

**UCHWAŁA NR 91/391/2020**  
**ZARZĄDU POWIATU KARTUSKIEGO**  
z dnia 8 września 2020 roku

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata 2020-2022” – część diagnostyczna**

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 920), art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 i 1493), art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, 567 i 1493) oraz art. 70<sup>1</sup> i 70<sup>3</sup> ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1145 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 875).

**Zarząd Powiatu Kartuskiego**

**w składzie:**

- 1) Bogdan Łapa – Starosta Kartuski;
- 2) Piotr Fikus – Wicestarosta;
- 3) Janina Kwiecień – Członek Zarządu;
- 4) Andrzej Leyk – Członek Zarządu;
- 5) Iwona Formela – Członek Zarządu;

**uchwała, co następuje:**

§ 1. Ogłasza się konkurs ofert na wybór realizatora „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata 2020-2022” – część diagnostyczna.

§ 2. Treść ogłoszenia konkursu ofert stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3. Wysokość środków publicznych przeznaczonych na realizację programu w części diagnostycznej w latach 2020-2022 wynosi 88 980,00 zł, w tym w 2020 r. – 18 980,00 zł, 2021 r. – 35 000,00 zł i 2022 r. – 35 000,00 zł.

§ 4. Ogłoszenie o konkursie zostanie zamieszczone na stronie internetowej Powiatu Kartuskiego, w Biuletynie Informacji Publicznej Starostwa Powiatowego w Kartuzach oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Starostwa Powiatowego w Kartuzach na ul. Dworcowej 1.

§ 5. Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Wydziału Ochrony Zdrowia i Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi Starostwa Powiatowego w Kartuzach.

§ 6. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

S T A R O S T A

/-/ Bogdan Łapa

## Uzasadnienie

Rada Powiatu Kartuskiego uchwałą nr XXI/211/2020 z dnia 28 sierpnia 2020 r. przyjęła do realizacji „Program profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata 2020-2022”.

Zgodnie z art. 48b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) w przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert, a jednostka samorządu terytorialnego ogłasza w swojej siedzibie i na stronie internetowej przeprowadzenie konkursu ofert co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.

W związku z powyższym podjęcie uchwały w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu jest zasadne.

*Aleksandra Koziół*  
*Dyrektor Wydziału Ochrony Zdrowia*  
*i Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi*

Załącznik do uchwały nr 91/391/2020  
Zarządu Powiatu Kartuskiego  
z dnia 8 września 2020 roku

**Zarząd Powiatu Kartuskiego**  
**ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora „Programu profilaktyki zakażeń HCV**  
**dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata 2020-2022” – część diagnostyczna**

**§ 1. Postanowienia ogólne**

1. Ilekroć w niniejszym ogłoszeniu jest mowa o:
  - 1) Programie – rozumie się przez to Program stanowiący załącznik do uchwały nr XXI/211/2020 Rady Powiatu Kartuskiego z dnia 28 sierpnia 2020 r. w sprawie przyjęcia do realizacji „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata 2020-2022”,
  - 2) Zamawiającym – rozumie się przez to Powiat Kartuski z siedzibą w Kartuzach, ul. Dworcowa 1, 83-300 Kartuzy.

**§ 2. Przedmiot konkursu ofert**

1. Przedmiotem konkursu ofert jest wybór realizatora lub realizatorów Programu z zachowaniem schematu i założeń postępowania w nim określonych. Treść Programu dostępna jest na stronie internetowej Powiatu Kartuskiego pod adresem: [www.kartuskipowiat.com.pl](http://www.kartuskipowiat.com.pl) w zakładce „Dla mieszkańców – Ochrona i Promocja Zdrowia”.
2. W ramach Programu realizator przeprowadzi na terenie powiatu kartuskiego badania przesiewowe krwi na obecność przeciwciał anti-HCV u osób w wieku 18-65 lat z grupy podwyższonego ryzyka zameldowanych na terenie powiatu kartuskiego, zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi.
3. Do zadań realizatora będzie należało:
  - 1) zakup testu na obecność przeciwciał anti-HCV,
  - 2) zakwalifikowanie do części diagnostycznej Programu poprzez wypełnienie ankiety kwalifikującej do przeprowadzenia badania krwi na obecność przeciwciał anti-HCV stanowiącej załącznik nr 1 do Programu,
  - 3) pobranie krwi do badania,
  - 4) przeprowadzenie badań krwi w kierunku obecności przeciwciał anti-HCV zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi, opisanie wyników testu,
  - 5) poinformowanie pacjentów z dodatnim wynikiem testu o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej po skierowanie do poradni specjalistycznej w kierunku wykonania dalszej diagnostyki oraz ewentualnego leczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
  - 6) prowadzenie rejestru świadczeń realizowanych w ramach Programu oraz sporządzenie sprawozdania z jego realizacji - zgodnie z wymaganiami Powiatu Kartuskiego,
  - 7) przeprowadzenie wśród uczestników Programu ankiety oceny jakości świadczeń wykonywanych w ramach realizacji Programu – ankieta stanowi załącznik nr 2 do Programu,
  - 8) wykonania ponownego testu na obecność przeciwciał anti-HCV u osób, u których wynik pierwszego testu był pozytywny.
4. Program będzie realizowany zgodnie z kolejnością zgłoszeń pacjentów, bez względu na podmiot leczniczy, do którego zapisana jest osoba w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

### **§ 3. Termin realizacji Programu**

Realizacja Programu rozpocznie się z chwilą zawarcia umowy z Zamawiającym i potrwa do dnia 09.12.2022 r.

