

Załącznik nr 5 do ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na wybór w 2024 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych

## Umowa nr UM\_SZ.9011.1. .2024

zawarta w dniu ..... 2024 r. pomiędzy Województwem Kujawsko-Pomorskim z siedzibą w Toruniu, zwanym dalej „Dotującym”, reprezentowanym przez:

.....

a

.....

NIP .....,

zwanym dalej „Dotowanym”, reprezentowanym przez:

.....

Na podstawie 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 2023 r. poz. 991 z późn. zm.).

### § 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielenie przez Dotującego w roku 2024 dotacji z budżetu województwa w kwocie nieprzekraczającej ..... zł (słownie: .....) na sfinansowanie 50% wydatków określonych szczegółowo w ofercie stanowiącej załącznik nr ..... do niniejszej umowy dotyczących **wykonania szczepień ochronnych przeciwko pneumokokom z wykorzystaniem szczepionki skoniugowanej 20-walentnej osobom dorosłym po 65 r.ż. w ramach realizacji programu pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”**, w tym:

- 1) zakupu ww. szczepionek oraz przechowywania zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami producenta,
- 2) przeprowadzenia lekarskich badań kwalifikacyjnych w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania ww. szczepień,
- 3) wykonania szczepień z zapewnieniem niezbędnych do tego celu środków medycznych,
- 4) prowadzenia rejestracji uczestników Programu,
- 5) prowadzenia niezbędnej dokumentacji dotyczącej szczepienia ochronnego danej osoby m.in. uzyskania pisemnej zgody pacjenta na wykonanie szczepienia, dokonania wpisu potwierdzającego wykonanie szczepienia, wydania osobie poddającej się szczepieniu zaświadczenia o wykonaniu szczepienia, sporządzenia stosownych sprawozdań i przekazania ich do właściwych instytucji, zgłoszenia niepożądanego odczynu poszczepiennego,
- 6) przekazania do wypełnienia pacjentom przed poddaniem ich szczepieniu i odebrania od nich wypełnionego pre-testu wiedzy dotyczącego chorób pneumokokowych oraz przekazania wszystkich wypełnionych pre-testów zbiorczo do koordynatora Programu po jego zakończeniu,
- 7) przekazania do wypełnienia pacjentom i odebrania od nich wypełnionej ankiety satysfakcji pacjenta (w tym zamieszczenia ankiety satysfakcji pacjenta w wersji elektronicznej na stronie internetowej Dotowanego),

- 8) sporządzania miesięcznych sprawozdań z realizacji Programu oraz zbiorczych zestawień danych z ankiet satysfakcji pacjenta i przekazywanie ich do koordynatora Programu,
  - 9) sporządzenia sprawozdania końcowego z realizacji Programu i przekazania go do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu.
2. Formularze dokumentów, o których mowa w ust. 1 pkt 5, 6 i 7 tj. zgoda pacjenta na udział w Programie, zaświadczenie o przeprowadzonym szczepieniu, pre-test wiedzy dotyczący chorób pneumokokowych, ankieta satysfakcji pacjenta a także materiały informacyjno-promocyjne i edukacyjne tj. plakaty i ulotki zostaną przygotowane i dostarczone przez koordynatora Programu.
  3. Termin realizacji zadania ustala się od dnia ..... r. do dnia **31 grudnia 2024 r.**
  4. Przyznana kwota dotacji przekazana zostanie na rachunek bankowy podany przez Dotowanego i przeznaczony do operacji związanych z realizacją zadania:  
nr rachunku .....
  5. Środki, o których mowa w §1 ust. 1, przekazane zostaną przez Dotującego w następujący sposób:  
W terminie 14 dni roboczych od podpisania umowy przez obie strony i przekazania jej do Urzędu Marszałkowskiego;  
albo
    - a) I transza w terminie 14 dni roboczych od podpisania umowy przez obie strony i przekazania jej do Urzędu Marszałkowskiego w wysokości ..... zł (słownie: .....złotych),
    - b) II transza w terminie 14 dni roboczych po zatwierdzeniu sprawozdania częściowego z realizacji zadania i wykorzystaniu co najmniej 80% przekazanych środków w I transzy w wysokości .....zł (słownie: ..... złotych).
  6. Pozostałe 50% wydatków określonych szczegółowo w ofercie stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszej umowy zostanie pokryte z budżetu **Powiatu/Gminy** .....
  7. Dotowany zobowiązany jest załączyć oświadczenie, że realizując zadanie, o którym mowa w § 1 ust. 1 nie może odzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku VAT naliczonego w fakturach dotyczących zakupu towarów i usług dokonywanych w związku z realizacją tego zadania.
  8. Wszystkie kserokopie dokumentów winny być potwierdzone na każdej stronie „Za zgodność z oryginałem” przez Dotowanego należycie reprezentowanego.

