

ZARZĄDZENIE NR 456/2020  
BURMISTRZA MIASTA USTROŃ

z dnia 21 grudnia 2020 r.

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora „Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2017-2022”**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 713 z późn. zm.) w związku z art. 48 ust. 1, 3 i 48b ust. 1, 2-4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.).

**Burmistrz Miasta  
Zarządza:**

**§ 1.**

Ogłosić konkurs ofert na wybór realizatora w roku 2021 pn.: „Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2017-2022”, zgodnie z załącznikiem do zarządzenia.

**§ 2.**

Wykonanie zarządzenia powierza Zastępcy Burmistrza Miasta.

**§ 3.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

BURMISTRZ MIASTA  
*Przemysław Korcz*

RADCA PRAWNY  
*Małgorzata Sikora*  
Kt - B -

## KONKURS OFERT WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU ZDROWOTNEGO W ROKU 2021

Burmistrz Miasta Ustroń działając na podstawie art. 48 i art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) oraz Uchwały NR XXX/362/2017 RADY MIASTA USTRON z dnia 28 września 2017 r. w sprawie przyjęcia Programu Zdrowotnego w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2017-2022 ogłasza konkurs ofert:

### PRZEDMIOT KONKURSU.

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora programu, który zorganizuje i przeprowadzi w 2021r. Program Zdrowotny: „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2017-2022”. Program dostępny jest na stronie internetowej Urzędu Miasta Ustroń:

<http://www.ustron.bip.info.pl/dokument.php?iddok=16784&idmp=1070&r=r>

### I. ADRESACI KONKURSU

Konkurs adresowany jest do podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą na terenie Miasta Ustroń.

**II. TERMIN REALIZACJI PROGRAMU:** od dnia zawarcia umowy (wzór nr 4) do 30 listopada 2021r.

**III. Beneficjenci programu:-** osoby dorosłe oraz dzieci powyżej 1 roku życia będące mieszkańcami Miasta Ustroń.

### IV. PRZEDMIOTOWY ZAKRES PROGRAMU ZDROWOTNEGO:

1. przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej obejmującej rozpowszechnianie informacji o programie zdrowotnym t.j. na stronie internetowej lub w siedzibie realizatora.

2. zakup szczepionek FSME-Immun, Immun Junior.

3. wywiad kwalifikujący do szczepienia

4. badanie lekarskie poprzedzające szczepienie,

5. wykonanie szczepień przez pielęgniarki posiadające ukończony kurs w zakresie wykonywania szczepień ochronnych pod nadzorem lekarskim,

6. prowadzenie dokumentacji przeprowadzonych szczepień zgodnie z ustaleniami umowy,

7. wyłonieni w konkursie realizatorzy zobowiązani będą do zaszczepienia osób zamieszkujących Miasto Ustroń, bez względu na to, do jakiej placówki zdrowia są zadeklarowani,

8. co miesięczne rozliczenie Programu Zdrowotnego do 10 dnia następnego miesiąca na podstawie faktury wystawionej przez realizatora wraz ze sprawozdaniem merytoryczno-finansowym (wzór nr 3), oświadczeniem o przystąpieniu do Programu Zdrowotnego (wzór nr 5).

### V. ZASADY I WARUNKI PRZYZNANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z BUDŻETU MIASTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO.

1. Podmioty uczestniczące w konkursie ofert i ubiegające się o środki z budżetu miasta na realizację Programu Zdrowotnego powinny spełniać następujące warunki:

1) Opracować ofertę (wzór nr 1) uwzględniając zadania realizowane w ramach programu podane w niniejszym ogłoszeniu.

2) Złożyć w terminie poprawnie i w sposób czytelny wypełnioną ofertę, zgodnie z zasadami uczciwej konkurencji, gwarantującą realizację programu w sposób efektywny i terminowy.

