

**U M O W A NR .....**

**o realizację „Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2024 r.**

zawarta w Poznaniu dnia .....

pomiędzy:

Powiatem Poznańskim z siedzibą w Poznaniu, ul Jackowskiego 18, reprezentowanym przez Zarząd, w imieniu którego działają:

1) .....

2).....,

z kontrasygnatą Skarbnika Powiatu Poznańskiego

zwanym dalej „Zamawiającym”

a

....., wpisanym do ..... pod numerem ....., NIP ....., REGON .....

reprezentowanym przez .....

zwanym dalej „Wykonawcą”

o następującej treści:

**Rozdział I**

**Przepisy ogólne**

§ 1. 1. Zamawiający, na podstawie art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146), w wyniku rozstrzygnięcia przeprowadzonego konkursu ofert, zgodnie z ofertą Wykonawcy złożoną w dniu ....., zleca, a Wykonawca przyjmuje do realizacji program polityki zdrowotnej w zakresie określonym w ofercie oraz § 2 niniejszej umowy. Formularz ofertowy (załącznik nr 1 do niniejszej umowy) stanowi integralną część umowy.

2. W przypadku realizacji Programu w partnerstwie z innym podmiotem (zwanym dalej „Partnerem”) konieczne jest zawarcie umowy o partnerstwie na rzecz realizacji Programu (zwanej dalej „umową o partnerstwie”), która stanowić będzie załącznik nr 1A do niniejszej umowy. Umowa o partnerstwie musi zawierać co najmniej następujące uregulowania:

a) oświadczenie Partnera o zapoznaniu się z:

- „Programem polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego”,
- „Szczegółowymi warunkami konkursu” stanowiącymi załącznik nr 2 do Uchwały 4918/2024 Zarządu Powiatu w Poznaniu z dnia 24 kwietnia 2024 r.,

b) oświadczenie Partnera o spełnianiu przez niego wymogów lokalowych, sprzętowych

i kadrowych, wymaganych od świadczeniodawców zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie odpowiednim do realizacji Programu i *Szczegółowych warunków konkursu*,

- c) zobowiązanie Partnera do realizacji, w sposób profesjonalny oraz z zachowaniem należytej staranności, Programu zgodnie z:
- „Rekomendacją nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy”,
  - „Programem polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” (zwanym dalej „Programem”),
  - „Szczegółowymi warunkami konkursu”,
  - obowiązującymi przepisami.
- d) zobowiązanie Partnera do ponoszenia wszelkiej odpowiedzialności wobec osób na rzecz, których będzie udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach Programu,
- e) zapewnienie o zawarciu umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.) oraz rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866 ze zm.) na okres udzielania świadczeń zdrowotnych,
- f) zasady rozliczeń finansowych pomiędzy Stronami umowy o partnerstwie,
- g) podział zadań pomiędzy Stronami umowy o partnerstwie,
- h) zasady ochrony danych osobowych Stron umowy o partnerstwie oraz beneficjentów Programu.

3. Odpowiedzialność za poprawność realizacji Programu oraz przestrzeganie postanowień niniejszej umowy ponosi w całości *Wykonawca*.

4. W przypadku zawarcia umowy o partnerstwie, Partner ponosi odpowiedzialność wobec *Wykonawcy i wobec osób trzecich* na zasadach określonych w umowie, o której mowa w ust. 2.

§ 2. 1. „Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2024 r. adresowany jest w zakresie działań:

1) **diagnostycznych** do: **kobiet w wieku co najmniej 65 lat, kobiet w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego, które zostały określone w pkt. III. 2. Programu oraz mężczyzn w wieku co najmniej 75 lat** (po objęciu działaniami całej populacji kobiet zainteresowanych udziałem w Programie), spełniających poniższe kryteria udziału w Programie, w odniesieniu do:

– **oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX (kalkulator ryzyka złamania kości):**

**A) kryteria włączenia (traktowane łącznie punkty od a do g):**

a) miejsce zameldowania/zamieszkania na terenie powiatu poznańskiego (zgodnie ze złożonym oświadczeniem, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu),

- b) zgłoszenie udziału w Programie u Wykonawcy Programu (ze względu na ograniczoną liczbę osób możliwych do przebadania w ramach Programu oraz założenia Programu, Wykonawca potwierdzi przyjęcie zgłoszenia),
- c) wyrażenie zgody na udział w Programie (druk zgody zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu),
- d) wiek (zgodnie ze złożonym oświadczeniem, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu, przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia) i płeć:
- e) podanie w formularzu zgłoszeniowym kompletu informacji niezbędnych do użycia narzędzia FRAX,
- f) brak w wywiadzie wcześniej zdiagnozowanej osteoporozy (na podstawie oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu),
- g) aktualnie brak udziału w innym programie o podobnym charakterze (na podstawie oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu),

**B) kryteria wyłączenia (traktowane rozdzielnie):**

- a) niespełnienie kryterium wiekowego oraz minimum jednego z kryteriów określonych w pkt 1. lit. A,
- b) zdiagnozowana wcześniej osteoporoza,
- c) aktualny udział w innym programie o podobnym charakterze.

– **pomiaru BMD za pomocą DXA (badania densytometryczne):**

**A) kryteria włączenia** - zakwalifikowanie w ramach Programu przez uzyskanie wyniku FRAX  $\geq 5\%$  (wartość obliczana i wpisywana przez osobę przyjmującą formularz zgłoszeniowy na podstawie zawartych w nim danych);

**B) kryterium wyłączenia:**

- a) ostatni pomiar u świadczeniobiorcy BMD za pomocą DXA na szyjce kości udowej **w ciągu poprzednich 2 lat przy jednoczesnym braku nowych czynników ryzyka od czasu tego pomiaru** (podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu),
- b) obecność przeciwwskazań do pomiaru DXA przez szyjkę kości udowej np. obustronna endoproteza całkowita stawu biodrowego, znaczna otyłość, inne;
- c) aktualny udział w innym programie o podobnym charakterze (na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu).

