

Zarządzenie Nr OSS.0050.....<sup>58</sup>.....2019

Burmistrza Miasta Darłowo

z dnia .....<sup>28.01</sup>..... 2019 r.

**w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na świadczenie usług w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Miasta Darłowa w 2019 r. w wieku powyżej 60 lat**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r., poz. 994, z późn.zm.), art. 9a, 9b i art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.) w związku z Uchwałą nr LIV/418/2018 Rady Miejskiej w Darłowie z dnia 24 maja 2018 roku w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60 + mieszkańców Miasta Darłowo” zarządza się co następuje:

**§ 1**

1. Ogłasza się otwarty konkurs ofert dla podmiotów uprawnionych do świadczenia usług w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Miasta Darłowo w wieku powyżej 60 lat posiadających skierowania lekarskie na wykonanie tego typu zabiegów w całości finansowanych z budżetu Miasta Darłowo w roku 2019, o treści stanowiącej Załącznik Nr 1 do niniejszego zarządzenia.
2. „Szczegółowe warunki konkursu ofert” na świadczenie usług, o których mowa w ust. 1 stanowi Załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

**§ 2**

1. Otwarty konkurs ofert na świadczenie usług, o których mowa w § 1 przeprowadzi Komisja Konkursowa w następującym składzie osobowym:
  - 1) Zbigniew Mielczarski - Przewodniczący Komisji;
  - 2) Barbara Kaczyńska - członek Komisji;
  - 3) Renata Lepper-Zalewska - członek Komisji.
2. Regulamin pracy Komisji Konkursowej, wymienionej w ust.1, określa Załącznik nr 3 do niniejszego Zarządzenia.

**§ 3**

Wykonanie zarządzenia powierza się Kierownikowi Referatu Oświaty i Spraw Społecznych.

**§ 4**

Ogłoszenie, o którym mowa w § 1 umieszcza się na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Darłowie oraz na tablicy ogłoszeń znajdującej się w Urzędzie Miejskim w Darłowie.

**§ 5**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

z up. BURMISTRZA MIASTA

*Elżbieta Karlińska*  
Sekretarz Miasta

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr OSS.0050.....<sup>58</sup>.....2019

Burmistrza Miasta Darłowo  
z dnia .....<sup>28.01</sup>..... 2019 r.

## OGŁOSZENIE

**BURMISTRZA MIASTA DARŁOWO**

z dnia .....<sup>28.01</sup>..... 2019 r.

Na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.).

### **Burmistrz Miasta Darłowa**

ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w ramach Programu polityki zdrowotnej pn. „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60 + mieszkańców Miasta Darłowo” dla mieszkańców Miasta Darłowo posiadających skierowania lekarskie na wykonanie tego typu zabiegów, w całości finansowanych z budżetu Miasta Darłowa na rok 2019. Program został przyjęty do realizacji Uchwałą nr LIV/418/2018 Rady Miejskiej w Darłowie z dnia 24 maja 2018 roku.

1. Przedmiotem otwartego konkursu ofert jest wybór dwóch realizatorów Programu polityki zdrowotnej pn. Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60 + mieszkańców Miasta Darłowo” w 2019 roku.
2. Do składania ofert zaprasza się podmioty lecznicze, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz.2190, z późn. zm.).
3. Wymagania stawiane oferentom:
  - 1) dysponowanie wykwalifikowaną kadrą, zapewniającą prawidłową realizację zadania;
  - 2) udokumentowane doświadczenie w prowadzeniu takiej samej lub podobnej działalności,
  - 3) dysponowanie lokalem na terenie Miasta Darłowo, spełniającym wymogi do realizacji programu, określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz.739.);
  - 4) dysponowanie sprzętem medycznym, umożliwiającym realizację zadania;
  - 5) dysponowanie dodatkowym sprzętem medycznym, poszerzającym zakres realizacji zadania.
4. Czas realizacji zadania: od podpisania umowy do 10 grudnia 2019 r. bądź do wyczerpania środków finansowych.
5. Miasto Darłowo pokryje 100% kosztu każdego zabiegu.
6. Oferty należy składać na formularzu ofertowym, w zamkniętej kopercie z napisem: „Konkurs ofert - usługi rehabilitacyjne” w Biurze Obsługi Interesanta Urzędu Miejskiego w Darłowie, Pl. T. Kościuszki 9, 76-150 Darłowo, w terminie do 20 lutego 2019 r. do godz. 15<sup>00</sup> lub nadsyłać listownie na ww. adres. O terminie złożenia decyduje data wpływu do

Urzędu potwierdzona pieczęcią wpływu. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

7. Szczegółowe warunki konkursu ofert oraz formularz ofertowy można pobrać osobiście w pok. nr 8 Urzędu (tel. 94 314 22 23 do 25 wew. 230) lub ze strony internetowej <http://um.darlowo.ibip.pl/public/> zakładka: **Ogłoszenia**.

8. Organizator konkursu zastrzega sobie prawo do zmiany warunków konkursu, w tym do zmiany terminu składania ofert oraz do odwołania konkursu na każdym jego etapie bez podania przyczyny.

z up. BURMISTRZA MIASTA

*Elżbieta Kulińska*  
Sekretarz Miasta

## SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

### I. ZAŁOŻENIA OGÓLNE

1. Do składania ofert zaprasza się podmioty lecznicze, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190, z późn. zm.)
2. Konkurs ofert prowadzony jest na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.) oraz w niniejszych „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
3. Oferta musi spełniać wymagania określone w niniejszych „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
4. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od daty złożenia oferty.
5. Postępowanie konkursowe przeprowadzi Komisja Konkursowa powołana przez Burmistrza Miasta Darłowo.

### II. PRZEDMIOT KONKURSU

1. Przedmiotem otwartego konkursu ofert jest wybór dwóch realizatorów Programu polityki zdrowotnej pn. "Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60 + mieszkańców Miasta Darłowo” w 2019 roku.
2. Do udziału w zabiegach rehabilitacyjnych uprawniony jest każdy spośród mieszkańców Miasta Darłowa, który ukończył 60 rok życia i uzyskał skierowanie od lekarza rodzinnego, lekarza specjalistę oraz zakwalifikował się na określony rodzaj zabiegów, w ramach zagwarantowanych środków finansowych. Z zastrzeżeniem, iż mieszkaniec może skorzystać z maksymalnie 20 zabiegów w ciągu roku. Decyzję o zakwalifikowaniu pacjenta do programu podejmuje podmiot leczniczy realizujący zadanie wyłoniony w drodze konkursu.
3. Zakwalifikowanie do programu może nastąpić po przedstawieniu przez pacjenta odpowiedniego skierowania oraz potwierdzenia faktu zamieszkania na terenie Miasta Darłowa oraz ukończenia 60 r. ż. Skierowanie wystawia lekarz rodzinny lub inny uprawniony lekarz specjalista.
4. Pacjent posiadający wymagane skierowanie, jest zobowiązany do uzyskania decyzji o zakwalifikowaniu do zabiegów przez podmiot realizujący zadanie. Pacjent powinien zgłosić się do gabinetu nie później niż 30 dni od daty wystawienia skierowania. Skierowanie na zabiegi powinno zawierać:
  - 1) pieczęć nagłówkową podmiotu leczniczego;
  - 2) imię, nazwisko, adres zamieszkania świadczeniobiorcy;