- 3) Posiadać niezbędną wiedzę, kwalifikacje, doświadczenie, odpowiednie zaplecze lokalowe i sprzętowe do realizacji programu. Szczepienia będą realizowane w pomieszczeniach, które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
- 4) Oferty muszą być podpisane przez osoby(ę) uprawnione(a) do składania oświadczeń.
- 5) Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:
  - a) statut jednostki (bądź inny dokument potwierdzający jego formę organizacyjną) lub kopię potwierdzoną ze zgodność z oryginałem,
  - b) wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wyciąg z rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę, okręgowej rady lekarskiej lub okręgowej rady pielęgniarek (lub kopie ww. dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem),
  - c) oświadczenie (wzór nr 2),
  - d) dokument potwierdzający ubezpieczenie realizatora programu zdrowotnego od odpowiedzialności cywilnej w ramach prowadzonej działalności (lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem),
  - e) oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią doświadczoną kadrą medyczną, aparaturą i warunkami do przeprowadzenia programu zdrowotnego.

Kopie dokumentów winny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby(ę) upoważnione(a) do podpisania oferty.

## **2. Termin i sposób składania ofert:**

- 1) Kompletne oferty wraz z załącznikami, należy składać na formularzu wg wzoru do niniejszego ogłoszenia w nieprzekraczalnym terminie do dnia **31.12.2020 r.**
- 2) Wzór oferty można odebrać osobiście w siedzibie Zamawiającego, pok. nr 25 w godzinach pracy Urzędu Miasta od 7.30 do 15.30 lub bezpośrednio ze strony internetowej.
- 3) Osoby uprawnione do kontaktów z oferentami:  
- Justyna Stepień tel. (33) 857-93-43.
- 4) Koperta powinna być odpowiednio oznaczona:

„Konkurs-wybór realizatora Programu Zdrowotnego w 2021 roku pn., „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2017-2022”.

- 5) Zamkniętą kopertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego (Urząd Miasta Ustroń 43-450 Ustroń ul. Rynek 1 Biuro Podawcze pok. Nr 4) w terminie do **31.12.2020** .- z uwagi na obowiązujący stan epidemii prosimy o kontakt telefoniczny 33-857-93-43, 33-857-9350.
- 6) Kryterium wyboru oferty stanowić będzie najniższa cena. W przypadku złożenia ofert zawierających taką samą najniższą cenę przez więcej niż jednego realizatora programu – realizacja zadania zostanie zlecona tym podmiotom proporcjonalnie.
- 7) Wyboru realizatora programu zdrowotnego dokona Burmistrz Miasta Ustroń – dokonując oceny ofert na podstawie informacji w nich zawartych, biorąc pod uwagę spełnianie warunków stawianych oferentom oraz ceny poszczególnych świadczeń zdrowotnych, które będą wykonywane w ramach realizacji programu zdrowotnego.

## **VI. DODATKOWE INFORMACJE:**

Miasto Ustroń zastrzega sobie prawo unieważnienia konkursu, bądź niewyłonienia realizatora programu zdrowotnego.

Burmistrz Miasta  
  
Przemysław Korcz

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

**OFERTA**

**NA REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO**

**w trybie art. 48 ust. 4 i art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn zm.)**

.....  
**(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym )**  
**w okresie od ..... do .....**

## I. DANE NA TEMAT PODMIOTU

1) NAZWA PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ .....

(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)

2) DOKŁADNY ADRES: .....

TEL. .... FAX. ....

E-MAIL ..... http:// .....

3) FORMA PRAWNA .....

4) NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW LECZNICZYCH I ORGAN PROWADZĄCY REJESTR

5) NUMER WPISU DO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI

6) NR NIP .....

7) NAZWA BANKU I NR RACHUNKU .....

8) NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO PODPISYWANIA UMOWY NA REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO

9) OSOBA UPOWAŻNIONA DO SKŁADANIA WYJAŚNIEŃ I UZUPEŁNIEŃ DOTYCZĄCYCH OFERTY (IMIĘ I NAZWISKO, FUNKCJA ORAZ NR TELEFONU KONTAKTOWEGO)