– **lekarskiej wizyty podsumowującej (konsultacja lekarska):**

**A) kryterium włączenia** - dostępny wynik pomiaru BMD za pomocą DXA wykonany w ramach realizowanego Programu;

**B) kryterium wyłączenia** - aktualny udział w innym programie o podobnym charakterze (na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu).

2) **informacyjno-edukacyjnych** obejmujących:

- **edukację zdrowotną** realizowaną stacjonarnie podczas badania/konsultacji lekarskiej (edukacja bezpośrednia) oraz on-line w formie opracowanego i udostępnionego na stronie internetowej Wykonawcy Programu filmu edukacyjnego, adresowaną do osób dorosłych, spełniających poniższe kryteria udziału w Programie:

**A) kryterium włączenia (traktowanie łącznie punkty od a do c):**

- a) wiek (osoba dorosła),
- b) miejsce zameldowania/zamieszkania na terenie powiatu poznańskiego (zgodnie ze złożonym oświadczeniem, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu),
- c) wyrażenie zgody na udział w Programie (druk zgody zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu).

**B) kryterium wyłączenia** - uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich dwóch lat (zgodnie ze złożonym oświadczeniem, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu).

- **szkolenie/szkolenia dla personelu medycznego:** osób zaangażowanych w realizację Programu, spełniających poniższe kryteria udziału w Programie:

**A) kryterium włączenia** - personel medyczny zaangażowany w realizację Programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami np.: lekarze, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej;

**B) kryterium wyłączenia:**

- a) ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich dwóch lat;
- b) wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.

- 2. Maksymalną liczbę osób uczestniczących w określonych interwencjach możliwych do przeprowadzenia w ramach umowy, dla osób z poszczególnych gmin określa **załącznika nr 2** do niniejszej umowy. W przypadku niewykonania badań u osób z poszczególnych gmin zgodnie z załącznikiem nr 2 z powodu braku zgłoszeń osób spełniających kryteria kwalifikujące do udziału w Programie, *Wykonawca* zobowiązuje się odpowiednio zwiększyć liczbę badań w innych gminach.
- 3. *Wykonawca* niezwłocznie zawiadamia *Zamawiającego* w formie pisemnej o zmianach liczby badań o których mowa w ust. 2.

**§ 3. 1.** Przedmiotem umowy jest realizacja „Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2024 r. (zwany dalej „Programem”), obejmującego w zakresie:

1) **działań informacyjno-edukacyjnych:**

- a) **przeprowadzenie szkolenia/szkoleń dla personelu medycznego** zaangażowanego w realizację Programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, optymalnie realizowanego przez lekarza ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii, posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom.

W szczególności należy uwzględnić, co następuje:

- w ramach szkoleń/szkolenia należy zapoznać personel medyczny z rekomendacjami dotyczącymi profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia osteoporozy, a także zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom,
- forma/formy szkolenia/szkoleń winna/winny być dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykładu w trybie stacjonarnym,
- warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniu jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu;

- b) **realizację edukacji zdrowotnej** podczas badania/konsultacji lekarskiej (edukacja bezpośrednia) oraz on-line w formie opracowanego i udostępnionego na stronie internetowej Wykonawcy Programu filmu edukacyjnego, **adresowanej do osób dorosłych**, z miejscem zameldowania/zamieszkania na terenie powiatu poznańskiego, realizowanej przez lekarza, fizjoterapeutę, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych.

W szczególności należy uwzględnić, co następuje:

- działania edukacyjne nakierowane na podniesienie poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej dotyczyć będą co najmniej poniższych zagadnień:
    - promocji elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie kości,
    - zasadniczej roli aktywności fizycznej na poprawę BMD, ze szczegółowym omówieniem ćwiczeń obciążeniowych, oporowych, poprawiających równowagę, a także wzmacniających siłę mięśniową, dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta,
    - przyczyn upadków oraz ich negatywnych następstw,
    - działań pomagających zapobiegać upadkom,
    - identyfikacji i sposobów eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę,
    - podkreślenia roli prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, w tym dostarczania optymalnych ilości wapnia oraz szkodliwości spożycia alkoholu;
  - dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych wśród adresatów Programu;
  - warunkiem udziału w edukacji realizowanej stacjonarnie lub /i on-line jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w edukacji jest zobowiązana do wypełnienia post-testu;
  - w przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do potrzeb Programu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne, oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np. o materiały edukacyjne sporządzone w ramach „Programu Profilaktyki Osteoporozy” (<https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne/profilaktyka-osteoporozy>), przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich.
- c) **opracowanie, wydrukowanie oraz dystrybucja ulotek edukacyjnych** z informacjami na temat profilaktyki osteoporozy, zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i zapobieganiu upadkom, adresowanych do osób dorosłych, zameldowanych/zamieszkałych na terenie powiatu poznańskiego (nakład min. 2 000 sztuk).