- 3) rozpoznanie;
  - 4) zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa, lewa) oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu;
  - 5) pieczęć i podpis lekarza kierującego oraz datę wystawienia skierowania;
  - 6) ewentualne uwagi.
5. W ramach realizacji programu podmiot leczniczy przeprowadzi akcję informacyjną skierowaną do personelu medycznego dotyczącą kwalifikowania pacjentów do programu. Informacja dla mieszkańców o realizacji programu zamieszczona zostanie na stronie www Urzędu Miasta Darłowo oraz na terenie jednostek pomocniczych, ponadto zostanie rozplakatowana na terenie miasta.
6. Organizacja programu będzie składała się z następujących etapów:
- 1) Akcja informacyjna o realizacji programu.
  - 2) Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu programu:
    - a) zarejestrowanie pacjenta na podstawie stosownego skierowania po weryfikacji uprawnienia do udziału w zabiegach (miejsce zamieszkania, wiek i dostępność rodzaju zabiegu oraz środków finansowych na ten rodzaj zabiegu);
    - b) podjęcie decyzji o udziale pacjenta w zabiegach, dokonanie przez podmiot medyczny realizujący program odpowiedniej adnotacji na skierowaniu;
    - c) wypełnienie przez podmiot medyczny formularza wywiadu stanowiącego **Załącznik nr 1** do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”;
    - d) wypełnienie przez pacjenta przed zabiegami rehabilitacyjnymi ankiety ewaluacyjnej stanowiącej **Załącznik nr 2** do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”;
    - e) zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego, stanowiącego integralną część fizjoterapii; które realizuje cel skierowania na rehabilitację i jest zgodne z tym skierowaniem;
    - f) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich;
    - g) przekazanie pacjentowi zaleceń oraz informacji na temat możliwości dalszej rehabilitacji.
    - h) wypełnienie przez pacjenta po zakończeniu zabiegów rehabilitacyjnych ankiety ewaluacyjnej stanowiącej **Załącznik nr 3** do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”;
7. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu:
- 1) pacjenci mogą korzystać ze świadczeń w dni powszednie od poniedziałku do piątku pomiędzy godzinami 8:00 a 18:00 według rozkładu zaproponowanego przez realizatora zadania;
  - 2) o liczbie cykli terapeutycznych dla jednego pacjenta decyduje podmiot medyczny realizujący zadanie, biorąc pod uwagę określone w umowie limity finansowe oraz dostosowując liczbę, częstotliwość oraz czas trwania zabiegów w zależności od stanu zdrowotnego pacjenta, z ograniczeniem do możliwości skorzystania z maksymalnie 20 zabiegów rocznie przez jednego

pacjenta;

- 3) realizator świadczeń poinformuje każdego uczestnika programu o obowiązujących zasadach oraz wyjaśni poszczególne etapy programu polityki zdrowotnej;
- 4) zabiegi fizjoterapeutyczne muszą odbywać się pod nadzorem co najmniej magistra fizjoterapii;
- 5) o zakończeniu udziału w zabiegach decyduje podmiot leczniczy realizujący zadanie, po rozważeniu wskazań i ewentualnych przeciwwskazań do udziału pacjenta w zabiegach. Na zakończenie cyklu terapeutycznego podmiot leczniczy informuje pacjenta o dalszych zaleceniach;
- 6) realizator świadczeń na pierwszej wizycie wypełni formularz wywiadu z pacjentem, który stanowi załącznik nr 1 do programu, celem zebrania wstępnych informacji o stanie zdrowia pacjenta;
- 7) plan rehabilitacji będzie dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

8. Kompetencje / warunki niezbędne do realizacji zadania:

- 1) Wyposażenie - podmiot leczniczy dla realizacji zadania zapewnia lokal wyposażony w następujące urządzenia medyczne:
  - a) zestaw do krioterapii,
  - b) zestaw do elektroterapii;
  - c) zestaw do ultradźwięków;
  - d) zestaw do magnetoterapii;
  - e) zestaw do laseroterapii;
  - f) lampa sollux.
- 2) Wyposażenie sali kinezyterapii:
  - a) stół rehabilitacyjny;
  - b) rower stacjonarny;
  - c) drabinki rehabilitacyjne;
  - d) materace gimnastyczne;
  - e) stepper;
  - f) piłki i wałki rehabilitacyjne;
  - g) stół lub tablica do ćwiczeń manualnych ręki;
  - h) lustro korekcyjne;
  - i) rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych
  - j) dodatkowy sprzęt pomocniczy.
- 3) Warunki lokalowe
  - a) lokal położony na terenie Miasta Darłowo posiadający wszelkie niezbędne prawem odbiory i decyzje,
  - b) wejście do obiektu wyposażone w dojazdy oraz dojścia dla osób niepełnosprawnych ruchowo;
  - c) poręcze i uchwyty w węzłach sanitarnych;
  - d) w obiekcie co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno - sanitarne dla pacjentów, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo;

- e) gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy.
  - 4) Warunki dotyczące pomieszczeń: zabiegi światłolecznictwa i elektrolecznictwa powinny być udzielane w osobnych pomieszczeniach (boksach) posiadających ściany o wysokości co najmniej 2m, umożliwiającym stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej. Zabiegi laseroterapii powinny być wykonywane w oddzielnym pomieszczeniu.
  - 5) Wymagania dotyczące personelu, które zapewnia podmiot leczniczy:
    - a) magister fizjoterapii, mile widziane doświadczenie w przeprowadzeniu akcji i podobnym charakterze.
9. Zabiegi wykonywane będą od dnia podpisania umowy do dnia 10.12.2019 r. lub do wyczerpania środków finansowych. W przypadku wcześniejszego wyczerpania środków przeznaczonych na ten cel przez Zamawiającego strony ustalą w formie pisemnej sposób finansowania ewentualnych rozpoczętych a nieukończonych cykli rehabilitacyjnych.
10. Miasto Darłowo pokryje w całości koszty zabiegów zgodnie z warunkami określonymi w umowie.
11. W kosztach zabiegów podmiot medyczny uwzględni materiały pomocnicze niezbędne do prawidłowego wykonania zabiegu.
12. Realizator zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną oraz sprawozdawczość związaną z realizacją zadania zgodnie z umową.
13. Świadczenia zdrowotne w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Miasta Darłowo przeprowadzane będą w lokalu wskazanym przez Realizatora w ofercie. Wykonawca jest zobowiązany przeprowadzić akcję informacyjną w tym zakresie.

### III. ZASADY PRZYGOTOWANIA I SKŁADANIA OFERT

1. Ofertę należy składać na formularzu ofertowym, stanowiącym **Załącznik nr 4** do niniejszych „Szczegółowych warunków konkursu ofert”.
2. Oferty należy składać w zamkniętych kopertach z napisem „Konkurs ofert - usługi rehabilitacyjne” w Biurze Obsługi Interesantów Urzędu Miejskiego w Darłowie, Pl. T. Kościuszki 9, 76-150 Darłowo, w terminie do 20 lutego 2019 r. do godz. 15<sup>00</sup>. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
3. Do oferty sporządzonej na formularzu, o którym mowa w ust. 1 należy dołączyć:
  - 1) podpisane oświadczenie o zapoznaniu się i akceptacji treści ogłoszenia i „Szczegółowych warunków konkursu”, treści projektu umowy oraz nierefundowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielonych świadczeń zdrowotnych stanowiące **Załącznik nr 5** do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”;
  - 2) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu;
  - 3) dokument potwierdzający obowiązkowe ubezpieczenie oferenta od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2011 Nr 293, poz. 1728 ze zm.);
  - 4) dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie i kompetencje zawodowe

niezbędne do realizacji programu.

Dokumenty, o których mowa w ust. 3 pkt 2-4 oferent przedkłada w oryginale lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.

