Białystok, ul.....numer wpisu w księdze rejestrowej KRS: ....., numer wpisu w księdze rejestrowej podmiotów leczniczych..... zwanym dalej „Dotowanym”

o następującej treści:

### I. Opis dotowanego zadania

§ 1.1. Dotujący zleca Dotowanemu, zgodnie z przepisami art. 114 ust. 1 pkt 1 oraz art. 115 ust. 1 pkt 1 i ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 poz. 1638, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą", w związku z „Programem profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl na lata 2014-2017” stanowiącym załącznik do uchwały nr XLII/399/2014 Rady Miejskiej w Supraślu z dnia 20.03.2014r. w sprawie przyjęcia „Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl na lata 2014-2017” - częściową realizację „**Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl na lata 2014-2017” polegającą na wykonaniu świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017**, zwanego dalej „Programem” zgodnie ze złożoną ofertą w konkursie na realizację tego Programu, stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

2. Realizacja Programu polega na wykonaniu następujących czynności:

- 1) wykonanie jednego pakietu urologicznego; na jeden pakiet urologiczny składa się konsultacja z lekarzem urologiem, wykonanie USG, oznaczenie PSA,
- 2) przygotowanie ankiety dotyczącej występowania czynników ryzyka raka prostaty i przeprowadzenie jej wśród osób zgłaszających się do udziału w Programie,
- 3) przygotowanie i rozpropagowanie informacji na temat raka prostaty wśród osób zgłaszających się do udziału w Programie, prowadzenie akcji informacyjnej wśród mieszkańców gminy Supraśl o możliwości wykonywania badań,
- 4) skierowanie osób, u których stwierdzone zostaną nieprawidłowe wyniki badań, do dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia, w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ,
- 5) prowadzenie dokumentacji potwierdzającej realizowania zadania w formie rejestru z uwzględnieniem:
  - a) daty badania
  - b) imienia i nazwiska, rok urodzenia/nr PESEL, oraz miejsce zameldowania/zamieszkania osoby badanej,
  - c) informacji o występowaniu czynników ryzyka raka prostaty (na podstawie przeprowadzonej ankiety),
  - d) wyniku badania poziomu markera nowotworowego PSA we krwi oraz wykonanego USG,
  - e) informacji o skierowaniu do dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia osoby, u której zostanie stwierdzony nieprawidłowy wynik badania.
- 6) opracowanie pod względem statystycznym i merytorycznym realizowanego zadania, w

postaci raportu ze szczególnym uwzględnieniem:

- a) opisu realizowanego badania,
- b) statystycznego opracowania wyników badań,
- c) opisu i interpelacji wyników przeprowadzonych badań,
- d) podsumowania

3. Dotowany oświadcza, że posiada warunki lokalowe, aparaturę i sprzęt medyczny oraz dysponuje określoną liczbą personelu o kwalifikacjach zawodowych koniecznych do właściwego wykonania Programu, zgodnie z oświadczeniem złożonym w ofercie.
4. Integralną część umowy stanowią dokumenty potwierdzające, że pomieszczenia, w których będą realizowane szczepienia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739)
5. Dotowany jest zobowiązany podać do publicznej wiadomości sposób rejestracji pacjentów oraz dni i godziny udzielania świadczeń.

## **II. Sposób i termin wykonania zadania publicznego**

**§ 2.1. Termin realizacji zadania ustala się od dnia .....2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku.**

2. Dotowany zobowiązuje się wykonać zadanie zgodnie z ofertą oraz zapisami niniejszej umowy.
3. Dotowany zobowiązuje się do wykorzystania przekazanej dotacji zgodnie z celem, na jaki ją uzyskał, i na warunkach określonych niniejszą umową. Dotyczy to także ewentualnych przychodów uzyskanych przy realizacji umowy, których nie można było przewidzieć przy kalkulowaniu wielkości dotacji, oraz odsetek bankowych od przekazanych przez Dotującego środków, które należy wykorzystać wyłącznie na realizację Programu.
4. Dotowany zobowiązuje się do przestrzegania praw pacjenta oraz wykonywania Programu z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.

## **III. Wysokość dotacji oraz sposób płatności zadania.**

**§ 3.1. Strony szacują, iż przedmiotem niniejszej umowy zostanie objętych nie więcej niż 80 mężczyzn z terenu gminy Supraśl**

Cena brutto za jeden tzw. pakiet urologiczny wynosi ...zł (słownie: .....).

W w/w cenach jednostkowych ujęte są wszystkie koszty czynności określonych w § 1 ust. 2 niniejszej umowy.