2) **działań diagnostycznych:**

- a) **prowadzenie rejestracji telefonicznej**, przyjmowanie zgłoszeń, informowanie o terminach badań, we własnym zakresie poprzez udostępnienie, co najmniej 2 linii telefonicznych, minimum przez 5 dni w tygodniu po 5 godzin dziennie;
- b) **przeprowadzenie wywiadu kwalifikacyjnego** podczas rejestracji telefonicznej (wstępna kwalifikacja) oraz przed samym badaniem gęstości kości;

- c) **opracowanie formularza zgłoszeniowego**, który uwzględni m.in. wszystkie dane niezbędne dla narzędzia FRAX, tj.: wiek (w latach), płeć (kobieta lub mężczyzna), masę ciała (w kg), wzrost (w cm) oraz pytania „tak”/”nie” dotyczące wystąpienia dodatkowych czynników ryzyka złamania osteoporotycznego: przebyte złamania, złamania biodra u co najmniej jednego z rodziców, obecne palenie tytoniu, stosowanie glikokortykosteroidów, zdiagnozowane reumatoidalne zapalenie stawów, obecność schorzenia silnie związanego z osteoporozą, spożywanie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie. Obok każdego z pytań o obecność dodatkowego czynnika ryzyka złamania osteoporotycznego należy zamieścić stosowne wyjaśnienie (na podstawie strony internetowej: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=po&country=40>;
- d) **dokonanie oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX dla populacji polskiej („FRAX PL”)**.

W szczególności należy uwzględnić, co następuje:

- osoba spośród personelu medycznego posiadająca odpowiedni poziom wiedzy do zakresu realizowanych w ramach Programu działań, przyjmująca dane do formularza zgłoszeniowego:
    - weryfikuje kompletność zamieszczonych w nim informacji,
    - wylicza dziesięcioletnie prawdopodobieństwo poważnego złamania osteoporotycznego i wpisuje je do formularza zgłoszeniowego, a świadczeniobiorca otrzymuje wynik FRAX w formie wydruku;
    - udziela merytorycznych odpowiedzi na wszelkie pytanie dotyczące osteoporozy i zapobiegania upadkom oraz kieruje świadczeniobiorców do rzetelnych źródeł wiedzy;
  - w przypadku wyniku dziesięcioletniego ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX dla populacji polskiej niższego niż 5% uczestnik Programu otrzymuje informację zwrotną o niskim prawdopodobieństwie złamania osteoporotycznego i braku potrzeby wykonania pomiaru DXA;
  - w przypadku wyniku dziesięcioletniego ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX dla populacji polskiej równego lub wyższego niż 5% uczestnik otrzymuje informację zwrotną o zakwalifikowaniu do pomiaru DXA oraz sposobu przygotowania do badania. Świadczeniobiorca powinien zostać poinformowany o przeciwwskazaniach do wykonania pomiaru DXA oraz że uzyskany wynik FRAX nie jest tożsamy ze stwierdzeniem osteoporozy;
- e) **miar gęstości kości za pomocą DXA** u uczestników Programu, którzy, uzyskali wynik FRAX  $\geq 5\%$  i zostali zakwalifikowani do Programu. Pomiar dokonywany jest na szyjce kości udowej przez technika elektroradiologa/elektrodiagnostę z certyfikatem do obsługi densytometru;
- f) **lekarska wizyta podsumowująca** u uczestników Programu, u których wykonano pomiar gęstości kości w ramach Programu (niezależnie od wyniku badania) realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub reumatologii, lub endokrynologii albo lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych, posiadającego doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy.

W szczególności należy uwzględnić, co następuje:

- w przypadku realizacji badań densytometrycznych w pracowni mobilnej, dopuszcza się możliwości realizacji lekarskiej wizyty podsumowującej w innym terminie niż zostało wykonane badanie

densytometryczne. W takiej sytuacji Wykonawca Programu ustali telefonicznie z uczestnikiem Programu termin konsultacji lekarskiej oraz wskaże miejsce jej realizacji;

- w przypadku braku zgłoszenia w ustalonym miejscu i terminie, na konsultację lekarską realizowaną w formie stacjonarnej, Wykonawca Programu umożliwi realizację konsultacji z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych (tzw. teleporada) oraz prześle wynik badania, a także zalecenia dotyczące dalszego postępowania na wskazany przez uczestnika Programu adres korespondencyjny. Świadczeniobiorca kończy swój udział w Programie;
- w trakcie wizyty, lekarz omawia ze świadczeniobiorcą wynik badania DXA. Następnie wykonuje ponowną ocenę ryzyka poważnego złamania z użyciem narzędzia FRAX PL – uwzględniając wynik uzyskany w DXA. Lekarz omawia ze świadczeniobiorcą uzyskany wynik i udziela wyczerpujących odpowiedzi na pytania świadczeniobiorcy;
- w przypadku braku osteoporozy pacjent informowany jest o wyniku ujemnym (tj. brak stwierdzonej osteoporozy). Przekazywane są zalecenia odnośnie czynników ryzyka osteoporozy. Świadczeniobiorca jest informowany o tym, że jeśli nie pojawią się dodatkowe czynniki ryzyka, to kolejne badanie DXA powinno zostać przeprowadzone nie wcześniej niż za 2 lata. Świadczeniobiorca kończy swój udział w Programie;
- w przypadku wykrycia osteoporozy pacjent informowany jest o konieczności leczenia w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. W czasie konsultacji lekarz przekazuje pacjentowi informację na temat jego bieżącego stanu zdrowia, zalecenia odnośnie dalszego postępowania oraz wskazuje wszystkie dostępne ścieżki postępowania specjalistycznego w ramach systemu opieki zdrowotnej. Po otrzymaniu zaleceń co do dalszego postępowania pacjent kończy swój udział w Programie;
- w sytuacji braku zgłoszenia uczestnika Programu na konsultację lekarską realizowaną w formie stacjonarnej oraz braku możliwości jej realizacji z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych, z przyczyn niezależnych od Wykonawcy, wynik badania oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania, zostaną przesłane przez Wykonawcę na wskazany przez uczestnika Programu adres korespondencyjny. Świadczeniobiorca kończy swój udział w Programie.