### **§ 4. Wysokość środków przeznaczonych na realizację Programu**

1. Wysokość środków finansowych zaplanowanych na realizację Programu w części diagnostycznej wynosi w latach 2020-2022 – 88 980,00 zł (osiemdziesiąt osiem tysięcy dziewięćset osiemdziesiąt złotych, 00/100), z tego w 2020 r. – 18 980,00 zł (osiemnaście tysięcy dziewięćset osiemdziesiąt złotych, 00/100), 2021 r. – 35 000,00 zł (trzydzieści pięć tysięcy złotych, 00/100) i 2022 r. - 35 000,00 zł (trzydzieści pięć tysięcy złotych, 00/100).
2. Rozliczenie środków przez Powiat Kartuski, szczegółowe warunki i terminy zapłaty za wykonane świadczenia określi umowa zawarta z Zamawiającym.
3. Realizator Programu będzie zobowiązany do składania miesięcznych sprawozdań według wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do ogłoszenia.

### **§ 5. Oferenci**

Oferty mogą być składane przez podmioty lecznicze w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.).

### **§ 6. Wymagania stawiane Oferentom, niezbędne do realizacji Programu**

1. Spełnienie kryteriów wynikających z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.).
2. Zgodność zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez oferenta w świetle obowiązujących przepisów, z przedmiotem Programu.
3. Posiadanie w swoich strukturach laboratorium wykonującego badania diagnostyczne krwi na obecność przeciwciał anty-HCV, spełniającego wszystkie wymagania określone obowiązującymi przepisami prawa lub zagwarantowanie dostępu do laboratorium spełniającego wymogi określone obowiązującymi przepisami prawa, które umożliwia wykonanie badań.
4. Zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel z kwalifikacjami odpowiadającymi zakresowi realizacji Programu.
5. Zapewnienie dostępności do świadczeń co najmniej trzy dni w tygodniu.
6. Udzielanie świadczeń w punkcie lub w punktach pobrań na terenie powiatu kartuskiego.

### **§ 7. Sposób przygotowania oferty – wymogi formalne**

1. Ofertę na konkurs na wybór realizatora Programu należy sporządzić na formularzu według wzoru określonego w załączniku nr 1 do niniejszego ogłoszenia.
2. Formularz oferty można pobrać ze strony internetowej Powiatu Kartuskiego pod adresem: [www.kartuskipowiat.com.pl](http://www.kartuskipowiat.com.pl) w zakładce „Dla mieszkańców – Ochrona i Promocja Zdrowia” lub otrzymać w Wydziale Ochrony Zdrowia i Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi przy ul. Gdańskiej 26 w Kartuzach, pokój nr 17 w godzinach pracy Urzędu.
3. Oferta musi być sporządzona w sposób czytelny, przejrzysty i w języku polskim oraz napisana na komputerze.
4. Oferta musi być podpisana i opieczetowana przez przedstawiciela/li Oferenta upoważnionego/nych do reprezentowania Oferenta na zewnątrz i zaciągania w jego imieniu zobowiązań finansowych oraz składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.
5. Do oferty należy dołączyć:
  - 1) kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

- 2) kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument informujący o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących,
  - 3) kopię statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki),
  - 4) kopię aktualnej polisy zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu,
  - 5) w przypadku wyboru innego sposobu reprezentacji Oferenta niż wynikający z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji – dokument potwierdzający upoważnienie do działania w imieniu Oferenta,
  - 6) inne dokumenty mogące mieć wpływ w ocenie Oferenta na merytoryczną wartość składanej oferty.
6. Załączniki muszą spełniać wymogi ważności, tzn. muszą być podpisane przez osoby uprawnione do składania oświadczeń woli i spełniać następujące warunki:
- 1) w przypadku załączników składanych w formie kserokopii każda strona załącznika winna być potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione,
  - 2) jeżeli osoby uprawnione nie dysponują pieczętkami imiennymi każda strona winna być podpisana pełnym imieniem i nazwiskiem z zaznaczeniem pełnionej funkcji,
  - 3) każda strona powinna być opatrzona datą potwierdzenia zgodności z oryginałem.
7. Wszystkie pola formularza oferty muszą być czytelnie wypełnione. W pola, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
8. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę. W sytuacji złożenia więcej niż jednej oferty, żadna z ofert nie będzie podlegała ocenie formalnej ani merytorycznej.
9. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty. Zaleca się, aby Oferent zdobył wszelkie informacje, które mogą być konieczne do przygotowania oferty.