## II. OPIS REALIZACJI PROGRAMU

1. Szczegółowy opis realizacji programu uwzględniający specyfikę programu (m.in. populacja objęta programem (wiek/rocznik), liczba osób objętych programem, rodzaj i zakres świadczeń, kwalifikacje personelu biorącego udział przy realizacji programu)

|  |
|--|
|  |
|--|

2. Sposób organizacji kampanii informacyjno – edukacyjnej (rodzaj działań/ liczba działań, liczba uczestników)

|  |
|--|
|  |
|--|

3. Miejsce wykonywania programu - dokładny adres, telefon, adres mailowy, ( m.in. zasady udziału/rejestracji beneficjentów w programie , dni i godziny realizacji programu)

|  |
|--|
|  |
|--|

4. Harmonogram planowanych działań /z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia

|  |
|--|
|  |
|--|

5. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju /ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną/



### III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

#### 1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

| Lp. | Poszczególne składowe kosztu jednostkowego                                           | Koszt w zł |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1.  | badanie lekarskie                                                                    | .....      |
| 2.  | cena szczepionki                                                                     | .....      |
| 3.  | informacyjna i administracyjno-techniczna obsługa realizacji świadczenia zdrowotnego | .....      |
|     | Koszt jednostkowy brutto:<br>(kalkulacja kosztu dla jednej osoby)                    | .....      |

#### 2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

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

(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....  
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

#### Załączniki:

- 1) statut jednostki (bądź inny dokument potwierdzający jego formę organizacyjną – np. umowę cywilną) – lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem,
- 2) wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wyciąg z rejestru opieki podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę, okręgowej rady lekarskiej lub okręgowej rady pielęgniarek (lub kopie ww. dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem);
- 3) oświadczenie (sporządzone według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej oferty), że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego będą finansowane jedynie przez Miasto Ustroń i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami, oraz że załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty,
- 4) dokument potwierdzający ubezpieczenie realizatora programu zdrowotnego od odpowiedzialności cywilnej w ramach prowadzonej działalności (lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem),
- 5) oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią doświadczoną kadrą medyczną, aparaturą i warunkami do przeprowadzenia programu zdrowotnego.

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż:

- świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach programu zdrowotnego pn.:

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

będą finansowane jedynie przez Miasto Ustroń i nie będą przedstawiane  
z innymi podmiotami,

w rozliczeniach

- załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....  
(data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

**SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNO-FINANSOWE  
(CZĘŚCIOWE/KOŃCOWE)  
Z REALIZACJI PROGRAMU ZDROWOTNEGO**

.....  
(nazwa Programu)

**I. PRZEBIEG KAMPANII INFORMACYJNO-EDUKACYJNEJ REALIZOWANEJ WPROGRAMIE.**

**II. REALIZACJA PROGRAMU ZDROWOTNEGO W UJĘCIU TABELARYCZNYM I OPISOWYM.**

| l.p. | Liczba uzyskanych zgód rodziców/opiekunów prawnych | Liczba badań / kwalifikacji dzieci powyżej roku | Liczba dzieci zaszczepionych |
|------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------|
|      |                                                    |                                                 |                              |
|      |                                                    |                                                 |                              |
|      |                                                    |                                                 |                              |
|      |                                                    |                                                 |                              |
|      |                                                    |                                                 |                              |
| L.p. | Liczba badań / kwalifikacji osób dorosłych         | Liczba osób zaszczepionych                      |                              |
|      |                                                    |                                                 |                              |
|      |                                                    |                                                 |                              |
|      |                                                    |                                                 |                              |
|      |                                                    |                                                 |                              |
|      |                                                    |                                                 |                              |
|      |                                                    |                                                 |                              |

**III. PONIESIONE KOSZTY NA REALIZACJĘ ZADANIA.**

| l.p. | Rodzaj kosztów | Ilość Jednostkowa | Koszt jednostkowy | Rodzaj miary | Koszt finansowy całkowity |
|------|----------------|-------------------|-------------------|--------------|---------------------------|
|      |                |                   |                   |              |                           |
|      |                |                   |                   |              |                           |
|      |                |                   |                   |              |                           |
|      |                |                   |                   |              |                           |

.....  
(data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)



Umowa NR SR.8010.000\_\_\_\_.2021

Zawarta w dniu ..... w Ustroniu  
pomiędzy

**MIASTEM USTROŃ**, ul. Rynek 1, 43-450 Ustroń NIP 548-240-74-34 reprezentowanym przez Burmistrza Miasta Ustroń – Przemysława Korcza, zwanym w dalszej części umowy „Zamawiającym”,

a

\_\_\_\_\_ z siedzibą w Ustroniu  
\_\_\_\_\_ wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej reprezentowaną przez \_\_\_\_\_ zwanych w dalszej części umowy „Wykonawcą”, zaś wspólnie dalej „Stronami”.