3) **opracowanie druku zgody na udział w Programie** obejmującego wyrażenie zgody na:

- a) ocenę ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX,
- b) wykonanie badania gęstości kości,
- c) przeprowadzenie konsultacji lekarskiej,
- d) udostępnienie danych osobowych,
- e) udostępnienie danych teleadresowych (nr telefonu oraz adresu korespondencyjnego);

4) **przeprowadzenie ankiety oceniającej jakość świadczeń udzielanych w ramach Programu** wśród odbiorców Programu na podstawie załączników do Programu;

5) **ocena poziomu satysfakcji z realizacji Programu** na podstawie przeprowadzonych ankiet wśród odbiorców Programu, o których mowa w pkt. 4;

6) wymagane do opracowania druki, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt. 1 i 2, § 3 ust. 1 pkt. 3 oraz formularz zgłoszeniowy, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt. 2 lit. c mogą stanowić jeden dokument;

7) **przyjmowania zgłoszeń od uczestników Programu o rezygnacji z udziału w Programie**, wraz ze wskazaniem przyczyny rezygnacji.

2. *Wykonawca* jest zobowiązany do:

- 1) przeprowadzenia, min. 14 dni przed rozpoczęciem działań diagnostycznych, kampanii informacyjno-promocyjnej na terenie 17 gmin Powiatu Poznańskiego o realizacji Programu tj.: miejscu, terminie i czasie, w formie plakatów (nakład min. 200 sztuk), udostępnienia informacji na stronach internetowych, w mediach (radio, telewizja, prasa), mediach społecznościowych, informacji przekazanych do przychodni itp.). Wszelkie materiały informacyjno-promocyjne winny zawierać treść: *„Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” finansowany ze środków budżetowych Powiatu Poznańskiego* oraz logo Powiatu Poznańskiego;
- 2) wykonania przedmiotu umowy z należytą starannością i poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej i umiejętnościami zawodowymi oraz zasadami etyki zawodowej;
- 3) przestrzegania:
  - a) przepisów określających prawa i obowiązki pacjentów,
  - b) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 4) prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej, na zasadach określonych przepisami prawa oraz innej dokumentacji odzwierciedlającej realizację zadania w sposób umożliwiający przeprowadzenie kontroli;
- 5) przestrzegania przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L.119. z 4.05.2016 r. ze zm.) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. r. *o ochronie danych osobowych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781);
- 6) zapewnienia przez cały czas realizacji umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa:
  - a) personelu posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania umowy,
  - b) warunków lokalowych,
  - c) sprzętu i aparatury medycznej posiadającej niezbędne certyfikaty, spełniające określone normy;
- 7) zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.) i rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866) oraz dostarczenia kopii tej polisy w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy bądź jej przedłużenia oraz utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej;
- 8) przestrzegania przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240), co najmniej w zakresie określonym przez minimalne wymagania, o których mowa w art. 6 cytowanej ustawy;
- 9) zbierania danych osób: imię i nazwisko, numer PESEL, data urodzenia, wiek, miejscowość zameldowania/zamieszkania, adres do korespondencji, nr telefonu do kontaktu, informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik Programu, wyniku badań, datę wyrażenia zgody na uczestnictwo w Programie, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz udostępnienie danych do kontaktu (np. numer telefonu, adres korespondencyjny), datę zakończenia udziału w Programie wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji Programu, wycofanie zgody na uczestnictwo w Programie);



- 10) informowania o zaangażowaniu do realizacji Programu dodatkowego personelu wraz z podaniem informacji dotyczących tych osób, określonych w pkt. *IV Formularza ofertowego* i oświadczeniem potwierdzającym ich kwalifikacje oraz zrealizowaniu wobec tych osób obowiązku informacyjnego Zamawiającego, o którym mowa w § 7 ust. 4;
  - 11) przedkładania **comiesięcznych sprawozdań z realizacji Programu** na wskazany adres poczty elektronicznej w terminie 7 dni po zakończeniu każdego miesiąca (w przypadku gdy, termin przypada w dzień ustawowo wolny od pracy lub sobotę termin przesuwa się na najbliższy dzień roboczy) w zakresie informacji:
    - a) określonych w **załączniku nr 10** do umowy, obejmujących dane dotyczące liczby:
      - osób, które uczestniczyły w szkoleniu/szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne,
      - świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym, z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania świadczeniobiorcy, formę realizacji edukacji (stacjonarnie, on-line),
      - świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki  $<5\%$  i  $\geq 5\%$ , z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania świadczeniobiorcy,
      - świadczeniobiorców, u których wykonano w ramach Programu pomiar BMD za pomocą DXA, z podziałem na grupy wyników *T-score* (grupa  $>-1$ ; grupa  $\leq -1$  i  $>-2,5$ ; grupa  $\leq -2,5$ ), z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania świadczeniobiorcy,
      - świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej, z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania świadczeniobiorcy, oraz formę realizacji konsultacji lekarskiej (stacjonarnie, teleporada),
      - świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci badaniami densytometrycznymi w ramach Programu, wraz ze wskazaniem powodów;
      - świadczeniobiorców, którzy nie uczestniczyli w konsultacji lekarskiej w ramach Programu, wraz ze wskazaniem powodów,
      - osób, które zrezygnowały z udziału w Programie;
    - b) dotyczących oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach Programu na podstawie uwag zgłoszonych przez świadczeniobiorców Programu;
  - 12) niezwłocznego informowania, w formie pisemnej, o wszystkich zdarzeniach mogących skutkować zagrożeniem realizacji zadania;
  - 13) koordynowanie realizacji Programu przez Wyznaczoną osobę;
  - 14) bieżącej współpracy w zakresie realizacji Programu z Wydziałem Spraw Społecznych i Zdrowia Starostwa Powiatowego w Poznaniu, w tym m.in. uzyskania akceptacji dla przygotowanych w ramach Programu materiałów informacyjno-promocyjnych.
3. Program, o którym mowa w ust. 1, Wykonawca zobowiązany jest wykonać w zakresie:
- 1) badań densytometrycznych: na terenie wszystkich 17 gmin powiatu poznańskiego (mobilne lub stacjonarne pracownie densytometryczne spełniające ogólne warunki dla pracowni radiologicznych). W sytuacji braku możliwości realizacji badań na terenie poszczególnych gmin, z przyczyn niezależnych od Wykonawcy, mieszkańcy tych gmin będą mogli skorzystać z badań realizowanych na terenie innej gminy powiatu poznańskiego. Dopuszcza się dodatkowo realizację badań na terenie m. Poznania,
  - 2) konsultacji lekarskich (realizowanych stacjonarnie): na terenie powiatu poznańskiego i na terenie m. Poznania.