## **§ 8. Miejsce i termin składania ofert**

1. Ofertę należy przesłać lub złożyć w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 25 września 2020 r. do godz. 15<sup>00</sup>** w kancelarii ogólnej Starostwa Powiatowego w Kartuzach przy ul. Dworcowej 1, 83-300 Kartuzy. Liczy się data wpływu oferty do urzędu. Wszystkie oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone i zwrócone Oferentom bez otwierania kopert.
2. Ofertę należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej następującą adnotacją:
  - 1) nazwa i adres Oferenta,
  - 2) adresat: Starostwo Powiatowe w Kartuzach, ul. Dworcowa 1, 83-300 Kartuzy,
  - 3) *Oferta na konkurs na wybór realizatora „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata 2020-2022” – Nie otwierać”.*

## **§ 9. Tryb i kryteria stosowane przy dokonywaniu wyboru oferty**

1. Konkurs ofert przeprowadzi komisja konkursowa powołana przez Zarząd Powiatu Kartuskiego. Komisja konkursowa pracuje zgodnie z regulaminem pracy komisji konkursowej, który określi uchwałą Zarządu Powiatu Kartuskiego.
2. Konkurs ofert składa się z dwóch etapów.
3. W pierwszym etapie komisja dokonuje otwarcia kopert i sprawdza czy oferta spełnia wymogi określone w § 6 i § 7 ogłoszenia wypełniając kartę oceny oferty pod względem formalnym stanowiącą załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia.
4. Oferty podlegają procedurze uzupełnienia braków formalnych w zakresie:
  - 1) brakujących podpisów pod ofertą, w przypadku gdy nie została podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania oferenta,
  - 2) poświadczenia za zgodność z oryginałem złożonych dokumentów przez osoby upoważnione do reprezentowania oferenta.
5. W przypadku stwierdzenia braków formalnych Oferent zostaje poproszony o ich uzupełnienie, w zakresie i formie wskazanej przez komisję konkursową, powiadomienie

nastąpi drogą elektroniczną (e-mail) na adres wskazany w ofercie lub w przypadku braku adresu e-mail – faksem. Uzupełnienia należy dokonać w terminie 2 dni roboczych od dnia powiadomienia komisji konkursowej pod rygorem odrzucenia oferty.

6. Oferty, które nie spełnią pozostałych warunków określonych w § 6 i § 7 zostają odrzucone z przyczyn formalnych bez wzywania do uzupełnienia i złożenia wyjaśnień do oferty.

7. W drugim etapie komisja konkursowa dokonuje oceny merytorycznej stosując następujące kryteria oraz punktację wypełniając kartę oceny oferty pod względem merytorycznym stanowiącą załącznik nr 3 do niniejszego ogłoszenia:

**1) merytoryczne (maksymalnie 2 punkty), w tym:**

a) liczba osób objętych Programem - oferta z najwyższą liczbą osób uzyskuje 2 punkty pozostałe 0 punktów.

**2) finansowe (maksymalnie 3 punkty), w tym:**

a) koszt za udzielenie jednego świadczenia - oferta z najniższą ceną za udzielenie jednego świadczenia uzyskuje 3 punkty, a pozostałe 0 punktów.

**3) organizacyjne (maksymalnie 7 punktów), w tym:**

a) doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej – 2 punkty,

b) dostępność do świadczeń udzielanych w ramach Programu:

- więcej niż jeden punkt pobrań na terenie powiatu kartuskiego – 3 punkty,

- więcej niż trzy dni w tygodniu – 2 punkty.

8. Kryterium wyboru oferty będzie łączna liczba punktów uzyskanych przez Oferenta za ocenę merytoryczną.

9. Komisja konkursowa przygotowuje propozycję wyboru oferty i przedkłada ją Zarządowi Powiatu Kartuskiego.

10. Oferent przedstawia w ofercie cenę jednostkową brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach Programu, którego zakres określa § 2 ust. 2 i 3 niniejszego ogłoszenia, zwaną dalej ceną. Cena wskazana przez Oferenta w ofercie nie podlega zmianom w trakcie realizacji Programu. Cena winna być określona przez Oferenta z uwzględnieniem upustów, jakie Oferent oferuje.

11. Możliwe jest zamknięcie konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert, w tym zamknięcie konkursu z uwagi na brak ofert spełniających wymogi formalne lub merytoryczne.

## **§ 10. Termin rozstrzygnięcia konkursu**

1. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni od dnia zakończenia składania ofert.

2. Ostateczną decyzję o rozstrzygnięciu konkursu ofert podejmie Zarząd Powiatu Kartuskiego w formie uchwały po zapoznaniu się z opinią komisji konkursowej.

3. Decyzja Zarządu będzie opublikowana na stronie internetowej Powiatu Kartuskiego, Biuletynie Informacji Publicznej Starostwa Powiatowego w Kartuzach oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Starostwa Powiatowego w Kartuzach przy ul. Dworcowej 1.