2. Dotujący zobowiązuje się do przekazania na realizację zadania określonego w §1 ust.1 kwotę dotacji w wysokości **nie większej niż..... zł** (słownie.....) na rachunek bankowy Dotowanego: nr rachunku:

..... na następujących zasadach:

- 1) Dotacja będzie wypłacana w miesięcznych ratach w oparciu o jednostkową cenę brutto obejmującą tzw. pakiet urologiczny zawarty w ofercie oraz ilość udzielonych pakietów w miesiącu rozliczeniowym;
- 2) Dotowany zobowiązuje się występować z wnioskiem o przekazanie środków za wykonanie świadczeń za dany miesiąc do 5. dnia miesiąca następującego po miesiącu, za który ma być wypłacana rata dotacji zgodnie z wzorem wniosku stanowiącym załącznik nr 2 do umowy;
- 3) Do wniosku, o którym mowa w pkt 2 Dotowany zobowiązuje się dołączyć rozliczenie miesięczne uwzględniające liczbę wykonanych świadczeń wraz z własnoręcznym podpisem potwierdzającym skorzystanie przez pacjenta ze świadczenia wg wzoru stanowiącego

załącznik nr 3 do umowy;

4) Dotujący będzie wypłacać ratę dotacji do 20. dnia każdego miesiąca;

5) Dotowany zobowiązuje się wystąpić z wnioskiem o przekazanie środków za wykonanie świadczeń **za miesiąc grudzień 2017 roku do dnia 22 grudnia 2017 roku**;

6) Dotujący przekaże do 31 grudnia 2017 roku środki za wykonane świadczenia w miesiącu grudniu 2016 roku;

7) Dotujący wypłaci środki finansowe w terminach określonych w pkt. 4 i 6, o ile wnioski będzie odpowiadać wymogom formalnym określonym w pkt. 2-3.

3. Dotowany oświadcza, że jest jedynym posiadaczem wskazanego w ust. 1 rachunku bankowego i zobowiązuje się do utrzymania wskazanego powyżej rachunku nie krócej niż do chwili dokonania ostatecznych rozliczeń z Dotującym, wynikających z umowy.

#### **IV. Dokumentacja finansowo-księgowo, ewidencja księgowo i pozostała dokumentacja**

- § 4.1. Dotowany jest zobowiązany do prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji finansowo-księgowej i ewidencji księgowej udzielonych świadczeń, zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2016 r. poz. 1047, z późn. zm.), w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.
2. Dotowany zobowiązuje się do prowadzenia rejestru wykonanych świadczeń.
3. Dotowany zobowiązuje się do prowadzenia imiennego rejestru osób korzystających z Programu.
4. Dotowany zobowiązuje się do prowadzenia odrębnej dokumentacji pacjenta zakwalifikowanego do Programu oraz sporządzania sprawozdawczości zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach.
5. Dotowany zobowiązany jest do posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej od dnia rozpoczęcia realizacji Programu przez cały okres realizacji Programu. Kopia polisy ubezpieczeniowej stanowi integralną część umowy.
6. Dotowany zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją zadania publicznego przez 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym Dotowany zakończył realizację Programu.

#### **V. Obowiązki informacyjne Dotowanego**

- § 5. 1. Dotowany zobowiązuje się do informowania, że Program jest finansowany ze środków otrzymanych od Dotującego. Informacja na ten temat powinna się znaleźć w widocznym miejscu w miejscu realizacji Programu, ewentualnych materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego Programu.
2. Dotowany zobowiązuje się do umieszczania logo Dotującego na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych, informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, dotyczących realizowanego zadania oraz zakupionych środkach trwałych, proporcjonalnie do wielkości innych oznaczeń, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność.

#### **VI. Uprawnienia informacyjne Dotującego**

- § 6. Dotowany upoważnia Dotującego do rozpowszechniania w dowolnej formie, w prasie, radiu, telewizji, Internecie oraz innych publikacjach, nazwy oraz adresu Dotowanego, przedmiotu i celu, na który przyznano środki, oraz informacji o wysokości przyznanych środków.

## VII. Kontrola

§ 7.1. Dotujący sprawuje kontrolę prawidłowości wykonywania zadania przez Dotowanego,

w tym wydatkowania przekazanej dotacji. Kontrola może być przeprowadzona w toku realizacji zadania oraz po jego zakończeniu do czasu ustania obowiązku, o którym mowa w § 4 ust. 6.