4. Miejsca, o których mowa w ust. 3 winny być oznaczone jako miejsce realizacji Programu (np. poprzez wyeksponowanie plakatu informacyjnego).
5. Program będzie realizowany w okresie od dnia podpisania umowy **do dnia 30 listopada 2024 r.** w dni powszednie, w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych (zgodnie z harmonogramem określonym przez Wykonawcę po podpisaniu umowy). Dopuszcza się realizację Programu również w soboty.
6. Harmonogram realizacji zadania ustalony przez *Wykonawcę* zostanie dostarczony *Zamawiającemu* w terminie do 14 dni od dnia podpisania umowy. Ewentualną aktualizację harmonogramu *Wykonawca* bez zbędnej zwłoki prześle *Zamawiającemu*.
7. W sytuacji, gdy w terminie i miejscu ustalonym z uczestniczką/uczestnikiem Programu nie zostanie wykonane badanie, z przyczyn niezależnych od *Wykonawcy*, jest on zobowiązany zaproponować inny termin wykonania badania biorąc w szczególności pod uwagę konieczność terminowej realizacji niniejszej umowy.
8. W sytuacji, gdy uczestniczka/uczestnik zrezygnuje z udziału w dalszej części Programu, rezygnacja winna zostać złożona w formie pisemnej wraz ze wskazaniem przyczyny. W przypadku nie złożenia rezygnacji w formie określonej w zdaniu pierwszym *Wykonawca* sporządzi notatkę w przedmiotowym zakresie (np. gdy uczestniczka/uczestnik Programu poinformuje o swojej rezygnacji telefonicznie). Ww. dokument zostanie dołączony do dokumentacji medycznej.
9. *Wykonawca* realizując Program, zobowiązuje się do zamieszczania w materiałach informacyjno-promocyjnych, publikacjach, mediach informacji o treści: „*Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego finansowany ze środków budżetowych Powiatu Poznańskiego*” oraz logo Powiatu Poznańskiego;
10. O udziale w Programie w poszczególnych gminach **decyduje kolejność zgłoszeń**. Maksymalną liczbę osób objętych badaniami w ramach niniejszego Programu w poszczególnych gminach określa **załącznik nr 2** do umowy.
11. O udziale w badaniu densytometrycznym decyduje wyniki oceny ryzyka poważanego złamania osteoporotycznego. Pomiar gęstości kości za pomocą DXA zostanie wykonany u uczestników Programu, którzy, uzyskali wynik FRAX  $\geq 5\%$ .
12. *Wykonawcę* obowiązuje bezwzględny zakaz pobierania opłat oraz innych dóbr od pacjentów, członków ich rodzin lub osób trzecich działających w imieniu bądź na rzecz wcześniej wymienionych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.

**§ 4. 1.** Całkowity koszt brutto wykonania u jednej osoby działań diagnostycznych obejmujących ocenę ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX, badania densytometrycznego (pomiar BMD za pomocą DXA), lekarskiej wizyty podsumowującej, wynosi ..... **zł brutto**, w tym:

- 1) jednostkowy koszt oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego wynosi ..... zł brutto,
  - 2) jednostkowy koszt badania densytometrycznego wynosi ..... zł brutto,
  - 3) jednostkowy koszt lekarskiej wizyty podsumowującej realizowanej stacjonarnie/z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych (w przypadku tzw. teleporady koszt ten uwzględnia koszt połączenia telefonicznego oraz przesłania na wskazany adres korespondencyjny wyniku badania oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania) wynosi ..... zł brutto.
2. W sytuacji niezgłoszenia się uczestniczki/uczestnika Programu na konsultację lekarską, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt. 2 lit. f, realizowanej stacjonarnie oraz w przypadku braku możliwości jej realizacji

z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych, całkowity koszt brutto wykonania u jednej osoby działań diagnostycznych obejmujących ocenę ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX, badania densytometrycznego (pomiar BMD za pomocą DXA), wykonania opisu badania, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt. 2 lit. f tiret szóste, wynosi ..... **zł brutto**, w tym:

- 1) jednostkowy koszt oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego, zgodnie z ust. 1 pkt. 1,
- 2) jednostkowy koszt badania densytometrycznego, zgodnie z ust. 1 pkt. 2,
- 3) jednostkowy koszt wykonania opisu wyniku badania DXA, ponownej oceny ryzyka złamania osteoporotycznego z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, wydania przez lekarza zaleceń dotyczących dalszego postępowania wraz z przesłaniem dokumentów pocztą na wskazany przez świadczeniobiorcę adres korespondencyjny wynosi ..... zł brutto.