4. Do uchwały Zarządu Powiatu Kartuskiego w sprawie rozstrzygnięcia konkursu ofert nie stosuje się trybu odwoławczego.

## **§ 11. Termin i warunki zawarcia umowy**

1. Po ogłoszeniu wyników konkursu Zamawiający, bez zbędnej zwłoki, zawiera umowę na realizację Programu, której wzór stanowi załącznik nr 4 do niniejszego ogłoszenia.

2. Umowa zawierana pomiędzy Zamawiającym a wyłonionym w konkursie Oferentem reguluje szczegółowe i ostateczne warunki realizacji, finansowania i rozliczenia Programu.

## § 12. Postanowienia końcowe

1. W trakcie realizacji Programu Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany kwoty przeznaczonej na jego realizację w sytuacji, gdy wystąpią okoliczności, których nie można było przewidzieć na etapie podpisywania umowy.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zakończenia realizacji Programu będącego przedmiotem konkursu w sytuacji, gdy świadczenia dla grupy adresatów Programu zostaną włączone do badań finansowanych ze środków ministra właściwego ds. zdrowia.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert bez podania przyczyny.
4. Zamawiający informuje Oferentów o rozstrzygnięciu konkursu ofert albo o zamknięciu konkursu bez dokonania wyboru.
5. Oferta złożona w toku konkursu przestanie wiązać, gdy zostanie wybrana inna oferta, albo gdy konkurs zostanie zamknięty bez wybrania którejkolwiek z ofert, albo Zamawiający odwoła konkurs.
6. Zamawiający zastrzega sobie prawo negocjowania warunków i kosztów realizacji programu oraz możliwości wyboru więcej niż jednej oferty w ramach środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu.
7. W sprawach nieuregulowanych niniejszym ogłoszeniem konkursowym mają zastosowanie odpowiednie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1145 z późn. zm.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) w zakresie konkursów ofert oraz zawierania umów.
8. Szczegółowych informacji na temat konkursu udzielają: Natalia Litwin i Aleksandra Kozioł z Wydziału Ochrony Zdrowia i Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi Starostwa Powiatowego w Kartuzach (ul. Gdańska 26, 83-300 Kartuzy pok. nr 17), tel. 58 694-82-70, e-mail: zdrowie@kartuskipowiat.pl.

## § 13. Informacja dotycząca ochrony danych osobowych

### 1. Dane osobowe:

1) Oferent w związku z prowadzeniem bazy danych i udzielaniem świadczeń, które są przedmiotem konkursu ofert zobowiązuje się do postępowania zgodnie 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 (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

#### 2) Klauzula informacyjna:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (dalej: RODO) Starostwo Powiatowe w Kartuzach informuje, że:

#### 1. administratorem pozyskiwanych danych osobowych jest:

Nazwa Administratora Danych Osobowych	Adres	Dane kontaktowe
Starosta Kartuski	ul. Dworcowa 1, 83-300 Kartuzy	adres e-mail: powiat@kartuskipowiat.pl tel. +48 58 681 03 28; 58 685 33 43

2. w sprawach z zakresu ochrony danych osobowych możliwy jest kontakt z inspektorem ochrony danych:

Inspektor Ochrony Danych	Adres	Dane kontaktowe
Michalina Treder	ul. Gdańska 21, 83-300	iod@kartuskipowiat.pl

	Kartuzy	tel. 534 086 656
--	---------	------------------

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji konkursu ofert na wybór realizatora „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata 2020-2022” – część diagnostyczna.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.).
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem związanym z udziałem w postępowaniu konkursowym.
6. W przypadku, gdy dane osobowe będą przetwarzane na podstawie zgody, osoba, której dane dotyczą, ma prawo cofnąć zgodę w dowolnym momencie.
7. Każda osoba, której dane dotyczą, ma prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, sprzeciwu, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także żądania przenoszenia danych zgodnie z zasadami określonymi w RODO.
8. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby lub podmioty, którym będzie udostępniana dokumentacja niniejszego postępowania konkursowego.
9. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji odpowiedniego celu przetwarzania wskazanego w pkt 3. Dokumenty zawierające dane osobowe są archiwizowane na zasadach określonych w przepisach prawa powszechnie obowiązującego.
10. Administrator nie ma zamiaru przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.
11. Administrator nie wykorzystuje systemów służących do automatycznego podejmowania decyzji ani nie profiluje osób w rozumieniu art. 22 ust. 1 i 4 RODO.
12. W przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych narusza RODO, każda osoba ma prawo wnieść skargę do organu nadzorczego:

Nazwa organu nadzoru	Adres	Dane kontaktowe
Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych	ul. Stawki 2 00-193 Warszawa	tel. 22 531 03 00 fax. 22 531 03 01 kancelaria@giodo.gov.pl



Załącznik nr 1  
do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór  
realizatora „Programu profilaktyki zakażeń HCV  
dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata  
2020-2022” – część diagnostyczna

## **OFERTA NA REALIZACJĘ**

**„Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata  
2020-2022” – część diagnostyczna**

### ***I. Dane dotyczące Oferenta***

**1. Pełna nazwa Oferenta:**

**2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) – miejscowość, ulica  
i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:**