## § 2

Dotowany oświadcza, że nie zawierał i nie zawrze innych umów na realizację zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1, w części finansowanej przez Dotującego.

## § 3

Dotowany zobowiązuje się do zapewnienia przekazania danych osobowych oraz innych informacji zgromadzonych w wyniku realizacji programu (zebranych w ramach realizacji niniejszej umowy) na rzecz koordynatora programu na zasadach określonych w przepisach prawa, w tym w szczególności w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) oraz w rozporządzeniu 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).

#### § 4

1. Dotowany zobowiązuje się do:
  - 1) prawidłowego zrealizowania zadania;
  - 2) przekazywania w terminie **do dnia 5 każdego miesiąca** za miesiąc poprzedni w następujący sposób ..... do koordynatora Programu danych dotyczących realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1, zgodnie z wytycznymi koordynatora Programu i wzorem stanowiącym załącznik nr .... do niniejszej umowy (Sprawozdanie – wykaz uczestników) oraz zbiorczych zestawień danych z ankiet satysfakcji pacjenta zgodnie z wytycznymi koordynatora Programu;
  - 3) dostarczenia w terminie do dnia **15 stycznia 2025 roku** do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu sprawozdania końcowego z realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 wraz z załącznikami oraz wszelkiej innej dokumentacji potwierdzającej wywiązanie się z umowy;  
lub  
dostarczenia w terminie do dnia ..... **2024 roku** do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu sprawozdania częściowego z realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 wraz z załącznikami oraz wszelkiej innej dokumentacji potwierdzającej wywiązanie się z umowy, a terminie do dnia **15 stycznia 2025 roku** do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu sprawozdania końcowego z realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 wraz z załącznikami oraz wszelkiej innej dokumentacji potwierdzającej wywiązanie się z umowy;
  - 4) zwrotu niewykorzystanych środków w terminie 15 dni po upływie terminu realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 3, tj. do dnia **15 stycznia 2025 roku** na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9802 0119 5700.
2. Od niewykorzystanej kwoty dotacji zwróconej po terminie, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, naliczane są odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonych od następnego dnia po tym terminie do dnia ich wpływu na konto Dotującego. Dotowany zobowiązuje się do zwrotu tych odsetek na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9702 0201 8794.
3. Wzór sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, stanowi załącznik nr ..... do niniejszej umowy.
4. Dotowany do sprawozdania częściowego/końcowego jest zobowiązany załączyć:
  - 1) kserokopie potwierdzonych dwustronnie przez Dotowanego „Za zgodność z oryginałem” wszystkich miesięcznych sprawozdań - wykazów uczestników programu zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr ..... do niniejszej umowy (zawierające m.in. podpisy osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i wykonujących szczepienia ochronne oraz niezbędny opis i podpisy osób reprezentujących podmiot leczniczy),
  - 2) inne dokumenty, mogące mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonania zadania.

5. Zastrzega się, iż koszt jednostkowy szczepienia ochronnego osoby dorosłej po 65 r. ż. przeciwko pneumokokom z wykorzystaniem szczepionki skoniugowanej 20-walentnej nie może ulec zmianie.
6. W rozliczeniu dotacji nie będą uwzględniane:
  - 1) wydatki poniesione w związku z realizacją zadania dotyczące przypadków, gdy osoba nie została zakwalifikowana do szczepienia;
  - 2) wydatki z tytułu opłat i kar umownych, a także podatek od towarów i usług, jeżeli Dotowany ma prawo do jego odliczenia;
  - 3) dokumenty księgowe wystawione przed lub po terminie realizacji zadania określonym w § 1 ust. 3,
  - 4) wydatki nieokreślone w kosztorysie zadania.