#### **IV. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU**

1. Oceny ofert dokona Komisja Konkursowa powołana przez Burmistrza Miasta Darłowa w terminie do 14 dni kalendarzowych od upływu terminu składania ofert.
2. Przy ocenie ofert Komisja Konkursowa weźmie pod uwagę:
  - 1) kompletność oferty;
  - 2) koszt wycenionych zabiegów;
  - 3) doświadczenie oferenta dotyczące prowadzenia takiej samej lub podobnej działalności;
  - 4) zasoby kadrowe i lokalowe oferenta.
3. Rozstrzygnięcia konkursu dokona Burmistrz Miasta Darłowa na podstawie rekomendacji Komisji Konkursowej.
4. O wynikach rozstrzygnięcia konkursu oferenci zostaną powiadomieni pisemnie.
5. Wykonawca w terminie 14 dni od daty wybrania jego oferty zobowiązuje się do podpisania umowy zgodnie z treścią projektu umowy stanowiącego **Załącznik nr 6** do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”.
6. Zamawiający zastrzega sobie prawo do udzielenia zamówienia w wysokości maksymalnej 50 000,00 zł. (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych 00/100).



**Formularz wywiadu przeprowadzonego na potrzeby świadczenia usług w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Miasta Darłowa w 2019 r. w wieku powyżej 60 lat**

Imię i nazwisko:.....

PESEL.....

Adres zamieszkania:.....

Wywiad:

Rozpoznanie:.....

Dolegliwości: .....

Choroby współistniejące:

<b>Choroba/rozpoznanie</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Nadciśnienie tętnicze		
Rozrusznik serca		
Choroba nowotworowa		
Padaczka		
Gruźlica		
Niewydolność serca		
Nadczynność tarczycy		
Choroba zakrzepowo- zatorowa		
Ostre stany zapalne		
Stany podgorączkowe		
Inne		

Zła tolerancja zabiegów rehabilitacyjnych:.....

Adnotacje przeprowadzającego wywiad:.....

.....  
(podpis pacjenta).....  
(podpis osoby wykonującej świadczenia w zakresie rehabilitacji)

- Dane osobowe przetwarzane są w celu świadczenia usług w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Miasta Darłowo w 2019 r. w wieku powyżej 60 lat, zgodnie z Uchwałą nr LIV/418/2018 Rady Miejskiej w Darłowie z dnia 24 maja 2018 roku w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60 + mieszkańców Miasta Darłowo”
- Administratorem danych jest .....z siedzibą w Darłowie przy ul. ....Aby skontaktować się z nami, wyślij wiadomość pod e-mail: .....lub zadzwoń pod numer tel..... Odbiorcą danych osobowych jest hostingodawca oraz Miasto Darłowo.
- Dane będą przechowywane w czasie niezbędnym do zrealizowania celu, maksymalnie przez okres 5 lat od daty zakończenia realizacji umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych tj. od 31 grudnia 2019 roku (dane służące do obsługi i realizacji).

- Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- Podanie danych jest dobrowolne, ale stanowi warunek udziału w programie. Niepodanie tych danych uniemożliwi udział w programie.
- Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
(podpis pacjenta)

z up. BURMISTRZA MIASTA

*Elżbieta Karlińska*  
Sekretarz Miasta

### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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, str. 1), (RODO) Administrator Danych przekazuje następującą informację:

1. Administratorem zbieranych i przetwarzanych przez Urząd Miejski w Darłowie danych osobowych interesantów jest Miasto Darłowo reprezentowane przez Burmistrza Miasta Darłowo z siedzibą przy Placu Tadeusza Kościuszki 9, kontakt: telefon: +48 (94) 314 22 23 do 26 , e-mail: poczta@darlowo.pl
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: [iod@darlowo.pl](mailto:iod@darlowo.pl)
3. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w celu realizacji ustawowo nałożonych zadań publicznych wykonywanych przez Urząd Miejski w Darłowie, tj. wynikających z obowiązujących przepisów prawa – z zaznaczeniem, że ilekroć pozyskiwanie i przetwarzanie danych jest wyraźnie uregulowane prawem nie zachodzi potrzeba realizacji obowiązku wynikającego z art. 14 ust 1 i 2 RODO;
4. W pozostałym zakresie podanie danych jest dobrowolne i pomocne w celu realizacji w/w zadań, wykonywania umów, zleceń, rekrutacji oraz innych zobowiązań prawnych i przetwarzane będą wyłącznie w tym celu;
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, gdy Administrator Danych zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania Pani/Pana Danych osobowych innemu Administratorowi Danych;
6. Dane mogą być udostępniane przez Administratora Danych jedynie podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa;
7. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt e i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
8. Ma Pani/Pan prawo uzyskania wyczerpującej informacji zgodnie z art. 15 RODO dotyczącej:
  - a. występowania Państwa danych w zbiorach Administratora;
  - b. celu, zakresu i sposobu przetwarzania danych zawartych w takim zbiorze;
  - c. stanu od kiedy przetwarza się Państwa dane w zbiorze;
  - d. ewentualnym źródle pozyskania danych;
  - e. prawo sprostowania Państwa danych;
  - f. udostępniania Państwa danych, a w szczególności informacji o odbiorcach lub kategoriach odbiorców, którym dane te są udostępniane;
  - g. planowanego okresu przechowywania danych;
  - h. oraz inne wynikające z Rozporządzenia.
9. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z Rozporządzeniem 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 oraz przepisów szczególnych;
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji;
11. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zgodnie z art. 77 i art. 79, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....  
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych  
w przypadkach niewynikających z przepisów prawa**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Urząd Miejski w Darłowie z siedzibą przy Placu Tadeusza Kościuszki 9, 76 – 150 Darłowo zawartych w formularzu w celu i zakresie niezbędnym do realizacji sprawy objętej niniejszą ankietą.

.....  
Data i podpis osoby

## Ankieta ewaluacyjna dla pacjenta biorącego udział w programie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Miasta Darłowa w 2019 r. w wieku powyżej 60 lat

### PRZED ROZPOCZĘCIEM ZABIEGÓW REHABILITACYJNYCH

#### A. Wypełnia fizjoterapeuta

Imię i nazwisko: .....

Rozpoznanie: .....

Zabiegi: .....

#### B. Wypełnia pacjent

Proszę określić zaznaczając X –początek zabiegów natężenie dolegliwości wg skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak dolegliwości, a 10 najsilniejsze natężenie dolegliwości jakie dotychczas wystąpiło.

Dolegliwość	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ból											
Ograniczona ruchowość											
Oslabiona siła mięśni											
Zaburzenia czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie)											
Obrzęk											
Zmiany skórne											
Niesprawność fizyczna											
Inne											

Proszę ocenić odczuwane zadowolenie z jakości swojego życia na skali 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 bardzo dobrze.

1 2 3 4 5

.....  
(podpis pacjenta)

- o Dane osobowe przetwarzane są w celu świadczenia usług w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Miasta Darłowo w 2019 r. w wieku powyżej 60 lat, zgodnie z Uchwałą nr LIV/418/2018 Rady Miejskiej w Darłowie z dnia 24 maja 2018 roku w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60 + mieszkańców Miasta Darłowo”
- o Administratorem danych jest .....z siedzibą w Darłowie przy ul. ....Aby skontaktować się z nami, wyślij wiadomość pod e-mail: .....lub zadzwoń pod numer tel..... Odbiorcą danych osobowych jest hostingodawca oraz Miasto Darłowo.
- o Dane będą przechowywane w czasie niezbędnym do zrealizowania celu, maksymalnie przez okres 5 lat od daty zakończenia realizacji umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych tj. od 31 grudnia 2019 roku (dane służące do obsługi i realizacji).

- Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- Podanie danych jest dobrowolne, ale stanowi warunek udziału w programie. Niepodanie tych danych uniemożliwi udział w programie.
- Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
(podpis pacjenta)

z up. BURMISTRZA MIASTA

*Elżbieta Knylińska*  
Sekretarz Miasta

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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, str. 1), (RODO) Administrator Danych przekazuje następującą informację:

12. Administratorem zbieranych i przetwarzanych przez Urząd Miejski w Darłowie danych osobowych interesantów jest Miasto Darłowo reprezentowane przez Burmistrza Miasta Darłowo z siedzibą przy Placu Tadeusza Kościuszki 9, kontakt: telefon: +48 (94) 314 22 23 do 26, e-mail: poczta@darlowo.pl
13. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: [iod@darlowo.pl](mailto:iod@darlowo.pl)
14. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w celu realizacji ustawowo nałożonych zadań publicznych wykonywanych przez Urząd Miejski w Darłowie, tj. wynikających z obowiązujących przepisów prawa – z zaznaczeniem, że ilekroć pozyskiwanie i przetwarzanie danych jest wyraźnie uregulowane prawem nie zachodzi potrzeba realizacji obowiązku wynikającego z art. 14 ust 1 i 2 RODO;
15. W pozostałym zakresie podanie danych jest dobrowolne i pomocne w celu realizacji w/w zadań, wykonywania umów, zleceń, rekrutacji oraz innych zobowiązań prawnych i przetwarzane będą wyłącznie w tym celu;
16. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, gdy Administrator Danych zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania Pani/Pana Danych osobowych innemu Administratorowi Danych;
17. Dane mogą być udostępniane przez Administratora Danych jedynie podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa;
18. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt e i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
19. Ma Pani/Pan prawo uzyskania wyczerpującej informacji zgodnie z art. 15 RODO dotyczącej:
  - i. występowania Państwa danych w zbiorach Administratora;
  - j. celu, zakresu i sposobu przetwarzania danych zawartych w takim zbiorze;
  - k. stanu od kiedy przetwarza się Państwa dane w zbiorze;
  - l. ewentualnym źródle pozyskania danych;
  - m. prawo sprostowania Państwa danych;
  - n. udostępniania Państwa danych, a w szczególności informacji o odbiorcach lub kategoriach odbiorców, którym dane te są udostępniane;
  - o. planowanego okresu przechowywania danych;
  - p. oraz inne wynikające z Rozporządzenia.
20. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z Rozporządzeniem 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 oraz przepisów szczególnych;
21. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji;
22. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zgodnie z art. 77 i art. 79, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....  
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w przypadkach niewynikających z przepisów prawa**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Urząd Miejski w Darłowie z siedzibą przy Placu Tadeusza Kościuszki 9, 76 – 150 Darłowo zawartych w ankiecie w celu i zakresie niezbędnym do realizacji sprawy objętej niniejszą ankietą.

.....  
Data i podpis osoby

**Ankieta ewaluacyjna dla pacjenta biorącego udział w programie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Miasta Darłowa w 2019 r. w wieku powyżej 60 lat**

**PO ZAKOŃCZENIU ZABIEGÓW REHABILITACYJNYCH**

**A. Wypełnia fizjoterapeuta**

**Imię i nazwisko:** .....

**Rozpoznanie:** .....

**Zabiegi:** .....

**B. Wypełnia pacjent**

Proszę określić zaznaczając X natężenie dolegliwości wg skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak dolegliwości, a 10 najsilniejsze natężenie dolegliwości jakie dotychczas wystąpiło.

<b>Dolegliwość</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Ból											
Ograniczona ruchowość											
Oslabiona siła mięśni											
Zaburzenia czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie)											
Obrzęk											
Zmiany skórne											
Niesprawność fizyczna											
Inne											

Proszę ocenić odczuwane zadowolenie z jakości swojego życia na skali 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 bardzo dobrze.

**1 2 3 4 5**

Proszę ocenić jakość udzielanych świadczeń rehabilitacyjnych na skali 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 bardzo dobrze.

**1 2 3 4 5**

.....  
(podpis pacjenta)

- Dane osobowe przetwarzane są w celu świadczenia usług w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Miasta Darłowo w 2019 r. w wieku powyżej 60 lat, zgodnie z Uchwałą nr LIV/418/2018 Rady Miejskiej w Darłowie z dnia 24 maja 2018 roku w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60 + mieszkańców Miasta Darłowo”
- Administratorem danych jest .....z siedzibą w Darłowie przy ul. ....Aby skontaktować się z nami, wyślij wiadomość pod e-mail: .....lub zadzwoń pod numer tel..... Odbiorcą danych osobowych jest hostingodawca oraz Miasto Darłowo.
- Dane będą przechowywane w czasie niezbędnym do zrealizowania celu, maksymalnie przez okres 5 lat od daty zakończenia realizacji umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych tj. od 31 grudnia 2019 roku (dane służące do obsługi i realizacji).
- Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- Podanie danych jest dobrowolne, ale stanowi warunek udziału w programie. Niepodanie tych danych uniemożliwi udział w programie.
- Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
(podpis pacjenta)

z up. BURMISTRZA MIASTA

*Elżbieta Marlińska*  
Sekretarz Miasta



## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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, str. 1), (RODO) Administrator Danych przekazuje następującą informację:

23. Administratorem zbieranych i przetwarzanych przez Urząd Miejski w Darłowie danych osobowych interesantów jest Miasto Darłowo reprezentowane przez Burmistrza Miasta Darłowo z siedzibą przy Placu Tadeusza Kościuszki 9, kontakt: telefon: +48 (94) 314 22 23 do 26 , e-mail: poczta@darlowo.pl
24. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: [iod@darlowo.pl](mailto:iod@darlowo.pl)
25. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w celu realizacji ustawowo nałożonych zadań publicznych wykonywanych przez Urząd Miejski w Darłowie, tj. wynikających z obowiązujących przepisów prawa – z zaznaczeniem, że ilekroć pozyskiwanie i przetwarzanie danych jest wyraźnie uregulowane prawem nie zachodzi potrzeba realizacji obowiązku wynikającego z art. 14 ust 1 i 2 RODO;
26. W pozostałym zakresie podanie danych jest dobrowolne i pomocne w celu realizacji w/w zadań, wykonywania umów, zleceń, rekrutacji oraz innych zobowiązań prawnych i przetwarzane będą wyłącznie w tym celu;
27. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, gdy Administrator Danych zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania Pani/Pana Danych osobowych innemu Administratorowi Danych;
28. Dane mogą być udostępniane przez Administratora Danych jedynie podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa;
29. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt e i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
30. Ma Pani/Pan prawo uzyskania wyczerpującej informacji zgodnie z art. 15 RODO dotyczącej:
  - q. występowania Państwa danych w zbiorach Administratora;
  - r. celu, zakresu i sposobu przetwarzania danych zawartych w takim zbiorze;
  - s. stanu od kiedy przetwarza się Państwa dane w zbiorze;
  - t. ewentualnym źródle pozyskania danych;
  - u. prawo sprostowania Państwa danych;
  - v. udostępniania Państwa danych, a w szczególności informacji o odbiorcach lub kategoriach odbiorców, którym dane te są udostępniane;
  - w. planowanego okresu przechowywania danych;
  - x. oraz inne wynikające z Rozporządzenia.
31. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z Rozporządzeniem 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 oraz przepisów szczególnych;
32. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji;
33. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zgodnie z art. 77 i art. 79, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....  
imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

—

### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w przypadkach niewynikających z przepisów prawa**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Urząd Miejski w Darłowie z siedzibą przy Placu Tadeusza Kościuszki 9, 76 – 150 Darłowo zawartych w ankiecie w celu i zakresie niezbędnym do realizacji sprawy objętej niniejszą ankietą.