2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, osoby upoważnione przez Dotującego mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonywania zadania, oraz żądać udzielenia ustnie lub na piśmie informacji dotyczących wykonania zadania. Dotowany na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.

3. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez Dotującego zarówno w siedzibie Dotowanego, jak i w miejscu realizacji zadania.

4. O wynikach kontroli, o której mowa w ust. 1, Dotujący poinformuje Dotowanego, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.

5. Dotowany jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż **14 dni** od dnia otrzymania wniosków i zaleceń, o których mowa w ust. 4, do ich wykonania i powiadomienia o tym Dotującego.

## VIII. Obowiązki sprawozdawcze Dotowanego.

§ 8.1. Dotujący może wezwać do złożenia sprawozdania częściowego z wykonywania zadania. Sprawozdanie częściowe z wykonania zadania składa się w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania.

2. Sprawozdanie końcowe z wykonania zadania powinno zostać sporządzone przez Dotowanego w terminie do 15 stycznia 2018 roku wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do umowy.

3. Dotacja zostanie uznana za rozliczoną, jeżeli zostanie ustalone, że Dotowany wykonał umówioną ilość świadczeń – tzw. pakietów urologicznych według cen jednostkowych brutto za pakiet świadczeń podanych w ofercie.

4. Dotujący ma prawo żądać, aby Dotowany, w wyznaczonym terminie, przedstawił dodatkowe informacje i wyjaśnienia do sprawozdania, o którym mowa w ust. 1-2.

5. W przypadku niezłożenia sprawozdań, o których mowa w ust. 1-2, Dotujący wzywa pisemnie Dotowanego do ich złożenia.

6. W przypadku niezastosowania się do wezwania, o którym mowa w ust. 5, Dotowany zapłaci karę umowną w wysokości **1 % kwoty określonej w § 3 ust. 2.**

7. Dostarczenie przez Dotowanego sprawozdania końcowego jest równoznaczne z udzieleniem Dotującemu prawa do rozpowszechniania jego tekstu w sprawozdaniach, materiałach informacyjnych i promocyjnych oraz innych dokumentach urzędowych.

## IX. Zwrot środków finansowych

§ 9.1. Przekazane środki finansowe z dotacji, określone w § 3 ust. 2 Dotowany jest zobowiązany wykorzystać nie później niż do dnia zakończenia realizacji zadania, o którym mowa w § 2 ust. 1 Kwotę dotacji niewykorzystaną w terminie Dotowany jest zobowiązany zwrócić **do 15 stycznia 2018 roku.**

2. Niewykorzystana kwota dotacji podlega zwrotowi na rachunek bankowy Dotującego o numerze **09 8060 0004 0680 0130 2000 0010.**

## **X. Rozwiązanie umowy za porozumieniem Stron**

§ 10.1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy.

2.Strony przewidują możliwość zmiany warunków umowy w sytuacji, gdy zaistniały okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

3.W przypadku rozwiązania umowy skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych Strony określą w porozumieniu.

## **XI. Rozwiązanie umowy przez Dotującego**

§ 11.1. Umowa może być rozwiązana przez Dotującego ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:

1) wykorzystywania udzielonej dotacji niezgodnie z przeznaczeniem;

2) nieterminowego oraz nienależytego wykonywania umowy;

3) nieprzedłożenia przez Dotowanego sprawozdania z wykonania zadania w terminie i na zasadach określonych w niniejszej umowie;

4) odmowy poddania się przez Dotowanego kontroli albo niedoprowadzenia przez Dotowanego w terminie określonym do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

2.Dotujący, rozwiązując umowę, określi kwotę dotacji podlegającą zwrotowi w wyniku stwierdzenia okoliczności, o których mowa w ust. 1, wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, naliczanymi od dnia przekazania dotacji, termin jej zwrotu oraz nazwę i numer rachunku bankowego, na który należy dokonać wpłaty.

3.W przypadku nieuiszczenia w terminie określonym w ust. 2 kwoty dotacji podlegającej zwrotowi wraz z odsetkami, od kwoty tej nalicza się odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, począwszy od dnia następującego po upływie terminu zwrotu dotacji, określonego w ust. 2.

## **XII. Forma pisemna oświadczeń**

§ 12.1. Wszelkie zmiany umowy, uzupełnienia i oświadczenia składane w związku z niniejszą umową wymagają pod rygorem nieważności zawarcia w formie pisemnej aneksu.

2.Wszelkie wątpliwości związane z realizacją niniejszej umowy wyjaśniane będą w formie pisemnej.