## § 5

1. Dotującemu przysługuje prawo kontroli Dotowanego w zakresie:
  - 1) sposobu wydatkowania dotacji,
  - 2) oceny prawidłowości dokonanego rozliczenia.
2. Dotowany zobowiązuje się do:
  - 1) prowadzenia dokumentacji dotyczącej kosztów realizacji zadania w sposób umożliwiający ocenę jego wykonania pod względem rzeczowym i finansowym,
  - 2) umieszczania we wszystkich drukach związanych z realizacją zadania (np. plakatach, ulotkach, zaproszeniach, formularzach, komunikatach, materiałach informacyjno-promocyjnych itp.) a także w ogłoszeniach prasowych, reklamach, wykazach sponsorów, na banerach oraz własnych stronach internetowych herbu Województwa Kujawsko-Pomorskiego, znaku promocyjnego województwa oraz informacji o dofinansowaniu zadania z budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego – zgodnie z wytycznymi dostępnymi na stronie internetowej [www.kujawsko-pomorskie.pl](http://www.kujawsko-pomorskie.pl) (zakładka „Promocja”) i po wcześniejszym uzgodnieniu z Departamentem Spraw Społecznych i Zdrowia,
  - 3) udokumentowania wywiązania się z obowiązków informacyjnych określonych w pkt 2.
3. **Nie wywiązanie się z obowiązku wskazanego w ust. 2 pkt 2 skutkuje zapłatą kary umownej w wysokości ..... zł.**

## § 6

Dotującemu przysługuje prawo do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku stwierdzenia wykorzystania nawet części dotacji na inne cele niż określone w umowie.

## § 7

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, w tym w przypadku siły wyższej w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2023 r. poz. 1610 z późn. zm.), które uniemożliwiają wykonanie umowy.
2. W przypadku rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 1 skutki finansowe i obowiązek zwrotu środków finansowych Strony określą w protokole.

## § 8

1. W przypadku stwierdzenia wykorzystania dotacji niezgodnie z przeznaczeniem lub pobrania w nadmiernej wysokości Dotowany zobowiązany jest do jej zwrotu

w terminie 15 dni od dnia zakończenia realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 3 na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9802 0119 5700.

2. Odsetki od dotacji w przypadku:
  - 1) wykorzystania jej niezgodnie z przeznaczeniem nalicza się od dnia przekazania środków z budżetu województwa do dnia ich wpływu na konto Dotującego, na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9702 0201 8794,
  - 2) pobrania jej w nadmiernej wysokości nalicza się od dnia następującego po upływie terminu, o którym mowa w ust 1 i przekazuje na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9702 0201 8794.
3. Tryb zwrotu dotacji następuje na podstawie przepisów ustawy o finansach publicznych.

## § 9

- 1) Strony oświadczają, iż wszelkie dane osobowe pozyskane od siebie w związku z zawarciem niniejszej Umowy, podlegać będą ochronie przed dostępem osób nieupoważnionych, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych, w tym z rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE L. 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz. Urz. UE L. 127 z 23 maja 2018 r., str. 2), zwanego rozporządzeniem 2016/679.
- 2) Dane osób reprezentujących każdą ze Stron oraz osób zaangażowanych w realizację niniejszej Umowy przetwarzane będą wyłącznie w celu i w czasokresie niezbędnym do jej zawarcia i/lub wykonania oraz dochodzenia roszczeń z niej wynikających.
- 3) Strony oświadczają, że wprowadziły odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, aby przetwarzanie danych osobowych odbywało się zgodnie z przepisami prawa, w szczególności rozporządzenia 2016/679.
- 4) Strony zobowiązują się do wykonania obowiązku informacyjnego określonego w art. 14 rozporządzenia 2016/679 wobec osób wskazanych w niniejszej Umowie, w imieniu drugiej Strony.
- 5) Klauzula informacyjna dla dotowanych dostępna jest na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego – [www.bip.kujawsko-pomorskie.pl/ochrona-danych-osobowych](http://www.bip.kujawsko-pomorskie.pl/ochrona-danych-osobowych).

## § 10

Zmiany umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

## § 11

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Dotowany.