.....

(pieczęć podmiotu leczniczego)

**OFERTA WYKONAWCY**

**na realizację zadania zwiększenia dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród mieszkańców Miasta Darłowa w 2019 roku, którzy ukończyli 60 rok życia**

**DANE OFERENTA**

Nazwa i siedziba podmiotu działalności leczniczej:

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

Numer wpisu do rejestru sądowego lub innego rejestru/ewidencji:.....

Numer NIP: .....

Numer REGON:.....

Nazwa banku i numer konta bankowego: .....

Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy na realizację programu zadania:

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

Dane dotyczące osób upoważnionych do składania oświadczeń oraz wyjaśnień dotyczących oferty konkursowej (imię, nazwisko, telefon, adres e-mail):

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

Koszty programu wg ilości i rodzajów zabiegów.

Rodzaj zabiegu	Ilość zabiegów w 2018 roku	Koszt jednostkowy zabiegu brutto	Całkowita kwota wynagrodzenia brutto
1	2	3	5
Krioterapia			
Laser			
Ultradźwięki			
Magnetronic			
Prądy diadynamiczne			
Prądy TENS			
Jonoforeza z żelazem			
Galwanizacja			
Lampa Solux			
Elektrostymulacja			
Interdyn			
Ćwiczenia indywidualne			
<b>Cena oferty</b>			

Cena oferty zawiera także wartość materiałów pomocniczych niezbędnych do prawidłowego wykonania zabiegów.

Oferujemy bez zastrzeżeń i ograniczeń, wykonanie przedmiotu konkursu (zgodnie z założeniami opisanymi szczegółowo w ogłoszeniu i w szczegółowych warunkach konkursu ofert) za wynagrodzeniem brutto:

....., ..... zł brutto, słownie.....

.....  
*Data i podpis oferenta lub osoby upoważnionej wraz z pieczętką*

**Załączniki:**

- 1.....
- 2.....
- 3.....

*(wymienić wszystkie załączniki składane do oferty)*

.....  
*(data, podpis i pieczęć oferenta)*

z up. BURMISTRZA MIASTA

*Elzbieta Kamińska*  
Sekretarz Miasta

- Dane osobowe przetwarzane są w celu świadczenia usług w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Miasta Darłowo w 2019 r. w wieku powyżej 60 lat, zgodnie z Uchwałą nr LIV/418/2018 Rady Miejskiej w Darłowie z dnia 24 maja 2018 roku w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60 + mieszkańców Miasta Darłowo”
- Administratorem danych jest Miasto Darłowo z siedzibą w Darłowie przy ul. Plac Kościuszki 9, 76-150 Darłowo. Aby skontaktować się z nami, wyślij wiadomość pod e-mail: [poczta@darlowo.pl](mailto:poczta@darlowo.pl) lub zadzwoń pod numer tel. 94 314 22 23 Odbiorcą danych osobowych jest hostingodawca.
- Dane będą przechowywane w czasie niezbędnym do zrealizowania celu, maksymalnie przez okres 5 lat od daty zakończenia realizacji umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych tj. od 31 grudnia 2019 roku (dane służące do obsługi i realizacji).
- Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- Podanie danych jest dobrowolne, ale stanowi warunek udziału w programie. Niepodanie tych danych uniemożliwi udział w programie.
- Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję:

1. Treść ogłoszenia i „Szczegółowe warunki konkursu ofert” dotyczące świadczenia usług w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Miasta Darłowo w 2019 r.
2. Projekt umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych, stanowiący **Załącznik nr 6** do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”

Jednocześnie oświadczam, że udzielone świadczenia zdrowotne nie będą refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis oferenta)

z up. BURMISTRZA MIASTA  
*Elżbieta Karlińska*  
Sekretarz Miasta

## UMOWA o udzielenie świadczeń zdrowotnych

zawarta w Darłowie w dniu .....pomędzy:

**Gminą Miastem Darłowo**, z siedzibą w Darłowie, Plac Tadeusza Kościuszki 9, reprezentowanym przez: Arkadiusza Klimowicza - Burmistrza Miasta Darłowo, zwanym w dalszej części umowy **Zamawiającym**,

a

.....z siedzibą w Darłowie ul. ...., NIP ..... reprezentowanym przez:....., zwanym w dalszej części umowy **Realizatorem**,

działając na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym, art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 9a, 9b i art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych została zawarta umowa o treści następującej:

### § 1

#### Opis zadania

1. **Zamawiający** zleca, a **Realizator** przyjmuje do realizacji Program Polityki Zdrowotnej pn. „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60 + mieszkańców Miasta Darłowo”, zgodnie ze złożoną ofertą w konkursie na realizację tego zadania, stanowiącą integralną część umowy.
2. Realizator oświadcza, że posiada warunki lokalowe, aparaturę i sprzęt medyczny oraz dysponuje określoną liczbą personelu o kwalifikacjach zawodowych koniecznych do właściwego wykonania świadczenia, zgodnie z oświadczeniami i dokumentami dołączonymi wraz z ofertą.
3. Rejestracja zakwalifikowanych uczestników, obejmująca ustalenie dni i godzin zabiegów, odbywać się będzie w gabinecie pod adresem ..... w godz. od .....do..... i będzie można jej dokonać osobiście lub telefonicznie, pod nr tel. ....
4. Świadczenia zdrowotne będą wykonywane w Darłowie, w miejscu, dniach i godzinach określonych w ofercie Realizatora.
5. Każdy pacjent musi posiadać skierowanie oraz potwierdzić fakt zamieszkiwania na terenie Miasta Darłowa. Skierowanie wystawia lekarz rodzinny lub uprawniony lekarz specjalista.
6. Potencjalny uczestnik programu posiadający wymagane skierowanie uzyskuje decyzję o zakwalifikowaniu się udziału w programie od Realizatora programu, z ograniczeniem do możliwości skorzystania z maksymalnie 20 zabiegów rocznie przez jednego pacjenta. Pacjent powinien zgłosić się do gabinetu Realizatora nie później niż 30 dni od daty wystawienia skierowania.
7. Przed dokonaniem rejestracji każdy uczestnik zobowiązany jest złożyć oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych.
8. Realizator musi dysponować minimum jedną osobą do realizacji niniejszych świadczeń, posiadającą tytuł magistra fizjoterapii.