3. Całkowite koszty brutto związane z realizacją Programu, inne niż określone w ust. 1 i 2 obejmujące koszty:

- 1) realizacji kampanii promocyjno-informacyjnej,
- 2) opracowania, druku i dystrybucji ulotek edukacyjnych,
- 3) realizacji edukacji zdrowotnej stacjonarnie podczas badania/konsultacji lekarskiej oraz on-line poprzez opracowanego i udostępnionego na stronie internetowej Wykonawcy filmu edukacyjnego (wraz z wykonaniem pre-testu i post-testu),
- 4) przeprowadzenia szkolenia/szkoleń dla personelu medycznego (wraz z wykonaniem pre-testu i post-testu),
- 5) administracyjno-organizacyjne i inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu (np. koszty rejestracji telefonicznej, wstępnej kwalifikacji do udziału w Programie z wykorzystaniem kalkulatora FRAX, eksploatacyjne), koszty zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do ewaluacji i monitorowania,

wyniosą ..... **zł brutto**.

4. Na realizację niniejszej umowy *Zamawiający* przekaze *Wykonawcy* dotację celową w łącznej wysokości **250 000,00 zł** (słowie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych), przelewem na rachunek bankowy nr ..... w dwóch transzach:

- 1) I transza w kwocie **125 000,00 zł** (słownie: sto dwadzieścia pięć tysięcy złotych) płatna w terminie **do 14 dni od dnia podpisania niniejszej umowy**,
- 2) II transza w kwocie **125 000,00 zł** (słownie: sto dwadzieścia pięć tysięcy złotych) płatna w terminie **do 3 miesięcy od dnia przekazania I transzy**.

5. Sposób kalkulacji dotacji określa **załącznik nr 3** do niniejszej umowy.

6. Za dzień przekazania dotacji uznaje się dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.

7. Dotację o której mowa w ust. 4 *Wykonawca* zobowiązuje się wykorzystać na poniesienie wydatków w terminie **od dnia podpisania niniejszej umowy** do dnia **30 listopada 2024 r.**

8. Przez poniesienie wydatków, o którym mowa w ust. 7 rozumie się faktyczne dokonanie zapłaty na podstawie faktur, rachunków czy list płac pracowników (w przypadku list płac pracowników lub umów z osobami fizycznymi - dokonanie zapłaty oraz opłacenie należności z tytułu wynagrodzenia pracownika oraz związanych z tym zobowiązań podatkowych oraz składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne).

9. Niedozwolone jest rozliczanie danego wydatku z dotacji, o której mowa w ust. 4 oraz jednocześnie z innych źródeł, w szczególności ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia bądź innych programów polityki zdrowotnej.

10. Wykonawca oświadcza, że jest jedynym posiadaczem wskazanego w ust. 4 rachunku bankowego, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymać do czasu zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.

11. Zgodnie z art. 116 ust. 1 pkt. 7 ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.) *Wykonawca przedłoży Zamawiającemu: w terminie do dnia 15 grudnia 2024 r.*

- 1) rozliczenie dotacji według wzoru określonego **w załączniku nr 4**,
- 2) sprawozdanie merytoryczne sporządzone **w formie pisemnej i elektronicznej** (w wersji papierowej - każdą stronę sprawozdania należy opatrzyć kolejnym numerem; w wersji elektronicznej - należy przesłać na wskazany przez *Zamawiającego* adres poczty elektronicznej wymienione poniżej dokumenty, odpowiednio jako pliki *Word* lub *Excel*, zabezpieczone hasłem. Hasło należy przesłać na wskazany przez *Zamawiającego* adres poczty elektronicznej. (*Zamawiający* poinformuje *Wykonawcę* drogą pisemną o wskazanych powyżej adresach e-mail).

**Sprawozdanie merytoryczne winno zawierać:**

- a) wykaz uczestników Programu: inicjały imienia i nazwiska, data urodzenia, wiek, miejscowość zameldowania/zamieszkania, data i miejsce wykonania badania densytometrycznego, z podziałem na gminy, **zgodnie z załącznikiem nr 5** – w wersji elektronicznej plik Excel,
- b) sprawozdanie końcowe z realizacji Programu, **zgodnie z załącznikiem nr 6** (w wersji elektronicznej plik Excel), obejmujące informację w zakresie liczby:
  - osób, które uczestniczyły w szkoleniu/szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne,
  - świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym, z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania świadczeniobiorcy, formę realizacji edukacji (stacjonarnie, on-line),
  - świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki <5% i ≥5%, z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania świadczeniobiorcy,
  - świadczeniobiorców, u których wykonano w ramach Programu pomiar BMD za pomocą DXA, z podziałem na grupy wyników *T-score* (grupa >-1; grupa ≤-1 i >-2,5; grupa ≤-2,5), z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania świadczeniobiorcy,
  - świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania świadczeniobiorcy oraz formę realizacji konsultacji lekarskiej (stacjonarnie, teleporada),
  - świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci badaniami densytometrycznymi w ramach Programu wraz ze wskazaniem powodów,
  - świadczeniobiorców, którzy nie uczestniczyli w konsultacji lekarskiej w ramach Programu wraz ze wskazaniem powodów,
  - osób, która zrezygnowały z udziału w Programie,
- c) oświadczenie Wykonawcy, że nie rozliczył danego wydatku z dotacji, o której mowa w ust. 4 oraz jednocześnie z innych źródeł, w szczególności ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia bądź innych programów polityki zdrowotnej, **zgodnie z załącznikiem nr 6a**.