## **XIII. Odpowiedzialność wobec osób trzecich**

§ 13.1. Dotowany ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z realizacją Programu.

2.W zakresie związanym z realizacją Programu, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, Dotowany odbiera stosowne oświadczenia osób, których te dane dotyczą, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. , poz. 992, z późn. zm.).

## **XIV. Postanowienia końcowe**

§ 14. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. z 2016, poz. 1822, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2016r., poz. 885, z późn. zm.).



§ 15. Ewentualne spory powstałe w związku z zawarciem i wykonywaniem niniejszej umowy Strony będą starały się rozstrzygać polubownie. W przypadku braku porozumienia spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie właściwego ze względu na siedzibę Dotującego sądu powszechnego.

§ 16. Umowa niniejsza została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Dotowany

Dotujący

.....

.....

ZALĄCZNIKI:

1. oferta
2. wniosek o przekazanie środków
3. rozliczenie miesięczne
4. rozliczenie końcowe

  
BURMISTRZ  
dr Radosław Dobrowolski

**Wzór wniosku o przekazanie środków za wykonanie świadczeń w ramach  
„Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl na lata 2014-2017” polegającą na  
wykonaniu świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017**

w miesiącu..... 2017 roku.

1. Dane Dotowanego:

Nazwa .....

Adres .....

NIP .....

2. Świadczenie zdrowotne wykonane w miesiącu ..... 2017 roku.

3. Wnioskowana kwota do refundacji .....

Dnia.....

.....

(podpis i pieczęć Dotowanego)

Załączniki:

1. Rozliczenie miesięczne

2. Imienna lista osób korzystających w danym miesiącu z badań, dla danej osoby wraz z własnoręcznym podpisem potwierdzającym skorzystanie przez pacjenta ze świadczeń zdrowotnych (tzw. pakietu urologicznego).

BURMISTRZ  
dr Radosław Dobrowolski

**Nazwa zadania: realizacja Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017.**

1. Dane Dotowanego:

nazwa.....

adres .....

NIP .....

2. świadczenia zdrowotne wykonanie w miesiącu ..... 2017 roku

3. wnioskowana kwota do refundacji .....

4.

<i>Cena jednostkowa</i>	<i>ilość wykonanych świadczeń w miesiącu (pakietów)</i>	<i>Kwota ogółem</i>

Załączniki

1. Rejestr wykonanych badań, imienna lista osób korzystających w danym miesiącu z badań, dla danej osoby wraz z własnoręcznym podpisem potwierdzającym skorzystanie przez pacjenta ze świadczeń zdrowotnych (tzw. pakietu urologicznego).

Kwota zł słownie: .....

Jednocześnie oświadczamy, że przedstawiona do rozliczenia liczba świadczeń jest zgodna ze stanem faktycznym. Dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się na terenie placówki: .....

(nazwa, adres)

dnia .....

(podpis i pieczęć Dotowanego)

**BURMISTRZ**  
*dr Radosław Dobrowolski*

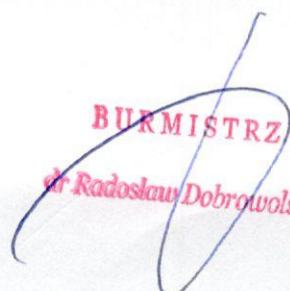
**Lista Pacjentów do rozliczenia miesięcznego**

Lp.	Imię i nazwisko osoby badanej	Pesel	Adres zamieszkania (ulica, nr domu, mieszkania)	Miesiące, w których dokonano badań (liczby rzymskie)	Wartość przeprowadzonych świadczeń
<b>Razem</b>					

Jednocześnie oświadczamy, że przedstawiona do rozliczenia liczba świadczeń jest zgodna ze stanem faktycznym. Dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się na terenie placówki: .....  
 (nazwa, adres)

dnia .....

.....  
 (podpis i pieczęć Dotowanego)

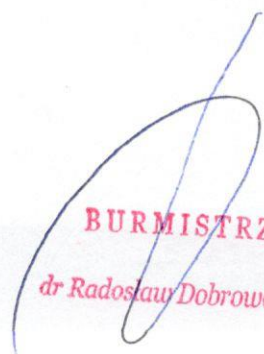
  
**BURMISTRZ**  
*dr Radosław Dobrowolski*

**Rozliczenie końcowe**

**Nazwa zadania: realizacja Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017.**

1. przekazane kwoty dotacji na podstawie składanych wniosków za wykonane świadczenia:

<i>miesiąc</i>	<i>Kwota</i>
Razem	

  
**BURMISTRZ**  
*dr Radosław Dobrowolski*