

ANKIETA

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat **Programu wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego**, w którym Państwo uczestniczyli. Otrzymane informacje pomogą nam na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielenie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem **X**.

Ankieta jest anonimowa.

1. Płeć
 - Kobieta
 - Mężczyzna

2. Wiek.....(proszę wpisać)
3. Czy Pani/Pana zdaniem Program odpowiada na potrzeby mieszkańców Powiatu?
 - Tak
 - Nie
 - Nie wiem

4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/ny z udziału w Programie?
 - Tak
 - Nie
 - Nie wiem

5. Czy wzięłaby Pani/ wzięłby Pan ponownie w podobnym Programie?
 - Tak
 - Nie
 - Nie wiem

6. Czy poleciałaby Pani/ poleciał Pan ten program inną osobą?
 - Tak
 - Nie
 - Nie wiem

Miejsce na Państwa dodatkowe uwagi

Data.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

WICESTAROSTA

Anna Smużewska

CZŁONEK ZARZĄDU

Karol Kwiatkowski

CZŁONEK ZARZĄDU CZŁONEK ZARZĄDU

Jan Kołaczyński


Mirosław Kuczyński

ANKIETA

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat **Programu wczesnego wykrywania nowotworu płuc**, w którym Państwo uczestniczyli. Otrzymane informacje pomogą nam na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielenie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem **X**.

Ankieta jest anonimowa.

1. Płeć
 - Kobieta
 - Mężczyzna

2. Wiek.....(proszę wpisać)
3. Czy Pani/Pana zdaniem Program odpowiada na potrzeby mieszkańców Powiatu?
 - Tak
 - Nie
 - Nie wiem

4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/ny z udziału w Programie?
 - Tak
 - Nie
 - Nie wiem

5. Czy wzięłaby Pani/ wzięłby Pan ponownie w podobnym Programie?
 - Tak
 - Nie
 - Nie wiem

6. Czy poleciałaby Pani/ poleciał Pan ten program innym osobą?
 - Tak
 - Nie
 - Nie wiem

Miejsce na Państwa dodatkowe uwagi

Data.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

WICESTAROSTA

Anna Smużewska

CZŁONEK ZARZĄDU

Karol Kwiatkowski

CZŁONEK ZARZĄDU

Jan Kołaczyński

CZŁONEK ZARZĄDU

Mieczysław Kwiatkowski

ANKIETA

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat **Programu wczesnego wykrywania chorób układu krążenia**, w którym Państwo uczestniczyli. Otrzymane informacje pomogą nam na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielenie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem **X**.

Ankieta jest anonimowa.

1. Płeć
 - Kobieta
 - Mężczyzna

2. Wiek.....(proszę wpisać)
3. Czy Pani/Pana zdaniem Program odpowiada na potrzeby mieszkańców Powiatu?
 - Tak
 - Nie
 - Nie wiem

4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/ny z udziału w Programie?
 - Tak
 - Nie
 - Nie wiem

5. Czy wzięłaby Pani/ wzięłby Pan ponownie w podobnym Programie?
 - Tak
 - Nie
 - Nie wiem

6. Czy poleciałaby Pani/ poleciał Pan ten program innym osobą?
 - Tak
 - Nie
 - Nie wiem

Miejsce na Państwa dodatkowe uwagi

Data.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

WICESTAROSTA

Anna Smużewska

CZŁONEK ZARZĄDU

Karol Kwiatkowski

CZŁONEK ZARZĄDU

Mieczysław Kwiatkowski

Jan Kołaczyński

Lista zankietowanych i przebadanych pacjentów w miesiącu

.....

L.p.	Imię i Nazwisko	Pesel	Rodzaj badania	Uwagi
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Podpis:.....