**3. Status prawny Oferenta:**

**4. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:**

**5. Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np.  
ewidencji działalności gospodarczej:**

**6. Nr identyfikacyjny NIP:**

**7. Nr identyfikacyjny Regon:**

**8. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli  
w imieniu Oferenta:**

**9. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:**

--

**10. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:**

--

**11. Miejsce lub miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych):**

--

**12. Informacja o zleceniu części diagnostycznej innemu podmiotowi (wypełnić jeżeli oferent nie posiada w swoich strukturach laboratorium analitycznego a badanie jest zlecane innemu podmiotowi)**

Nazwa i adres podmiotu prowadzącego laboratorium analityczne:

--

Pełna nazwa laboratorium analitycznego:

--

Numer laboratorium w ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych:

--

**13. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:**

Imię i nazwisko	Posiadane kwalifikacje	Zakres wykonywanych zadań w ramach Programu


## **II. Informacje o programie**

**1. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych:**

--

**2. Planowana liczba uczestników Programu:**

--

## **III. Kosztorys Programu**

Lp.	Zakres jednego świadczenia obejmuje:	Koszt jednostkowy za przeprowadzenie działań wymienionych w punktach od 1 do 7 (kwota brutto w zł)
1.	Zakup testu na obecność przeciwciał anti-HCV.	
2.	Zakwalifikowanie do części diagnostycznej programu poprzez wypełnienie ankiety kwalifikującej do przeprowadzenia badania krwi na obecność przeciwciał anti-HCV stanowiącej załącznik nr 1 do programu.	
3.	Pobranie krwi do badania.	
4.	Przeprowadzenie badań krwi w kierunku obecności przeciwciał anti-HCV zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi, opisanie wyników testu.	
5.	Poinformowanie pacjentów z dodatnim wynikiem testu o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej po skierowanie do poradni specjalistycznej w kierunku wykonania dalszej diagnostyki oraz ewentualnego leczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.	
6.	Prowadzenie rejestru świadczeń realizowanych w ramach programu oraz sporządzenie sprawozdania z jego realizacji - zgodnie z wymaganiami Powiatu Kartuskiego.	
7.	Przeprowadzenie wśród uczestników programu ankiety oceny jakości świadczeń wykonywanych w ramach realizacji programu – ankieta stanowi załącznik nr 2 do programu.	

#### **IV. Doświadczenie**

1.	Doświadczenie Oferenta w realizacji programów polityki zdrowotnej (rodzaje programów, zleceniodawca programu)	
----	---	--

#### **Jednocześnie Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora Programu oraz załącznikami do ww. ogłoszenia,
2. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty,
3. Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach programu posiadają wymagane kwalifikacje,
4. Spełnia kryteria wynikające z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.).

.....  
pieczęć firmowa Oferenta

.....  
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych  
do reprezentowania Oferenta

#### Załączniki:

1. Kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument informujący o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących.
3. Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki).
4. Kopia aktualnej polisy zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.
5. W przypadku wyboru innego sposobu reprezentacji Oferenta niż wynikający z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji – dokument potwierdzający upoważnienie do działania w imieniu Oferenta.
6. Inne dokumenty mogące mieć wpływ w ocenie Oferenta na merytoryczną wartość składanej oferty.

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.

2. Załączniki muszą spełniać wymogi ważności, tzn. muszą być podpisane przez osoby uprawnione do składania oświadczeń woli i spełniać następujące warunki:

1) w przypadku załączników składanych w formie kserokopii każda strona załącznika winna być potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione,

2) jeżeli osoby uprawnione nie dysponują pieczętkami imiennymi każda strona winna być podpisana pełnym imieniem i nazwiskiem z zaznaczeniem pełnionej funkcji,

3) każda strona powinna być opatrzona datą potwierdzenia zgodności z oryginałem.

### Karta oceny oferty pod względem formalnym

#### 1. Informacje ogólne

1.	Nazwa oferenta		
2.	Adres oferenta		
3.	Numer oferty		
4.	Termin składania ofert	Data złożenia oferty	

#### 2. Ocena formalna oferty

		*TAK	*NIE
1.	Oferta została złożona w terminie		
2.	Oferta została sporządzona na właściwym formularzu		
3.	Oferta została sporządzona w sposób czytelny, przejrzysty i w języku polskim, napisana na komputerze		
4.	Oferta jest podpisana i opieczetowana przez przedstawiciela/li oferenta upoważnionego/nych do reprezentowania oferenta na zewnątrz i zaciągania w jego imieniu zobowiązań finansowych oraz składania oświadczeń woli w imieniu oferenta		
5.	Do oferty załączono wymagane załączniki		
6.	Załączniki spełniają wymogi ważności		
7.	Wszystkie pola formularza oferty zostały wypełnione		
8.	Oferent złożył tylko jedną ofertę		
9.	Oferta spełnia kryteria wynikające z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.)		
10.	Oferta jest zgodna z zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Oferenta w świetle obowiązujących przepisów z przedmiotem Programu		
11.	Oferent posiada w swoich strukturach laboratorium wykonujące badania diagnostyczne krwi na obecność przeciwciał anty-HCV, spełniające wszystkie wymagania określone obowiązującymi przepisami prawa lub gwarantuje dostęp do laboratorium spełniającego wymogi określone obowiązującymi przepisami prawa		
12.	Oferent zapewnia udzielenie świadczeń zdrowotnych przez personel z kwalifikacjami odpowiadającymi zakresowi realizacji Programu		
13.	Oferent zapewnia dostępność do świadczeń co najmniej trzy dni w tygodniu		
14.	Oferent wskazuje udzielenie świadczeń w punkcie/tach pobrań na terenie powiatu kartuskiego		
<b>Podsumowanie – oferta spełnia wszystkie kryteria oceny formalnej:</b>			