**Dotowany**

**Dotujący**

**SPRAWOZDANIE - WYKAZ UCZESTNIKÓW**  
**„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych**  
**z województwa kujawsko-pomorskiego”**

**Realizator:** .....

**Okres realizacji świadczeń:** .....

Lp.	Nr pacjenta	Samorząd		Płeć		Data przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego	Podpis i pieczęć lekarza przeprowadzającego badanie kwalifikacyjne <sup>2)</sup>	Data urodzenia (rrrr-mm-dd)	Data wykonania szczepienia (rrrr-mm-dd)	Wiek pacjenta w latach <sup>3)</sup>	Czytelny podpis lub podpis i pieczęć osoby wykonującej szczepienie <sup>4)</sup>
		Nr <sup>1)</sup>	Powiat/Gmina, w której mieszka pacjent	K	M						

<sup>1)</sup> Numer samorządu wg Załącznika nr 1 do ogłoszenia konkursowego.

<sup>2)</sup> Potwierdzenie odręcznym podpisem dotyczy wykazu przedstawianego do Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu

<sup>3)</sup> Wiek pacjenta zostaje wyliczony automatycznie na podstawie wprowadzonej formuły.

<sup>4)</sup> Potwierdzenie odręcznym podpisem dotyczy wykazu przedstawianego do Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu

**Opis wykazu:**

1) Wykaz dotyczy realizacji "Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego" zgodnie z umową nr .....

2) Płatne ze środków Województwa Kujawsko-Pomorskiego w wysokości ..... zł

3) Płatne ze środków gminy/powiatu ..... w wysokości ..... zł

4) Dokument sprawdzono pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.

.....  
podpis osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu leczniczego

.....  
Pieczęć jednostki składającej sprawozdanie

## SPRAWOZDANIE CZĘŚCIOWE/KOŃCOWE

z realizacji programu  
pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych  
z województwa kujawsko-pomorskiego”

w powiecie/gminie\* .....

Data złożenia sprawozdania: .....

### 1. Opis wykonania zadania:

Miejsce realizacji zadania:

Liczba osób objętych programem:

Liczba osób, które nie zostały zaszczepione ze względu na przeciwwskazania wraz podaniem przyczyny odstąpienia od szczepienia:

Liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:

Personel medyczny udzielający świadczeń:

Sposoby rejestracji pacjentów:

Inne informacje:

### 2. Rozliczenie finansowe zadania:

#### a. rozliczenie ze względu na rodzaj kosztów:

I.p.	Świadczenie	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	w tym z budżetu Województwa (w zł)
1.	Wykonanie szczepienia ochronnego osób dorosłych po 65 r.ż. przeciwko pneumokokom szczepionką 20-waletną, w tym: - zakup szczepionki, - przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikacyjnego, - wykonanie szczepienia, - wypełnienie niezbędnej dokumentacji - przeprowadzenie z pacjentem pre-testu wiedzy dotyczącego chorób pneumokokowych			szczepienie		
2.	<b>Ogółem:</b>					

\*Niepotrzebne skreślić

**b. rachunki kosztów realizacji zadania:**

Lp.	Rodzaj kosztów	Nazwa dokumentu (np. wykaz uczestników programu)	Data wystawienia dokumentu***	Koszt całkowity (w zł)	w tym koszt z budżetu Województwa (w zł)
1.	Wykonanie szczepienia ochronnego osób dorosłych po 65 r.ż. przeciwko pneumokokom szczepionką 20-waletną**				
<b>Ogółem</b>					

\*\* podstawą do rozliczenia będzie wykaz uczestników programu

\*\*\* nie późniejsza niż 31.12.2024

**c. rozliczenie ze względu na źródła finansowania:**

	Źródła finansowania	Wartości zgodne z umową		Wartości rzeczywiste (koszty faktycznie poniesione)	
		zł	%	zł	% - stosunek kosztów poniesionych do zaplanowanych) wg wzoru (kol. 5/poz. 3.3)*100
1	2	3	4	5	6
1.	Dotacja z budżetu województwa		50		
2.	Dotacja z budżetu jst****		50		
3.	<b>Ogółem</b>		100		

\*\*\*\*jst – jednostka samorządu terytorialnego

**3. Dodatkowe informacje:**

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

.....  
 podpis osoby upoważnionej

Do niniejszego sprawozdania załączyć można dodatkowe materiały mogące dokumentować działania faktyczne podjęte przy realizacji zadania (np. publikacje wydane w ramach programu, raporty, wyniki prowadzonych ewaluacji, wzory materiałów promocyjnych i inne).