WICESTAROSTA

Anna Smużewska
Anna Smużewska

CZŁONEK ZARZĄDU

Karol Kwiatkowski
Karol Kwiatkowski

CZŁONEK ZARZĄDU

Jan Kołaczyński
Jan Kołaczyński

CZŁONEK ZARZĄDU

Mieczysław Kwiatkowski
Mieczysław Kwiatkowski

UMOWA NR2015

Zawarta w dniu 2015 roku w Lipnie pomiędzy

Powiatem Lipnowskim, ul. Sierakowskiego 10 B, 87-600 Lipno, NIP: 466-03-86-812 reprezentowanym

przez Zarząd Powiatu w imieniu którego działają:

1. Krzysztof Baranowski – Starosta Lipnowski
2. Anna Smużewska – Wicestarosta Lipnowski

przy kontrasygnacie Skarbnika Powiatu – Barbary Małkiewicz
zwanym dalej Zamawiającym,

a z siedzibą, wpisaną do
rejestr.....

zwaną

w treści umowy „Przyjmujący zamówienie” reprezentowaną przez:

.....

§ 1. 1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do realizacja programu badań i profilaktyki wczesnego wykrywania choroby nowotworowej jelita grubego i raka płuc oraz chorób układu krążenia pn. „Program polityki zdrowotnej Powiatu Lipnowskiego” dla mieszkańców Powiatu Lipnowskiego na lata 2015/2019, poprzez wykonywanie badań i udzielanie porad lekarskich w zakresie w/w chorób.

2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 są udzielane nieodpłatnie.

§ 2. 1. Uprawnionymi do bezpłatnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych są mieszkańcy Powiatu Lipnowskiego.

2. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany rejestrować pacjentów, którym w ramach niniejszej umowy udziela świadczeń zdrowotnych.
3. Rejestracja pacjentów obejmuje następujące dane: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL, datę i podpis osoby objętej świadczeniami.

§ 3. 1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do realizacji następujących świadczeń zdrowotnych - badań i porad lekarskich:

- 1) wykonania nie mniej niż 234 badań kolonoskopii ze znieczuleniem i nie mniej niż 35 kolonoskopii zabiegowej w latach 2015/2017,
- 2) wykonania nie mniej niż 261 badań niskodawkowej tomografii komputerowej, OB, morfologii krwi w kierunku nowotworu płuc w latach 2015/2017,
- 3) wykonania nie mniej niż 626 badań poziom cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, glukozy, pomiar ciśnienia krwi, EKG, Holter i BMI (współczynnika masy ciała i wzrostu) w kierunku chorób układu krążenia w latach 2017/2019.

§ 4.1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy posiadają odpowiednie kwalifikacje i niezbędne uprawnienia do wykonania przedmiotu umowy określone w odrębnych przepisach.

2. Stwierdzenie braku odpowiednich kwalifikacji osób udzielających świadczeń zdrowotnych upoważnia Udzielającego zamówienie do rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym.
3. Przyjmujący zamówienie i zatrudnione przez niego osoby wykonujące zawód medyczny zobowiązują się stosować w zakresie wydawania opinii i zaświadczeń zasady obowiązujące w przepisach prawa.
4. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej i z należytą starannością.

5. Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał badania, o których mowa w ust. 1 na terenie Powiatu Lipnowskiego tj.

§ 5. 1. Przyjmujący zamówienie wyznaczy odrębne dni i godziny wykonywania badań objętych programem, tak, aby nie kolidowały one ze świadczeniami finansowanymi przez NFZ i innymi programami.

2. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek podania do publicznej wiadomości informacji dotyczących:

- 1) zakresu i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 2) dni i godzin w jakich świadczenia są udzielane,
- 3) finansowania programu z budżetu Powiatu Lipnowskiego.

3. Każdy z uczestników programu otrzyma od Przyjmującego zamówienie na koniec badań anonimowe ankiety nt. zasadności realizacji programu, które przekazywane będą do koordynatora programu - pracownika Starostwa Powiatowego w Lipnie.

Po zakończeniu badań pacjent otrzymuje szczegółowe zalecenia.

§ 6. Umowę zostaje zawarta na czas określony od dnia r. do dnia 31.12.2019 r.