## § 2

### Sposób wykonania zadania

1. Termin realizacji zadania ustala się od dnia..... 2019 roku do dnia .....2019 roku.
2. Wcześniejsze zakończenie realizacji umowy nastąpi z dniem wykorzystania przez Realizatora limitu środków o których mowa w § 3 ust. 1 niniejszej umowy.
3. Realizator zobowiązuje się wykonać zadanie zgodnie z wymogami określonymi w:
  - 1) Zarządzeniu nr OSS.0050. ....Burmistrza Miasta Darłowo z dnia.....2019 r. w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację świadczeń gwarantowanych w ramach Programu polityki zdrowotnej pn. „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60 + mieszkańców Miasta Darłowo”,
  - 2) Uchwale Nr LIV/418/2018 Rady Miejskiej w Darłowie z dnia 24 maja 2018 roku w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60+ - mieszkańców Miasta Darłowo”,
  - 3) Niniejszej umowie.
4. W przypadku wcześniejszego wyczerpania środków przeznaczonych na ten cel przez Zamawiającego strony ustalą w formie pisemnej sposób finansowania rozpoczętych a nieukończonych cykli rehabilitacyjnych oraz sposób zakończenia realizacji niniejszej umowy.
5. Realizator zobowiązuje się do wykorzystania przekazanej dotacji zgodnie z celem, na jaki uzyskał, i na warunkach określonych niniejszą umową. Dotyczy to także ewentualnych przychodów uzyskanych przy realizacji umowy, których nie można było przewidzieć przy kalkulowaniu wielkości dofinansowania, a także odsetek bankowych od przekazanych przez Zamawiającego środków, które należy wykorzystać wyłącznie na realizację świadczeń.
6. Realizator zobowiązuje się do przestrzegania praw pacjenta oraz wykonywania świadczeń z należytą starannością z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.
7. Roczne zestawienie limitów i cen zabiegów od dnia rozpoczęcia realizacji zadania do 10.12.2019 r. bądź do dnia wyczerpania środków finansowych, stanowi **Załącznik nr 1** do niniejszej umowy.
8. W uzasadnionych przypadkach uzależnionych potrzebami mieszkańców Miasta Darłowa, Zamawiający dopuszcza dokonywanie zmian w formie aneksu do niniejszej umowy w zakresie ilości udzielonych poszczególnych świadczeń w rocznym zestawieniu limitów zabiegów, o którym mowa w ust. 7, z zastrzeżeniem, że ogólna wartość umowy, o której mowa w § 3 ust. 1 pozostanie bez zmian.

## § 3

### Wynagrodzenie Realizatora

1. Zamawiający zobowiązuje się do przekazania na realizację zadania określonego w §1 ust.1 kwotę dotacji w maksymalnej wysokości .....słownie ..... na rachunek bankowy Realizatora: nr rachunku: ..... na następujących zasadach:
  - 1) Dotacja będzie wypłacana w miesięcznych ratach w oparciu o koszt jednostkowy danego świadczenia zdrowotnego zawartego w ofercie oraz ilość udzielonych świadczeń danego rodzaju w okresie rozliczeniowym (okresem rozliczeniowym będzie miesiąc kalendarzowy);
  - 2) Realizator będzie składał miesięczne sprawozdanie merytoryczne z realizacji zadania, stanowiące **Załącznik nr 2** do niniejszej umowy oraz miesięczne sprawozdanie finansowe stanowiące **Załącznik nr 3** do umowy, w terminie 5 dni od dnia zakończenia miesiąca, którego dotyczy, z wyjątkiem miesiąca grudzień 2019 r., w którym należy złożyć w/w sprawozdanie do 22 grudnia 2019 roku;



- 3) Zamawiający będzie wypłacać ratę dotacji w terminie 7 dni od dnia zaakceptowania sprawozdań miesięcznych;
  - 4) za termin zapłaty uznaje się datę, w której Zamawiający polecił swemu bankowi przelać na konto Realizatora określoną kwotę;
  - 5) Zamawiający wypłaci do 29 grudnia 2019 roku dotację za wykonane świadczenia zdrowotne w zakresie rehabilitacji w miesiącu grudniu 2019 roku, pod warunkiem zaakceptowania sprawozdań miesięcznych dotyczących tego miesiąca.
2. Realizator oświadcza, że jest jedynym posiadaczem wskazanego w ust. 1 rachunku bankowego i zobowiązuje się do utrzymania wskazanego powyżej rachunku nie krócej niż do chwili dokonania ostatecznych rozliczeń z Zamawiającym, wynikających z niniejszej umowy.

#### **§ 4**

##### **Dokumentacja zadania**

1. Realizator zobowiązuje się do prowadzenia rejestru wykonanych zabiegów.
2. Realizator zobowiązuje się do prowadzenia imiennego rejestru osób korzystających z rehabilitacji.
3. Realizator zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji prowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych.
4. Realizator zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją zadania publicznego przez 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym realizował przedmiot umowy.

#### **§ 5**

##### **Obowiązki informacyjne Realizatora**

1. Realizator zobowiązuje się do informowania osób starających się o zakwalifikowanie do programu, że świadczenia finansowane są w całości ze środków otrzymanych od Zamawiającego. Informacja na ten temat powinna się znaleźć w widocznym miejscu w miejscu wykonywania świadczenia, ewentualnych materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego zadania.
2. Realizator zobowiązuje się do umieszczania logo Zamawiającego na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych, informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, dotyczących realizowanego zadania, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność.

#### **§ 6**

##### **Uprawnienia informacyjne Zamawiającego**

Realizator upoważnia Zamawiającego do rozpowszechniania w dowolnej formie, w prasie, radiu, telewizji, Internecie oraz innych publikacjach, nazwy oraz adresu Realizatora, przedmiotu i celu, na który przyznano środki, oraz informacji o wysokości przyznanych środków.

#### **§ 7**

##### **Kontrola**

1. Zamawiający sprawuje kontrolę prawidłowości wykonywania zadania przez. Kontrola może być przeprowadzona w toku realizacji zadania oraz po jego zakończeniu do czasu ustania obowiązku, o którym mowa w § 4 ust.4.
2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, osoby upoważnione przez Zamawiającego mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonywania zadania, oraz żądać udzielenia ustnie lub na piśmie informacji dotyczących wykonania zadania, z wyjątkiem informacji o charakterze medycznym. Realizator na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki

informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.

3. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez Zamawiającego zarówno w siedzibie Realizatora, jak i w miejscu realizacji zadania.
4. O wynikach kontroli, o której mowa w ust. 1, Zamawiający poinformuje Realizatora, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.
5. Realizator jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń, o których mowa w ust. 4, do ich wykonania i powiadomienia o tym Zamawiającego.

## **§ 8**

### **Obowiązki sprawozdawcze Realizatora**

1. Ocena efektywności programu zostaje dokonana w formie sprawozdania z realizacji zadania po zakończeniu programu tj. według danych na dzień 10 grudnia 2019 roku, w terminie do 22 grudnia 2019 r, bądź na dzień wyczerpania środków finansowych. Zostaje ona sporządzona przez Realizatora na podstawie ankiet zebranych od pacjentów oraz danych gromadzonych podczas trwania zadania tj. analizy poszczególnych zabiegów wykonanych w ramach realizacji programu oraz analizy stanów chorobowych na podstawie, których nastąpiło skierowanie do programu.
2. Zamawiający ma prawo żądać, aby Realizator, w wyznaczonym terminie, przedstawił dodatkowe informacje i wyjaśnienia.
3. W przypadku niezastosowania się do wezwania, Wykonawca zapłaci karę umowną w wysokości 1% kwoty określonej w § 3 ust. 1 za każdy dzień zwłoki.
4. Niezastosowanie się do wezwania może być podstawą odstąpienia od umowy przez Zamawiającego.
5. Dostarczenie sprawozdania końcowego, będącego rocznym zestawieniem sprawozdań merytorycznych i finansowych oraz oceną efektywności programu, jest równoznaczne z udzieleniem Zamawiającemu prawa do rozpowszechniania jego tekstu w sprawozdaniach, materiałach informacyjnych i promocyjnych oraz innych dokumentach urzędowych.

## **§ 9**

### **Rozwiązanie umowy za porozumieniem Stron**

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy.
2. W przypadku rozwiązania umowy skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych Strony określą w porozumieniu.

