

**-PROJEKT-**

**UMOWA Nr .....2022**

zawarta w dniu ..... w Kożuchowie pomiędzy:

**Gminą Kożuchów, z siedzibą w Kożuchowie, ul. Rynek 1a, NIP 925-19-57-786, REGON 970770327,**  
reprezentowaną przez:

**- Burmistrza Kożuchowa – Pawła Jagaska**

przy kontrasygnacie

**Skarbnika Gminy – Joanny Rajewskiej – Jaworowicz**

zwaną dalej „**Organizatorem**”

a

.....,  
wpisanym do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego, pod numerem: ....., nr NIP zakładu: ....., nr REGON: ....., reprezentowanym przez:

1. .... -

2. .... -

zwanej dalej „**Realizatorem**”

**§ 1**

1. Organizator powierza, a Realizator zobowiązuje się do przeprowadzenia w ramach „Programu szczepienia profilaktycznego przeciwko grypie dla osób po 65 roku życia” **w roku 2022 szczepień** według warunków określonych szczegółowo w ofercie złożonej przez Realizatora w dniu ..... stanowiącej integralną część umowy.

2. Schemat szczepień obejmuje 1 dawkę szczepionki dla 1 osoby.

3. Szczepienia przeprowadzone będą w ..... w (dniach, miesiącach) ..... w godzinach .....

4. Realizator zobowiązuje się do:

- 1) przeprowadzenia kampanii informacyjnej – dotarcie z informacją o programie do osób objętych tym działaniem,
- 2) zakup szczepionek przeciwko grypie oraz niezbędnych materiałów do realizacji szczepienia,
- 3) rekrutacji osób do programu – kwalifikacja uczestników programu do szczepienia zostanie dokonana na podstawie kolejności zgłoszeń do przychodni lekarskiej realizującej program,
- 4) przeprowadzenia badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia w celu wykluczenia przeciwwskazań do podania szczepionki,
- 5) uzyskania pisemnej zgody na przeprowadzenie szczepień wraz z pisemnym oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przekazanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji programu (wg załącznika Nr 1 do projektu umowy);
- 6) prowadzenia rejestru uczestników programu
- 7) wykonania usługi szczepienia,
- 8) składania sprawozdań na formularzu sprawozdania merytoryczno – finansowego z realizacji programu (załącznik Nr 2 do projektu umowy) wraz z wykazem osób zaszczepionych (załącznik nr 3 do projektu umowy) w terminach określonych w niniejszej umowie;
- 9) sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych szczepień;

## § 2

1. Umowa zawarta jest na czas określony, tj. od 04 listopada 2022r. do 15 grudnia 2022r.
2. Rozpoczęcie realizacji Programu nastąpi od dnia podpisania umowy.
3. Rozpoczęcie szczepień nastąpi od 04 listopada 2022r.

## § 3

Realizator przyjmuje obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych (szczepień) objętych przedmiotem umowy z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej.

## § 4

1. Realizator oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody, które mogą wystąpić w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy.
2. Realizator oświadcza, że w przypadku, gdy termin obowiązywania polisy, o której mowa w ust. 1 jest krótszy niż termin obowiązywania umowy przedłuży okres ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co najmniej do końca obowiązywania umowy.
3. Realizator na wezwanie Organizatora zobowiązuje się do udostępnienia/przedstawienia do wglądu polisy, o której mowa w ust. 2. W przypadku jej nie udostępnienia/ przedstawienia Organizator może rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia.
4. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy realizacji przedmiotu niniejszej umowy ponosi wyłącznie Realizator.