## § 1.

Podstawą zawarcia umowy jest wybór oferty zgodny z art. 48 i art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2020, poz. 1398 z późniejszymi zmianami) i art. 114, ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.).

## § 2.

1. Przedmiotem umowy jest realizacja zadania z zakresu działalności leczniczej w ramach realizacji Programu Zdrowotnego pn „ Program Polityki Zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2017-2022”

2. Przedmiot umowy zostanie wykonany w zakresie zgodnym i w sposób zgodny z ofertą Wykonawcy z dnia \_\_\_\_\_ r. będącymi integralnymi częściami niniejszej umowy oraz zaktualizowanym harmonogramem i kosztorysem.

3. Wykonawca zobowiązuje się do prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji medycznej i statystycznej, przy uwzględnieniu przepisów ustawy o ochronie danych osobowych.

## § 3.

Przedmiot umowy zostanie wykonany w terminie: od \_\_\_\_\_ 2021 r. do 30 listopada 2021 r.

## § 4.

1. Za realizację zadania Zamawiający uiszcza Wykonawcy wynagrodzenie za wykonanie zadania określonego w § 2 wg następujących cen jednostkowych brutto (łącznie z podatkiem VAT) podanych w formularzu ofertowym, które są stałe i nie podlegają waloryzacji w czasie obowiązywania umowy. Cena za szczepienie 1 osoby biorącej udział w programie wynosi ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych brutto) w tym:

1) badanie lekarskie: \_\_\_\_\_,00 złotych,

2) cena szczepionki: \_\_\_\_\_,00 złotych,

3) informacja i administracyjno – techniczna obsługa realizacji świadczenia zdrowotnego: \_\_\_\_\_,00 złotych.

2. Rozliczenie wykonanej usługi odbywać się będzie powykonawczo w oparciu o faktyczne wykonanie zadania (za dany miesiąc) wraz ze sprawozdaniem merytoryczno – finansowym sporządzonym zgodnie z załącznikiem do niniejszej umowy. Na podstawie tego zostanie wystawiona faktura, która będzie obejmować rozliczenie wykonania przedmiotu umowy za okres rozliczeniowy obejmujący 1 miesiąc kalendarzowy. Rozliczenie Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć Zamawiającemu w terminie do 10 dnia miesiąca kalendarzowego następnego miesiąca.

3. Zamawiający ustala próg wartościowy realizacji zamówienia w wysokości .....zł brutto, (słownie .....złotych brutto) którego przekroczenie powoduje rozwiązanie umowy.

4. Wynagrodzenie określone w ust. 1 zawiera należny podatek VAT w wysokości 23 % oraz zaspokaja wszelkie roszczenia Wykonawcy wobec Zamawiającego z tytułu wykonania niniejszej umowy.

5. Wynagrodzenie za wykonaną i odebraną usługę miesięczną zostanie wypłacone przelewem przez Zamawiającego na konto Wykonawcy w terminie do 30 dni licząc od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury wraz z dokumentami rozliczeniowymi.

6. Strony postanawiają, że zapłata następuje w dniu obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

7. Fakturę należy wystawić na płatnika: Miasto Ustroń ul. Rynek 1, 43 - 450 Ustroń NIP 548-240-74-34.

## § 5.

Wykonawca, realizując program zobowiązuje się do informowania w wydawanych przez siebie w ramach zadania, publikacjach, materiałach informacyjnych, poprzez media, jak również stosownie do charakteru zadania, poprzez widoczną w miejscu jego realizacji tablicę i przez ustną informację kierowaną do odbiorców o fakcie finansowania realizacji zadania przez Zamawiającego, który musi wyrazić na to zgodę.