§ 7. 1. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek zaopatrywania się na koszt własny w zakresie w materiałów i artykułów sanitarnych, leków, sprzętu jednorazowego użytku oraz innych materiałów niezbędnych do prowadzenia działalności w ramach umowy.

2. Przyjmujący zamówienie na koszt własny zapewni środki transportu i łączności niezbędne do wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy.

§ 8. Obowiązkiem Przyjmującego zamówienie jest prowadzenie dokumentacji medycznej (w formie elektronicznej i papierowej) oraz sprawozdawczości statystycznej obowiązującej osoby prawne i fizyczne w przypadku wykonywania działalności leczniczej, w zakresie wykonywania niniejszej umowy.

§ 9. 1. Z tytułu realizacji zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową Przyjmującemu zamówienie przysługuje od Udzielającego zamówienia wynagrodzenie z tytułu :

1) wykonania nie mniej niż 234 badań kolonoskopii ze znieczuleniem i nie mniej niż 35 kolonoskopii zabiegowej w latach 2015/2017,

2) wykonania nie mniej niż 261 badań niskodawkowej tomografii komputerowej, OB., morfologii krwi w kierunku nowotworu płuc w latach 2015/2017,

3) wykonania nie mniej niż 626 badań poziom cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, glukozy, pomiar ciśnienia krwi, EKG, Holter i BMI (współczynnika masy ciała i wzrostu) w kierunku układu krążenia w latach 2017/2019.

2. Łączne wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie za wykonanie przedmiotu umowy nie może przekroczyć kwoty złotych brutto, (słownie:).

§ 10.1. Wynagrodzenie z tytułu realizacji niniejszej umowy będzie wypłacane Przyjmującemu zamówienie na rachunek bankowy wskazany na fakturze VAT. w transzach miesięcznych jako iloczyn stawek określonych w ust. 2 i liczby udzielonych świadczeń, w terminie 14 dni od daty doręczenia faktury VAT Udzielającemu zamówienia. Przyjmujący zamówienie na koniec każdego miesiąca sporządza listę zankietowanych i przebadanych pacjentów wraz z fakturą obciążającą Powiat Lipnowski, przekaże ją do koordynatora programu – pracownika Starostwa Powiatowego w Lipnie,

2. Stawka za określony rodzaj badania będzie wynosić:

1) kolonoskopia diagnostyczna ze znieczuleniem

2) kolonoskopia zabiegowa ze znieczuleniem.....

3) niskodawkowa tomografia komputerowa , OB., morfologii krwi

4) poziom cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, glukozy, pomiar ciśnienia krwi, EKG, Holter i BMI (współczynnika masy ciała i wzrostu).....

§ 11. Podstawę przekazania środków finansowych stanowić będą listy i faktury wystawione przez Przyjmującego zamówienie po realizacji świadczeń, do 5 dnia każdego następnego miesiąca z zastrzeżeniem, iż faktura za realizację świadczeń w miesiącu grudniu przekazana zostanie Udzielającemu zamówienia do dnia 21 grudnia 2015 r. i każdego kolejnego roku w trakcie realizacji programu.

§ 12.1. Na koniec każdego roku kalendarzowego w czasie realizacji programu na dzień 31 grudnia Przyjmujący zamówienie wykona sprawozdanie z ilości wykonanych badań, ich efektywności, wydatkowanych środków, które przekaże niezwłocznie do koordynatora programu - pracownika Starostwa Powiatowego w Lipnie.

2. W przypadku podania nieprawdziwych danych dotyczących liczby i rodzaju świadczeń udzielonych w danym miesiącu, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie do zwrotu wypłaconego wynagrodzenia przez Udzielającego zamówienia z ustawowymi odsetkami jak dla zaległości podatkowych liczonych od dnia otrzymania wynagrodzenia do dnia zwrotu na rachunek bankowy Udzielającego zamówienia.