### 3. Dodatkowe uwagi

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

*Podpisy członków komisji:*

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

\*we właściwym polu wstawić „X”

Załącznik nr 3  
do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór  
realizatora „Programu profilaktyki  
zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu  
kartuskiego na lata 2020-2022”  
– część diagnostyczna

## Karta oceny oferty pod względem merytorycznym

### 1. Informacje ogólne

1.	Nazwa oferenta	
2.	Adres oferenta	
3.	Numer oferty	

### 2. Ocena merytoryczna oferty

Lp.	Kryteria oceny oferty		Punktacja maksymalna	Punktacja przyznana
1.	Merytoryczne	liczba osób objętych programem	2	
2.	Finansowe	koszt za udzielenie jednego świadczenia	3	
3.	Organizacyjne	doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej	2	
		dostępność do świadczeń udzielanych w ramach Programu: więcej niż jeden punkt pobrań na terenie powiatu kartuskiego	3	
		więcej niż trzy dni w tygodniu	2	
<b>Ogółem:</b>			<b>12 pkt</b>	

### 3. Dodatkowe uwagi

.....  
.....

*Podpisy członków komisji:*

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



Załącznik nr 4  
do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór  
realizatora „Programu profilaktyki zakażeń HCV  
dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata  
2020-2022” – część diagnostyczna

**Umowa Nr .....  
na realizację „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu  
kartuskiego na lata 2020-2022” – część diagnostyczna**

zawarta w dniu ..... w Kartuzach

między:

Powiatem Kartuskim, z siedzibą w Kartuzach ul. Dworcowa 1, 83-300 Kartuzy, NIP 5891638355  
zwanym dalej „Zleceniodawcą”, reprezentowanym przez Zarząd Powiatu Kartuskiego, w imieniu,  
którego działają:

1).....

2).....

przy kontrasygnacie **Skarbnika Powiatu Kartuskiego**  
zwanym dalej **Zleceniodawcą**

a:

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

1) .....

2) .....

zwanym dalej **Zleceniobiorcą**.

Podstawę prawną niniejszej umowy stanowi:

- 1) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.).
- 2) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.).

**§ 1**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest realizacja „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata 2020-2022” – część diagnostyczna, zwanego dalej „Programem”, w roku 2020 od dnia ..... do dnia 11 grudnia, w roku 2021 od dnia 4 stycznia do dnia 10 grudnia, a w 2022 r. od dnia 3 stycznia do 9 grudnia lub do wyczerpania limitu środków tj. wydatkowania wcześniej kwoty przeznaczonej na realizację Programu.
2. Świadczenia będą wykonywane w .....(adres wykonywania świadczeń)..... w dniach i godzinach:.....
3. Programem objęte będą osoby w wieku od 18 do 65 lat, zameldowane w powiecie kartuskim, z grupy podwyższonego ryzyka, tj.:
  - 1) pracownicy opieki zdrowotnej,
  - 2) podejrzewające u siebie zakażenie HCV,
  - 3) były hospitalizowane,
  - 4) miały przeprowadzane zabiegi diagnostyczne i zabiegi medyczne,
  - 5) posiadają tatuaż i/lub kolczyki,
  - 6) przyjmowały dożylnie narkotyki,
  - 7) mieszkają lub mieszkały z osobą zakażoną wirusem HCV,
  - 8) stwierdzono u nich nieprawidłowy wzrost enzymu aminotransferazy alaninowej (ALT),