- d) informację dotyczącą oceny poziomu wiedzy odbiorców edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki na podstawie przeprowadzonych ankiet przed i po edukacji (informacja podsumowująca powinna uwzględniać liczbę udzielonych odpowiedzi na poszczególne pytania, analizę porównawczą w tym zakresie oraz wskazanie odsetka odbiorców edukacji, u których uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy, z uszczegółowieniem danych dotyczących personelu medycznego uczestniczącego w szkoleniu oraz świadczeniobiorców uczestniczących w warsztatach edukacyjnych - w wersji elektronicznej plik Word,
  - e) informację dotyczącą oceny poziomu satysfakcji z realizacji Programu na podstawie przeprowadzonych ankiet wśród odbiorców Programu (informacja powinna uwzględniać liczbę udzielonych odpowiedzi na poszczególne pytania oraz uwagi zgłaszane przez uczestników Programu) - w wersji elektronicznej plik Word;
- 3) potwierdzone za zgodność z oryginałem (obejmuje: klauzulę „za zgodność z oryginałem”, datę, podpis osoby upoważnionej wraz z podaniem imienia i nazwiska oraz pieczętką firmową) dwustronne kopie faktur, rachunków lub innych dowodów księgowych potwierdzających poniesione przez *Wykonawcę* wydatki związane z realizacją niniejszej umowy wraz z udokumentowaniem zapłaty. Dokumenty określone w zdaniu pierwszym powinny zawierać opis zgodnie z **załącznikiem nr 7** do niniejszej umowy;
  - 4) zestawienie (w wersji elektronicznej - plik Excel) dokumentów księgowych z podziałem na poszczególne kategorie kosztów, **zgodnie z załącznikiem nr 8** do niniejszej umowy;
  - 5) oświadczenia *Wykonawcy*, iż nie przysługuje bądź nie przysługiwało mu prawo pomniejszenia w całości lub części podatku należnego o wartość podatku naliczonego zawartego w fakturach VAT wykazanych w zestawieniu, o którym mowa w pkt 4;
  - 6) oświadczenie o zrealizowaniu obowiązku informacyjnego w imieniu *Zamawiającego* według wzoru określonego w **załączniku nr 9** do niniejszej umowy;
  - 7) informacja o problemach, które wystąpiły podczas realizacji Programu (jeśli dotyczy).

12. *Wykonawca* zwróci na rachunek bankowy *Zamawiającego* nr **77 1030 1247 0000 0000 3491 6241** niewykorzystaną kwotę dotacji, o której mowa w ust. 4 do dnia **15 grudnia 2024 r.**

13. W przypadku zwrotu niewykorzystanej kwoty dotacji po terminie określonym w ust. 12, *Zamawiającemu* przysługuje prawo naliczenia odsetek w wysokości jak dla zaległości podatkowych liczonych od następnego dnia po upływie terminu.

14. *Wykonawca* zobowiązuje się prowadzić wyodrębnioną dokumentację finansowo-księgową środków finansowych otrzymanych na realizację niniejszej umowy, w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.

15. *Wykonawca* zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją niniejszej umowy przez okres 5 lat od końca roku, w którym *Wykonawca* realizował niniejszą umowę tj. do dnia **31 grudnia 2029 r.**

**§ 5. 1.** *Zamawiający* sprawuje kontrolę prawidłowości wykonywania niniejszej umowy przez *Wykonawcę*, w szczególności w zakresie oceny zakresu realizacji przedmiotu umowy, sposobu i rodzaju prowadzonej dokumentacji związanej z merytorycznym rozliczeniem umowy oraz stanu wykonania umowy. Kontrola może być przeprowadzona zarówno w toku realizacji umowy oraz po jej zakończeniu do czasu ustania obowiązku, o którym mowa w § 4 ust. 15.

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 umowy oraz żądać udzielenia, ustnie lub na piśmie, informacji dotyczących wykonania umowy.

3. *Wykonawca* na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.

4. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez *Zamawiającego* zarówno w siedzibie *Wykonawcy*, jak i w miejscu realizacji umowy.

5. O wynikach kontroli, o której mowa w ust. 1, *Zamawiający* poinformuje *Wykonawcę*, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.

6. *Wykonawca* jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń pokontrolnych, o których mowa w ust. 5, do ich wykonania i powiadomienia o tym *Zamawiającego*.

7. W razie stwierdzenia w trakcie realizacji Programu rażących uchybień lub niezastosowania się do wniosków lub zaleceń, o których mowa w ust. 5, *Zamawiający* może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia.

**§ 6.** 1. *Wykonawca* oświadcza, iż posiada zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.).

2. *Wykonawca* zobowiązany jest posiadać zawartą umowę ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 przez cały okres realizacji niniejszej umowy.

3. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją zadania odpowiedzialność ponosi *Wykonawca*.

## Rozdział II

### Udostępnianie danych osobowych

**§ 7.** 1. *Wykonawca* i *Zamawiający* są odrębnymi „Administratorami Danych” w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 ze zm.) zwanego dalej „Rozporządzeniem”. Udostępnienie danych osobowych następuje zgodnie z Rozporządzeniem oraz innymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, chroniącymi prawa osób, których dane dotyczą.

2. *Wykonawca* i *Zamawiający* zobowiązani są realizować obowiązek informacyjny wynikający z Rozporządzenia.