§ 13. 1. Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienia karę umowną za odstąpienie od umowy z przyczyn, za które odpowiedzialność ponosi Przyjmujący zamówienie w wysokości 10 % wynagrodzenia brutto określonego w § 9 ust. 2 umowy.

2. Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie karę umowną za odstąpienie od umowy z przyczyn, za które odpowiedzialność ponosi Udzielający zamówienia w wysokości 10 % wynagrodzenia brutto określonego w § 9 ust. 2 umowy.

3. Udzielający zamówienia może dochodzić odszkodowania uzupełniającego

w przypadku, gdy kwota kar umownych będzie niższa niż szkoda wyrządzona przez Przyjmującego zamówienie wskutek naruszenia postanowień niniejszej umowy.

§ 14. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do wykorzystywania sprawozdań merytorycznych, o których mowa w § 12 ust. 1 i ust. 2 do własnych opracowań.

§15.1..Przyjmujący zamówienie posiada polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, ważną do dnia

2. W przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest dostarczyć w terminie 7 dni nową polisę Udzielającemu zamówienia.

3. W przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie nie dostarczy aktualnej polisy ubezpieczeniowej Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia.

4. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną osobom przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych ponosi wyłącznie Przyjmujący zamówienie.

5. Środki publiczne uzyskane na podstawie niniejszej umowy nie mogą być przeznaczone na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych z innych źródeł, ani na cele nie będące jej przedmiotem.

6. Przekazane na podstawie niniejszej umowy środki finansowe w 2015/2019 roku nie rodzą żadnych dalszych zobowiązań finansowych Udzielającego zamówienie w stosunku do Przyjmującego zamówienie.

§ 16. 1. Na żądanie Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy.

2. Udzielający zamówienia ma prawo do kontroli wykonywania umowy, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego zamówienia, w tym również kontroli przeprowadzanej przez upoważnione przez niego osoby, w zakresie wykonywania umowy, a w szczególności :

- 1) sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 2) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń.

§ 17. 1. W przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się zwrócić kwotę wynagrodzenia otrzymanego za świadczenia, które zostały faktycznie niezrealizowane lub były wykonane niezgodnie z umową.

2. W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację niniejszej umowy, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron z zachowaniem 1 - miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec następnego miesiąca kalendarzowego.

3. Niniejsza umowa nie stanowi przeszkody do zawierania innych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

§ 18. 1. Wszelkie konieczne dodatkowe badania uzasadnione medycznie będą wykonywane lub zlecane przez Przyjmującego zamówienie w ramach prowadzonej działalności. Udzielający zamówienia nie będzie ponosił kosztów z tego tytułu.

2. Z udzielenia dodatkowych świadczeń zdrowotnych określonych w ust. 1, Przyjmujący zamówienie ma obowiązek sporządzania miesięcznych sprawozdań merytorycznych określających ilość i zakres udzielonych świadczeń.

§ 19. Prawa i obowiązki stron nie będą przenoszone na osoby trzecie.

§ 20. Każda zmiana umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 21. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 22. Spory mogące wyniknąć na tle wykonywania niniejszej umowy, strony poddadzą pod rozstrzygnięcie Sądu Powszechnego właściwego dla siedziby Udzielającego zamówienia.

§ 23. Umowa zostaje sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Przyjmujący zamówienie, a dwa Udzielający zamówienia.

Przyjmujący zamówienie:

Udzielający zamówienia

CZŁONEK ZARZĄDU

Karol Kwiatkowski

CZŁONEK ZARZĄDU

Jan Kołaczyński

WICESTAROSTA

Anna Smużewska

CZŁONEK ZARZĄDU

Mieczysław Kwiatkowski

FORMULARZ OFERENTA

I. DANE OFERENTA.....

Ofierent Świadczenia z zakresu	
Forma organizacyjna	
Świadczenia z zakresu	<p>1. wykonania nie mniej niż 234 badań kolonoskopii ze znieczuleniem i nie mniej niż 35 kolonoskopii zabiegowej w latach 2015/2017,</p> <p>2. wykonania nie mniej niż 261 badań niskodawkowej tomografii komputerowej, OB, morfologii krwi w kierunku nowotworu płuc w latach 2015/2017,</p> <p>3. wykonania nie mniej niż 626 badań poziom cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, glukozy, pomiar ciśnienia krwi, EKG, Holter i BMI (współczynnika masy ciała i wzrostu) w kierunku układu krążenia w latach 2017/2019.</p>
Osoba/y upoważnione do podpisywania zobowiązań finansowych	
Adres do korespondencji	