## **§ 10**

### **Rozwiązanie umowy przez Zamawiającego**

1. Zamawiający może odstąpić od umowy, jeżeli:
  - 1) Realizator z własnej winy przerwał realizację przedmiotu umowy i nie realizuje jej przez dłuższy okres niż 10 dni roboczych,
  - 2) Realizator bez uzasadnionych przyczyn nie rozpoczął wykonywania przedmiotu umowy i nie kontynuuje jej pomimo dodatkowego wezwania Zamawiającego,
  - 3) Realizator realizuje przedmiot umowy nienależycie i niezgodnie z umową.
2. Z przyczyn leżących po stronie Realizatora, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 2 tygodni od dnia powzięcia wiadomości o tych przyczynach.
3. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy,

Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 14 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

4. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności takiego oświadczenia i powinno zawierać uzasadnienie.

## **§ 11**

### **Kary**

1. Realizator zapłaci Zamawiającemu kary umowne w wysokości 20% wynagrodzenia, o którym mowa w § 3 ust. 1 umowy, gdy Zamawiający odstąpi lub rozwiąże umowę z powodu okoliczności, za które odpowiada Realizator lub gdy Realizator odstąpi lub rozwiąże umowę z przyczyn nie dotyczących Zamawiającego.
2. Zamawiający ma prawo dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych.
3. Kary umowne wzajemnie się nie wykluczają i mogą być dochodzone łącznie w związku z wystąpieniem każdej z przesłanek do ich naliczenia.
4. Zamawiający może potrącić należne kary umowne z wynagrodzenia Realizatora w drodze jednostronnego oświadczenia woli.
5. Kara pieniężna powinna być zapłacona przez Realizatora w terminie 7 dni od daty wystąpienia z żądaniem jej zapłaty chyba że może zostać potrącona w trybie określonym w umowie. W takim przypadku prawo do potrącenia przysługuje Zamawiającemu przed doręczeniem Realizatorowi oświadczenia o naliczeniu kary umownej.

## **§ 12**

### **Forma pisemna oświadczeń**

1. Wszelkie zmiany umowy, uzupełnienia i oświadczenia składane w związku z niniejszą umową wymagają, pod rygorem nieważności, formy pisemnej.
2. Wszelkie wątpliwości związane z realizacją niniejszej umowy wyjaśniane będą w formie pisemnej.

## **§ 13**

### **Odpowiedzialność wobec osób trzecich**

1. Realizator oświadcza, że posiada zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011, Nr 293, poz. 1729).
2. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy odpowiedzialność ponosi Realizator na zasadzie ryzyka.
3. W zakresie związanym z realizacją zadania publicznego, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, Realizator odbiera stosowne oświadczenia osób, których te dane dotyczą, i będzie je przetwarzał zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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.U.E.L Nr 119, str. 1), (RODO) oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018, poz. 1000).

#### § 14

##### **Postanowienia końcowe**

1. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się właściwe przepisy.
2. Ewentualne spory powstałe w związku z zawarciem i wykonywaniem niniejszej umowy strony będą starały się rozstrzygać polubownie. W przypadku braku porozumienia spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie właściwego ze względu na siedzibę Zamawiającego sądu powszechnego.
3. Umowa niniejsza została sporządzona w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Realizatora oraz trzy dla Zamawiającego.

**Zamawiający**

**Realizator**

z up. BURMISTRZA MIASTA

*Elżbieta Karlińska*  
**Elżbieta Karlińska**  
**Sekretarz Miasta**

**Roczne zestawienie limitów i cen zabiegów od dnia .....do 10 grudnia  
2019 r. bądź do wyczerpania środków finansowych.**

Rodzaj zabiegu	Cena zabiegu	Limit zabiegu na 1 pacjenta

.....

(podpis osoby wykonującej świadczenia w zakresie rehabilitacji)

z up. BURMISTRZA MIASTA  
  
**Elżbieta Karlińska**  
Sekretarz Miasta

.....  
(pieczęć realizatora programu)

**Sprawozdanie merytoryczne z realizacji świadczenia usług w zakresie rehabilitacji  
lecniczej dla mieszkańców Miasta Darłowa w 2019 r. w wieku powyżej 60 lat**

za miesiąc ..... zgodnie z umową nr.....

L.p.	Rodzaj zabiegu	Liczba osób zgłoszonych do programu	Liczba osób zakwalifikowanych do zabiegów	Liczba osób ze wskazaniem do dalszego leczenia	Liczba wykonanych zabiegów w danym miesiącu

**Oświadczam, iż podana liczba osób jest zgodna z imienną listą osób objętych programem potwierdzającą fakt uczestnictwa w programie.**

.....  
(data, podpis realizatora programu- podmiotu leczniczego)

z up. BURMISTRZA MIASTA  
*Elżbieta Karlińska*  
Sekretarz Miasta

.....  
(pieczęć realizatora programu)

**Sprawozdanie finansowe z realizacji świadczenia usług w zakresie rehabilitacji  
lecniczej dla mieszkańców Miasta Darłowa w 2019 r. w wieku powyżej 60 lat**

za miesiąc ..... zgodnie z umową nr.....

L.p.	Rodzaj zabiegu	Ilość zabiegów w miesiącu .....	Koszt jednostkowy zabiegu brutto	Całkowita kwota dotacji brutto na dane zabiegi
	1	2	3	4= (2x3)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

.....  
(data i podpis realizatora programu- podmiotu leczniczego)

z up. BURMISTRZA MIASTA

*Elżbieta Karłowska*  
Sekretarz Miasta

## **REGULAMIN PRACY KOMISJI KONKURSOWEJ**

**powołanej w celu przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. "Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60 + mieszkańców Miasta Darłowo" w 2019 roku**

### **§ 1**

1. Niniejszy regulamin określa tryb i zasady pracy Komisji Konkursowej powołanej w celu przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na realizatora programu polityki zdrowotnej pn. "Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60 + mieszkańców Miasta Darłowo" w 2019 roku.
2. Konkurs ofert przeprowadza Komisja Konkursowa.
3. Pracami komisji konkursowej kieruje jej Przewodniczący.
4. Komisja swą działalność prowadzi na posiedzeniach.
5. Komisja podejmuje pracę, gdy w posiedzeniu biorą udział wszyscy powołani członkowie.

### **§ 2**

1. Członek komisji konkursowej podlega wyłączeniu od udziału w pracach komisji jeżeli:
  - 1) jest świadczeniodawcą usług z zakresu rehabilitacji leczniczej;
  - 2) pozostaje ze świadczeniodawcą usług z zakresu rehabilitacji leczniczej w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa;
  - 3) pozostaje ze świadczeniodawcą usług z zakresu rehabilitacji leczniczej w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jego bezstronności.
2. W razie zaistnienia okoliczności wymienionych w ust.1, wyłączenia i powołania nowego członka komisji konkursowej dokonuje Burmistrz Miasta Darłowo.

### **§ 3**

1. Oferty do otwartego konkursu przyjmuje Biuro Obsługi Interesantów Urzędu Miejskiego w Darłowie w zamkniętej kopercie z napisem „Konkurs ofert 2019 - rehabilitacja lecznicza dla seniorów 60 + mieszkańców Miasta Darłowo”
2. BOI przyjmując kopertę z ofertą dokonuje jej opieczętowania datownikiem.
3. Przyjęte oferty do otwartego konkursu ofert do dnia przekazania ich komisji konkursowej zabezpieczone są w BOI.
4. W dniu posiedzenia Komisji Konkursowej BOI wydaje przyjęte oferty Przewodniczącemu Komisji Konkursowej.
5. Przewodniczący Komisji Konkursowej dokonuje otwarcia ofert w obecności pozostałych członków Komisji celem dokonania ich oceny pod względem formalnym, a następnie pod względem merytorycznym.