- 9) przebywały w zakładzie karnym lub areszcie śledczym,
  - 10) były leczone z powodu przewlekłego WZW typu B.
4. Zleceniobiorca w ramach realizacji umowy jest zobowiązany do:
- 1) zakupu testu na obecność przeciwciał anti-HCV,
  - 2) zakwalifikowania do części diagnostycznej Programu poprzez wypełnienie ankiety kwalifikującej do przeprowadzenia badania krwi na obecność przeciwciał anti-HCV stanowiącej załącznik nr 1 do Programu,
  - 3) pobrania krwi do badania,
  - 4) przeprowadzenia badania krwi w kierunku obecności przeciwciał anti-HCV zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi, opisaniami wyników testu,
  - 5) poinformowania pacjentów z dodatnim wynikiem testu o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej po skierowanie do poradni specjalistycznej w kierunku wykonania dalszej diagnostyki oraz ewentualnego leczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
  - 6) prowadzenia rejestru świadczeń realizowanych w ramach Programu,
  - 7) przeprowadzenia wśród uczestników Programu ankiety oceny jakości świadczeń wykonywanych w ramach realizacji Programu – ankieta stanowi załącznik nr 2 do Programu,
  - 8) złożenia do każdego 15 dnia miesiąca 2020 r., 2021 r. i 2022 r. sprawozdania miesięcznego z realizacji Programu według wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata 2020-2022” – część diagnostyczna, z tym że sprawozdanie za grudzień 2020 r. powinno być złożone do dnia 18 grudnia, za grudzień 2021 r. do dnia 17 grudnia, a za grudzień 2022 r. do dnia 16 grudnia.
  - 9) załączania do miesięcznych sprawozdań ankiet kwalifikujących do przeprowadzenia badania krwi na obecność przeciwciał anti-HCV według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do Programu oraz ankiet oceny jakości świadczeń wykonywanych w ramach realizacji programu według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do Programu,
  - 10) udostępnienia na piśmie wniosek Zleceniodawcy w wersji zabezpieczonej wykazu uczestników badań wraz z numerem PESEL, które zostały wykonane w ramach realizowanego Programu,
  - 11) wykonania ponownego testu na obecność przeciwciał anti-HCV u osób, u których wynik pierwszego testu był pozytywny.
5. Sposób organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu musi być zgodny ze złożoną przez Zleceniobiorcę ofertą stanowiącą integralną część umowy.
6. Wyżej wymieniony zakres świadczeń w ramach Programu musi być realizowany przez Zleceniobiorcę w całości w miejscu wskazanym w ofercie.

## § 2<sup>1)</sup>

1. Zleceniodawca wyraża zgodę na bezpośrednie wykonanie badań diagnostycznych przez .....
2. Zleceniobiorca odpowiada w stosunku do Zleceniodawcy za działania podmiotu wymienionego w ust. 1 jak za działania własne. Naruszenie przez ten podmiot wymogów określonych umową będzie jednoznaczne w skutkach z ich naruszeniem przez Zleceniobiorcę.

---

<sup>1)</sup> Dotyczy tylko Zleceniobiorcy, który nie posiada w swoich strukturach laboratorium analitycznego i zleca badanie „na zewnątrz”.

### § 3

1. Wykonanie umowy nastąpi od dnia ..... do dnia 09.12.2022 r. lub do wyczerpania limitu badań tj. wydatkowania wcześniej kwoty przeznaczonej na realizację Programu.
2. Maksymalna kwota finansowania świadczeń zdrowotnych wynosi w 2020 r. - 18 980,00 zł brutto (słownie: osiemnaście tysięcy dziewięćset osiemdziesiąt złotych, 00/100), w 2021 r. - 35 000,00 zł brutto (słownie: trzydzieści pięć tysięcy złotych, 00/100) i w 2022 r. - 35 000,00 zł brutto (słownie: trzydzieści pięć tysięcy złotych, 00/100).
3. Programem będą objęte osoby w liczbie ..... osób, przy czym całkowity koszt jednego świadczenia na osobę w ramach programu wyniesie ..... zł.
4. Okresem rozliczeniowym jest okres na jaki została zawarta umowa.
5. Koszt wykonania pojedynczego świadczenia określony w § 3 ust. 3 jest ostateczny i nie podlega zmianie.
6. Zapłata należności za wykonane świadczenia następować będzie co miesiąc, na podstawie przedstawionej faktury VAT.
7. Zleceniobiorca zobowiązuje się do dostarczenia faktur do każdego 15 dnia kolejnego miesiąca, z tym, że faktura za grudzień 2020 r. powinna być dostarczona do dnia 18 grudnia, za grudzień 2021 r. do dnia 17 grudnia, a za grudzień 2022 r. do dnia 16 grudnia. Fakturę VAT należy wystawić w następujący sposób: Nabywca: Powiat Kartuski, ul. Dworcowa 1, 83-300 Kartuzy, nr NIP 5891638355, Odbiorca: Starostwo Powiatowe w Kartuzach ul. Dworcowa 1, 83-300 Kartuzy.
8. Należność określona w ust. 7 będzie płatna w terminie 14 dni od daty otrzymania faktury VAT.
9. Jeżeli wystąpi rozbieżność pomiędzy liczbą świadczeń wykazanych w sprawozdaniach, o których mowa w § 1 ust. 4 pkt 8 i liczbą załączonych do sprawozdań ankiet kwalifikujących do przeprowadzenia badania krwi na obecność przeciwciał anty-HCV to Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do zapłaty za faktyczną liczbę wykonanych świadczeń. Zleceniobiorca będzie zobowiązany do wystawienia faktury korygującej.
10. Płatność dokonuje się przelewem na rachunek bankowy Zleceniobiorcy nr:  
.....