Nr telefonu , Fax	
NIP	
REGON	
1) Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
2) Nr wpisu do rejestru sądu	
Polisa OC	Okres obowiązywania od..... do..... Suma gwarancyjna
Nazwa Banku, numer konta.....	
Źródła finansowania działalności w 2015 r. dla zakresów objętych przedmiotem konkursu	

II. KWALIFIKACJE PERSONELU MEDYCZNEGO

1. Badania kolonoskopii

Lp.	Imię i nazwisko	Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych	Nr statystyczny uprawnień,
1	2	3	4

2. Badania niskodawkowej tomografii komputerowej,

Lp.	Imię i nazwisko	Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych	Nr statystyczny uprawnień,
1	2	3	4

3. Badania OB, morfologii krwi, poziom cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, glukozy,

Lp.	Imię i nazwisko	Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych	Nr statystyczny uprawnień,
1	2	3	4

4. Badania, EKG, Holter i BMI (współczynnika masy ciała i wzrostu) oraz pomiar ciśnienia krwi

Lp.	Imię i nazwisko	Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych	Nr statystyczny uprawnień,
1	2	3	4

III. WYPOSAŻENIE W SPRZĘT MEDYCZNY (W TYM SPRZĘT JEDNORAZOWEGO UŻYTKU)

Lp.	Nazwa sprzętu (aparatury) med.,	Ilość	Uwagi
1	2	3	4

IV. WARUNKI LOKALOWE I TECHNICZNE niezbędne do realizacji przedmiotu konkursu: /m.in. rejestracja/

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

V. WSKAZANE DNI TYGODNIA I GODZIN, W KTÓRYCH BĘDĄ WYKONYWANE BADANIA

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

VI. KRÓTKA CHARAKTERYSTYKA ŚWIADCZENIODAWCY

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

VII. DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIA Z ZAKRESU OBJĘTEGO NINIEJSZYM POSTĘPOWANIEM:

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

Posiadam/y niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

VIII. OFERTA CENOWA

1. W kierunku nowotworu jelita grubego

- 1) kolonoskopia diagnostyczna ze znieczuleniem (złotych słownie:.....)
- 2) kolonoskopia zabiegowa ze znieczuleniem.....(złotych słownie:.....)

2. W kierunku nowotworu płuc

- 1) niskodawkowa tomografia komputerowa(złotych słownie:.....)

2) OB.....(złotych słownie:.....)

2) morfologii krwi(złotych słownie:.....)

3. W kierunku układu krążenia

1) poziom cholesterolu całkowitego.....(złotych słownie:.....)

2) LDL.....(złotych słownie:.....)

3) HDL.....(złotych słownie:.....)

4) Trój glicerydów..... (złotych słownie:.....)

5) glukozy złotych słownie:.....) (

6) pomiar ciśnienia krwi.....(złotych słownie:.....)

7) EKG,..... (złotych słownie:.....)

8) Holter(złotych słownie:.....)

9) BMI (współczynnika masy ciała i wzrostu)..... (złotych słownie:.....)

CENA OFERTY = 234 x + 35 x

+ 261 x + 626 x =

..... (słownie złotych :.....)

Miejsce, data

podpis osób upoważnionych

CZŁONEK ZARZĄDU

CZŁONEK ZARZĄDU

Anna Smużewska

Karol Kulańkowski

Mieczysław Wiatkowski

CZŁONEK ZARZĄDU

Jan Kołaczyński