## § 5

1. Z tytułu realizacji programu objętego niniejszą umową Realizatorowi przysługuje wynagrodzenie stanowiące iloczyn stawki jednostkowej w wysokości ..... zł BRUTTO (słownie złotych: ..... ) i liczby zaszczepionych osób (do..... osób) w łącznej kwocie nieprzekraczającej ..... zł (słownie złotych: .....).
2. Podstawę do przekazania środków stanowić będzie faktura VAT/rachunek wystawiona/y przez Realizatora do dnia 5-go następnego miesiąca po miesiącu wykonania szczepień, a za miesiąc grudzień 2022r. do dnia 21.12.2022r. oraz sprawozdanie merytoryczno – finansowe z wykonania zadania sporządzone według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszej umowy, które Realizator zobowiązuje się dostarczyć co miesiąc wraz z Fakturą VAT/rachunkiem oraz wykazem osób zaszczepionych stanowiącym załącznik nr 3 do umowy.
3. Organizator przekaże środki finansowe w terminie 14 dni od daty otrzymania Faktury VAT/rachunku, przy czym za datę zapłaty strony ustalają dzień obciążenia rachunku Organizatora.
4. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniu Organizator wstrzyma wypłatę wynagrodzenia do chwili ich usunięcia.

## § 6

1. Dokumentacja finansowo-księgowa, dotycząca realizacji przedmiotu umowy, powinna być przechowywana w siedzibie Realizatora i być udostępniana do wglądu Organizatorowi na żądanie zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji zadania.
2. Realizator zobowiązany jest do poddania się kontroli dokonywanej w miejscu wykonania umowy lub w miejscu wyznaczonym przez Organizatora oraz przekazywania Organizatorowi w formie pisemnej wszelkich informacji, sprawozdań i wyjaśnień, dotyczących realizacji zadania.

3. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządza pisemny protokół w dwóch egzemplarzach.
4. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli jakichkolwiek nieprawidłowości Realizator ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są Organizatorowi na piśmie.
5. Organizator udziela odpowiedzi Realizatorowi na piśmie w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Realizatora wyjaśnień.
6. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli nienależnego wykonania umowy i niezgodnego z treścią umowy, Organizator zastrzega sobie prawo do:
  - a) żądania zwrotu przekazanych środków finansowych w zakwestionowanych części, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia otrzymania środków,
  - b) rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

## § 7

1. Umowa może zostać przez Organizatora rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy, nieterminowego oraz nienależytego wykonania umowy, a także w przypadku stwierdzenia podwójnego wykazania w sprawozdawczości tych samych osób objętych programem szczepień oraz w przypadku nie udokumentowania, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
2. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron z miesięcznym okresem wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonania umowy. Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych strony określają w sporządzonym protokole.

## § 8

1. Realizator nie może powierzyć wykonania przedmiotu niniejszej umowy osobom trzecim.
2. W razie naruszenia postanowienia ust. 1 Organizator może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym.
3. Odstąpienie od umowy nastąpi w terminie 14 dni od daty powzięcia przez Organizatora informacji o zdarzeniu, o którym mowa w ust. 1.

## § 9

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.
3. Spory powstałe przy realizacji niniejszej umowy strony rozstrzygać będą polubownie. W przypadku braku porozumienia spory rozstrzygać będzie sąd powszechny właściwy miejscowo dla Organizatora.

## § 10

Niniejsza umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z tego jeden egzemplarz dla Realizatora i dwa dla Organizatora.

**REALIZATOR:**

.....

.....

**ORGANIZATOR:**

.....

.....

## ZGODA

### **1) na uczestnictwo w „Programie szczepienia profilaktycznego przeciwko grypie dla osób po 65 roku życia”**

Ja ....., urodzona/y .....  
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

zam. 67-120 Kożuchów, ul. ....

wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na przeprowadzenie, w ramach profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla osób po 65 roku życia, badania kwalifikacyjnego i wykonanie szczepienia ochronnego.

\*niewłaściwe skreślić

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji szczepień oraz potencjalnymi działaniami niepożądanymi szczepionki.