## § 6.

1. Wykonawca zobowiązuje się do:

- 1) poddania ocenie realizacji programu dokonywanej w miejscu jego realizacji lub w miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego, kontrola może być przeprowadzona w toku realizacji programu lub po jego realizacji przez upoważnionych pracowników Wydziału Środowiska i Rolnictwa,
- 2) udostępnienia pomieszczeń i sprzętu dla kontrolujących w celu umożliwienia przeprowadzenia kontroli,
- 3) przedłożenia wszelkich dokumentów dotyczących programu oraz do umożliwienia przeprowadzenia oględzin w miejscu realizacji programu,
- 4) udzielania ustnie lub na piśmie, w zależności od żądania kontrolującego i w terminie przez niego określonym, wyjaśnień i informacji dotyczących programu.

2. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządzają notatkę z oceny realizacji programu w dwóch egzemplarzach.

3. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 7 dni od dnia otrzymania notatki. Wyjaśnienia składane są Zamawiającemu na piśmie.

## § 7.

1. Wykonawca sporządzi i przekaże do Wydziału Środowiska i Rolnictwa Urzędu Miasta Ustroń sprawozdanie końcowe z realizacji programu w terminie 7 dni od dnia zakończenia realizacji programu, o którym mowa w § 3.

2. Brak uwag do sprawozdania stanowi o jego zaakceptowaniu przez Zamawiającego.

## § 8.

1. Wykonawca oświadcza, iż posiada polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym programem.

2. Za szkody powstałe w związku z realizacją Programu Zdrowotnego odpowiedzialność ponosi Wykonawca.

3. Wykonawca bierze na siebie pełną odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie przedmiotu umowy, zapewnienie odpowiednich warunków oraz metod podczas realizacji Programu Zdrowotnego.

4. Wykonawca zapłaci zamawiającemu kary umowne za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy w wysokości 1000,00 złotych,

5. Zamawiającemu przysługuje prawo potrącenia kary umownej z wynagrodzenia Wykonawcy.

6. W przypadku, gdy Zamawiający nie dokonuje płatności w terminie określonym w § 4 umowy, Wykonawca uprawniony jest do naliczenia odsetek ustawowych.

7. Strony ustalają, iż Wykonawca zobowiązany jest do zapłaty przewidzianych w niniejszej umowie kar umownych, chociażby przyczyny stanowiące podstawę zastrzeżenia obowiązku zapłaty tych kar były następstwem okoliczności, za które Wykonawca odpowiedzialności nie ponosi.

#### **§ 9.**

1. Umowa zostaje zawarta w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze Stron.

2. W zakresie nieuregulowanym umową znajdują zastosowanie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego.

3. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności - aneks do umowy.

4. Wszelkie spory, jakie mogą wyniknąć w związku z realizacją umowy, będą rozpatrywane przez sąd właściwy miejscowo dla Zamawiającego.

## OŚWIADCZENIE

o przystąpieniu do Programu Zdrowotnego w roku 2021 pn.: „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2017-2022”

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w programie oraz przekazanie w.w. danych osobowych do Urzędu Miasta Ustroń mieszczącego się przy ul. Rynek 1 w Ustroniu jak i przetwarzanie na potrzeby związane z realizacją Programu Zdrowotnego w roku 2020 pn Program Polityki Zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2017-2022”

2. Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach, w szczególności o dobrowolności podania danych osobowych, prawie dostępu do treści danych i ich poprawienia oraz możliwości odwołania niniejszej zgody w każdym czasie. Mam również świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych osobowych lub jej odwołanie jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w przedmiotowym programie.

DANE DZIECKA BIORĄCEGO UDZIAŁ W PROGRAMIE/OSOBY DOROSŁEJ BIORĄCEJ UDZIAŁ W PROGRAMIE

Imię.....

Nazwisko.....

Adres.....

Data urodzenia.....

DAWKA.....

Nazwa przychodni, której podlega dziecko/osoby dorosłej biorącej udział w programie:

.....

.....

Dane rodzica DZIECKA BIORĄCEGO UDZIAŁ W PROGRAMIE:

Imię.....

Nazwisko.....

Adres.....

Nr telefonu.....

Pesel.....

.....

Podpis rodzica dziecka biorącego udział w programie

Podpis osoby dorosłej biorącej udział