6. Komisja odnotowuje w protokole liczbę zgłoszonych ofert, nazwę oferenta i jego adres, a następnie przystępuje do oceny złożonych ofert .

#### § 4

1. Kryteria formalne i merytoryczne oceny ofert ustala się w sposób jednolity dla każdego oferenta.
2. Wzór karty oceny oferty stanowi załącznik do niniejszego Regulaminu pracy Komisji Konkursowej.
3. W przypadku braków formalnych lub wątpliwości Komisja może wezwać oferenta do złożenia wyjaśnień w terminie nie dłuższym niż 7 dni roboczych.
4. Komisja proponuje wybór dwóch najkorzystniejszych ofert na podstawie oceny ofert dokonanej przez jej członków zamieszczonej w karcie oceny ofert.
5. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która otrzyma najwięcej punktów w ocenie Komisji Konkursowej.
6. Komisja Konkursowa przyzna punkty w następujących kategoriach:
  - 1) Doświadczenie podmiotu w realizacji podobnych zadań (0-10pkt);
  - 2) Ocena miejsca realizacji zadania i warunków lokalowych zaproponowanych przez Oferenta (0-10pkt);
  - 3) Posiadanie wymaganych urządzeń do świadczenia usług (0-10pkt);
  - 4) Posiadanie kadry z odpowiednimi kwalifikacjami (0-10pkt);
  - 5) Ocena kalkulacji kosztów realizacji programu według planowanej ilości i rodzaju zabiegów (0-10pkt);
  - 6) Cena oferty Kc (0-100pkt) liczona w następujący sposób:

$$Kc = \frac{\textit{cena najniższa}}{\textit{cena oferty badanej}} \times 100 \textit{ pkt}$$

#### § 5

1. Z przebiegu konkursu Komisja Konkursowa sporządza protokół, który powinien zawierać:
  - 1) oznaczenie miejsca i daty rozpoczęcia konkursu;
  - 2) imiona i nazwiska członków komisji;
  - 3) wykaz złożonych ofert do postępowania konkursowego;
  - 4) wykaz ofert odpowiadających warunkom określonych w konkursie;
  - 5) wykaz ofert nie odpowiadających warunkom określonych w postępowaniu konkursowym;
  - 6) wskazanie dwóch najkorzystniejszych ofert, albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta wraz z uzasadnieniem;
  - 7) podpisy członków komisji.
2. Do protokołu Komisja dołącza karty oceny sporządzone odrębnie dla każdego oferenta.

#### § 6

1. Po zakończonym postępowaniu konkursowym Komisja przekazuje swoją rekomendację Burmistrzowi Miasta Darłowa, który ostatecznie podejmuje decyzję o sposobie rozstrzygnięcia konkursu.
2. Po zakończonym postępowaniu konkursowym Burmistrz podaje do publicznej wiadomości informację o sposobie rozstrzygnięcia konkursu, umieszczając ją na tablicy ogłoszeń w Urzędzie

Miejskim w Darłowie oraz na stronie internetowej <http://um.darlowo.ibip.pl/public/>  
zakładka: **Ogłoszenia**.

3. Z wybranym w drodze konkursu oferentem/oferentami zostanie zawarta umowa o udzielenie świadczeń zdrowotnych.

z up. BURMISTRZA MIASTA  
  
**Elżbieta Karłńska**  
**Sekretarz Miasta**

## KARTA OCENY OFERT

L.p.	Dane dotyczące oferty	
1.	Nazwa zadania / tytuł oferty	
2.	Nazwa i adres oferenta	
3.	Numer oferty	

### I. KRYTERIA FORMALNE

L.p.	Spełnienie następujących wymagań formalnych	TAK / NIE
1.	Złożenie oferty w ustalonym terminie	
2.	Złożenie oferty na ustalonym formularzu	
3.	Złożenie oferty przez uprawniony podmiot	
4.	Złożenie oferty podpisanej przez osoby upoważnione do jej złożenia	
5.	Oferta została podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu, zgodnie z zapisami właściwego rejestru/ewidencji	
6.	Wypełnienie wszystkich punktów formularza oferty	
7.	Złożenie formularza oferty wraz z wymaganymi załącznikami	
8.	Zadanie wpisane w ofercie jest zgodne z zadaniem konkursowym	
	Uwagi dotyczące oceny formalnej:	

Oferta spełnia wymagania formalne / nie spełnia wymagań formalnych\* i podlega / nie podlega\* ocenie merytorycznej \*(niepotrzebne skreślić)

Podpisy członków Komisji:

1. .... Przewodniczący

2. .... Członek

3. .... Członek

z up. BURMISTRZA MIASTA  
*Elżbieta Kulińska*  
Data... Sekretarz Miasta

## II KRYTERIA MERYTORYCZNE

L.p.	Merytoryczne kryteria oceny oferty	Maksymalna ocena punktowa	Przyznana ocena punktowa
1.	Doświadczenie podmiotu w realizacji podobnych zadań	<b>0-10</b>	
2.	Ocena miejsca realizacji zadania i warunków lokalowych zaproponowanych przez Oferenta	<b>0-10</b>	
3.	Posiadanie wymaganych urządzeń do świadczenia usług	<b>0-10</b>	
4.	Posiadanie kadry z odpowiednimi kwalifikacjami	<b>0-10</b>	
5.	Ocena kalkulacji kosztów realizacji programu według planowanej ilości i rodzaju zabiegów	<b>0-10</b>	
6.	Cena oferty Kc (0-100pkt) liczona w następujący sposób:  $Kc = \frac{\text{cena najniższa}}{\text{cena oferty badanej}} \times 100 \text{ pkt}$	<b>0-100</b>	
	<b>RAZEM</b>	<b>Max. 150</b>	
	Uwagi dotyczące oceny merytorycznej:		

Rekomendacja do zawarcia umowy: TAK / NIE\* (*niepotrzebne skreślić*) Podpisy członków Komisji:

1. .... Przewodniczący
2. .... Członek
3. .... Członek

z up. BURMISTRZA MIASTA  
  
**Elżbieta Karlińska**  
 Data..... *Sekretarz Miasta* .....

## PROTOKÓŁ KOMISJI KONKURSOWEJ

**do zaopiniowania ofert złożonych w otwartym konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. "Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60 + mieszkańców Miasta Darłowo" w 2019 roku**

Data i miejsce rozpoczęcia konkursu:

Komisja w składzie:

Zbigniew Mielczarski - Przewodniczący Komisji;  
Barbara Kaczyńska - członek Komisji;  
Renata Lepper-Zalewska- członek Komisji.

Wysokość środków publicznych przeznaczonych na realizację zadania:

Złożone oferty:

Oferty odpowiadające warunkom określonym w konkursie:

Oferty nie odpowiadające warunkom określonym w konkursie:

Oferty odrzucone:

Uzasadnienie:

z up. BURMISTRZA MIASTA  
*Elzbieta Karlińska*  
Sekretarz Miasta

**PROPOZYCJA KOMISJI KONKURSOWEJ:**

**Komisja konkursowa proponuje na podstawie kart ocen ofert przyznać dofinansowanie następującym oferentom:**

Lp. oferty	Nazwa i adres oferenta	Kwota wnioskowana	Wysokość przyznanej dotacji
1.			
2.			

**Uzasadnienie wyboru oferty:**

Podpisy Komisji Konkursowej:

1. .... Przewodniczący
2. .... Członek
3. .... Członek

z up. BURMISTRZA MIASTA  
*Elżbieta Karlińska*  
Sekretarz Miasta