### **2) na przetwarzanie danych osobowych w związku z uczestnictwem w Programie szczepienia profilaktycznego przeciwko grypie dla osób po 65 roku życia**

**Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że zostałem(am) poinformowany/a o:**

- 1) adresie siedziby urzędu, pod którym dane są zbierane i przetwarzane;
- 2) celu zbierania danych, dobrowolności lub obowiązku podania danych, a jeżeli taki obowiązek istnieje, o jego podstawie prawnej;
- 3) prawie wglądu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania;
- 4) możliwości wniesienia żądania zaprzestania przetwarzania moich danych osobowych;
- 5) możliwości wniesienia sprzeciwu.

Ponadto:

- 6) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych: Burmistrza Kożuchowa z siedzibą ul. Rynek 1a, 67-120 Kożuchów w celu podanym w klauzuli informacyjnej;
- 7) Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą;
- 8) Zapoznałem(łam) się z treścią klauzuli informacyjnej (na odwrocie), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawienia.

**Wyrażam zgodę, aby Gmina Kożuchów przetwarzała moje dane osobowe w poniższym zakresie:**

- imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

- PESEL: \_\_\_\_\_

- adres: 67-120 Kożuchów, ul. \_\_\_\_\_

.....  
(Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 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), Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 informujemy, iż:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Miejskim w Koźuchowie jest Burmistrz Koźuchowa (adres: ul. Rynek 1a, 67-120 Koźuchów, telefon kontaktowy: 68 355-59-40).
- 2) W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pomocą adresu e-mail: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub na adres siedziby Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu związanym z udziałem w programie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie
- 4) Podstawą przetwarzania danych osobowych jest:
  - a) art. 6 ust. 1 lit. a) RODO (dot. danych osobowych zwykłych) i art. 9 ust. 2 lit. a) RODO (dot. szczególnych kategorii danych osobowych) tj. gdy osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów);
  - b) art. 6 ust. 1 lit. e) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi);
- 5) Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jednak niezbędne do udziału w programie szczepień, o którym mowa w pkt. 3. Niepodanie danych skutkować będzie niemożnością udziału w w/w programie.
- 6) Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania, o którym mowa w pkt. 3, z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych tj. ustawie z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, jak również koniecznością usunięcia danych bez zbędnej zwłoki w sytuacji, gdy osoba, której dane dotyczą cofnie zgodę.
- 7) Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Dane mogą być również udostępnione podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa lub umów łączących te podmioty z Administratorem., w tym: podmiotom leczniczym realizującym program polityki zdrowotnej, podmiotom świadczącym usługi informatyczne, zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcy usług pocztowych w przypadku korespondencji prowadzonej drogą pocztową.
- 8) Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
  - a) dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) sprostowania (poprawiania) nieprawidłowych danych;
  - c) żądania ograniczenia przetwarzania danych;
  - d) w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych;
  - e) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
- 9) Mają Państwo prawo złożenia skargi na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa
- 10) Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych nie podlegają Państwo decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

.....  
(data i podpis)

.....  
(pieczęćka firmowa)

.....  
(miejscowość, data)

**FORMULARZ SPRAWOZDANIA MERYTORYCZNO-FINANSOWEGO**  
za okres od ..... do .....

**z realizacji „Programu szczepienia profilaktycznego przeciwko grypie dla osób po 65 roku życia”**

**I. Informacje o programie**

1. Realizacja Programu:

Liczba osób, które zgłosiły chęć uczestnictwa w Programie	..... osób
Liczba osób, którym wykonano szczepienie	..... osób
Liczba osób, którym nie podano szczepionki, z uwagi na: 1) aspekty zdrowotne 2) inne	ogółem osób ....., w tym: 1) .....osób 2) ..... osób

2. Sposób przeprowadzenia kampanii informacyjnej:.....  
.....  
.....

**II. Rozliczenie finansowe programu:**

1. Koszt realizacji programu zgodnie z zawartą umową:  cena jednostkowa brutto ..... zł ilość zaszczepionych osób .....	..... zł
--	----------

**III. Dodatkowe informacje:**

.....  
.....

.....  
(podpis i pieczęćka Realizatora lub  
osoby upoważnionej do reprezentowania Realizatora programu)