### § 4

1. Strony ustalają, że Zleceniodawca prowadzi nadzór i kontrolę wykonania umowy w trakcie jego realizacji jak i po jego wykonaniu, w szczególności Zleceniobiorca zobowiązany jest do poddania się kontroli dokonywanej w miejscu wykonania umowy lub w miejscu wyznaczonym przez Zleceniodawcę oraz do przekazywania Zleceniodawcy wszelkich informacji, sprawozdań i wyjaśnień w formie pisemnej dotyczących realizacji umowy.
2. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządza pisemny protokół w dwóch egzemplarzach.
3. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany Zleceniobiorca ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są Zleceniodawcy na piśmie.
4. Zleceniodawca udziela odpowiedzi Zleceniobiorcy na piśmie w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Zleceniobiorcę wyjaśnień.
5. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli nieprawidłowości w wykonaniu umowy, Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do:
  - 1) żądania zwrotu przekazanych środków finansowych w zakwestionowanej części, wraz z podatkowymi odsetkami od dnia otrzymania środków,
  - 2) rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

### § 5

1. Umowa może zostać przez Zleceniodawcę rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy, nieterminowego oraz nienależytego wykonania umowy, zmniejszenia zakresu rzeczowego umowy.
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 wykonanie umowy. Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych strony określają w sporządzonym protokole.
3. W przypadku odstąpienia przez Zleceniobiorcę od wykonania umowy Zleceniodawcy przysługuje kara umowna w wysokości 5 % kwoty określonej w § 3 ust. 2 za cały okres trwania umowy.

## **§ 6**

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki zawodowej.
2. Zleceniobiorca nie może powierzyć wykonania przedmiotu niniejszej umowy innym osobom.<sup>2)</sup>
3. W razie naruszenia postanowienia ust. 2 Zleceniodawca może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym.<sup>2)</sup>

## **§ 7**

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej otrzymanych środków finansowych, a także dokonywanych z tych środków wydatków oraz ewidencji przyjętych pacjentów.
2. Dokumentacja finansowo – księgowa dotycząca realizacji przedmiotu umowy powinna być przechowywana w siedzibie wykonującego usługę Zleceniobiorcy i udostępniana do wglądu dla Zleceniodawcy na żądanie, zarówno w trakcie jak i po zakończeniu realizacji Programu przez okres 5 lat w siedzibie Zleceniobiorcy realizującego Program.

## **§ 8**

W przypadku niemożności udzielania świadczeń przez osoby wymienione w ofercie Zleceniobiorca zobowiązuje się do zapewnienia we własnym zakresie ciągłości udzielania świadczeń w ramach środków finansowych określonych w umowie.

## **§ 9**

1. Pomieszczenia, w których będą wykonywane świadczenia zdrowotne oraz aparatura i sprzęt medyczny muszą spełniać kryteria wynikające z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.).
2. Zleceniobiorca ma obowiązek zaopatrywania się we własnym zakresie w materiały i artykuły sanitarne, sprzęt jednorazowego użytku oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń na podstawie niniejszej umowy.

## **§ 10**

1. Wszelkie zmiany, uzupełnienia i oświadczenia składane w związku z niniejszą umową wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

---

<sup>2)</sup> Dotyczy tylko Zleceniobiorcy, który posiada w swoich strukturach laboratorium analityczne i nie zleca badania „na zewnątrz”.

2. Wszelkie wątpliwości związane z realizacją niniejszej umowy będą wyjaśniane w formie pisemnej lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

### § 11

1. Zleceniobiorca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z realizacją umowy.
2. W zakresie związanym z realizacją umowy, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, Zleceniobiorca stosuje przepisy zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz 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 (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”.

### § 12

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1145 z późn. zm.).
2. Właściwym do rozstrzygnięcia sporów mogących wynikać w wyniku realizacji niniejszej umowy jest sąd powszechny właściwy dla siedziby Zleceniodawcy.

### § 13

Umowa niniejsza została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których dwa otrzymuje Zleceniodawca a jeden Zleceniobiorca.

Zleceniodawca:

Zleceniobiorca:

.....

.....

.....

.....

#### ZAŁĄCZNIK:

1. Oferta na realizację „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata 2020-2022” – część diagnostyczna wraz z załącznikami.

Załącznik nr 5  
do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór  
realizatora „Programu profilaktyki  
zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu  
kartuskiego na lata 2020-2022”  
– część diagnostyczna

.....  
(pieczęć realizatora)

.....  
(miejsowość, data)

## SPRAWOZDANIE ZA MIESIĄC

.....  
z realizacji „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu  
kartuskiego na lata 2020-2022” – część diagnostyczna

### 1. Liczba ankiet załączonych do sprawozdania

Ankieta kwalifikująca do przeprowadzenia badania krwi na obecność przeciwciał anty-HCV	..... sztuk	Potwierdzam liczbę załączonych ankiet ..... podpis pracownika urzędu
Ankieta oceny jakości świadczeń wykonywanych w ramach realizacji programu	..... sztuk	Potwierdzam liczbę załączonych ankiet ..... podpis pracownika urzędu

### 2. Liczba pacjentów, u których wykonano badanie

Lp.	Wiek pacjenta	Płeć pacjenta (M – mężczyzna K – kobieta)	Data wykonania badania	Wynik badania (P – pozytywny, N – negatywny)

Informację sporządził/a:

.....  
(czytelny podpis)