3. *Zamawiający* zobowiązuje *Wykonawcę* do realizacji w imieniu *Zamawiającego* obowiązku informacyjnego, poprzez przekazanie osobom uczestniczącym w Programie informacji o przetwarzaniu danych osobowych stanowiącej **załącznik nr 11** do niniejszej umowy. *Wykonawca* pobiera od osób biorących udział w Programie potwierdzenia o zapoznaniu się z obowiązkiem informacyjnym *Zamawiającego* i przechowuje je przez okres wskazany w § 4 ust. 15.

4. *Zamawiający* zobowiązuje *Wykonawcę* do przekazania, w imieniu *Zamawiającego*, obowiązku informacyjnego personelowi uczestniczącemu w realizacji Programu ze strony *Wykonawcy*, określonego **w załączniku nr 12** do niniejszej umowy.

5. *Wykonawca* przedkłada wraz ze sprawozdaniem oświadczenie o spełnieniu, w imieniu *Zamawiającego*, obowiązku informacyjnego, wobec osób, o którym mowa w ust. 3 i 4, stanowiące **załącznik nr 9** do niniejszej umowy, zgodnie z § 4 ust. 11 pkt. 6 umowy.

**Rozdział III**  
**Przepisy końcowe**

**§ 8.** Zamawiającemu przysługuje prawo żądania zapłaty kar umownych od Wykonawcy:

- 1) w przypadku odstąpienia od Umowy przez Zamawiającego z przyczyn zależnych od Wykonawcy - w wysokości 10% kwoty dotacji, określonej w § 4 ust.4,
- 2) w przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego, iż Wykonawca realizuje Program przez osoby inne niż wskazane pisemnie Zamawiającemu w wysokości **500,00 zł** za każde stwierdzone naruszenie ,
- 3) w przypadku nie przedłożenia w terminie, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt. 11 sprawozdania miesięcznego z realizacji Programu w wysokości **50,00 zł** za każdy dzień zwłoki w złożeniu sprawozdania.

**§ 9.** Jeżeli wartość szkody przewyższy wartość należnych kar umownych, Zamawiający będzie mógł dochodzić od Wykonawcy należności do wysokości poniesionej szkody.

**§ 10.** Zmiana postanowień umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu Stron, w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

**§ 11.** Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonania umowy. Skutki finansowe rozwiązania umowy i ewentualny zwrot środków finansowych Strony określają w sporządzonym protokole.

**§ 12.** W przypadku gdy Wykonawca rażąco naruszy istotne postanowienia umowy, Zamawiający wezwie Wykonawcę w formie pisemnej pod rygorem nieważności do usunięcia tego rażącego naruszenia istotnego postanowienia umowy w terminie 14 dni od doręczenia tego wezwania, zamieszczając w treści wezwania szczegółowy opis rażącego naruszenia istotnego postanowienia umowy, którego usunięcia domaga się od Wykonawcy. Jeżeli Wykonawca w terminie 14 dni od otrzymania tego wezwania nie usunie rażącego naruszenia istotnego postanowienia umowy opisanego w wezwaniu, wówczas Zamawiający może odstąpić od umowy, składając Wykonawcy oświadczenie o odstąpieniu od umowy w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 13.** W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają:

- 1) ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych* (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270 ze zm.),
- 2) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.),
- 3) ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny* (Dz. U. z 2023 r. poz. 1610 ze zm.).

**§ 14.** Wszelkie spory związane z niniejszą umową podlegają rozpoznaniu przez sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.

**§ 15.** Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa egzemplarze dla Zamawiającego i jeden dla Wykonawcy.

**ZAMAWIAJĄCY**

**WYKONAWCA**

.....

.....

.....

**Maksymalna liczba osób objętych „Programem polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2024 r.  
(§ 2 ust. 2 umowy)**

<b>Maksymalna liczba osób objętych Programem, w zakresie działań diagnostycznych obejmujących: ocenę ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego, badania densytometrycznego, lekarskiej wizyty podsumowującej</b>		
<b>Lp.</b>	<b>w tym w poszczególnych gminach:</b>	
1.	Buk	
2.	Czerwonak	
3.	Dopiewo	
4.	Kleszczewo	
5.	Komorniki	
6.	Kostrzyn	
7.	Kórnik	
8.	Luboń	
9.	Mosina	
10.	Murowana Goślina	
11.	Pobiedziska	
12.	Puszczykowo	
13.	Rokietnica	
14.	Stęszew	
15.	Suchy Las	
16.	Swarzędz	
17.	Tarnowo Podgórne	



**Kalkulacja łącznej wysokości dotacji przekazanej Wykonawcy na realizację  
„Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród  
mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2024 r.**

(§ 4 ust. 5 umowy)

1.	Jednostkowy koszt brutto <b>oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego</b> na podstawie metody FRAX z wydrukiem <b>(f)</b>	
2.	Jednostkowy koszt brutto <b>badania densytometrycznego</b> (pomiar BMD za pomocą DXA) <b>(b)</b>	
3.	Jednostkowy koszt <b>przeprowadzenia lekarskiej wizyty podsumowującej</b> obejmującej ponowne wykonanie oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, omówieniem wyniku badania DXA oraz zaleceniami dotyczące dalszego postępowania <b>(k)</b>	
4.	Planowana liczba osób, które wezmą udział w Programie <b>(n)</b>	
5.	Całkowity koszt brutto <b>działań informacyjno-edukacyjnych</b> , w tym: szkolenia dla personelu medycznego (z wykonaniem pre-testu i post-testu), <b>edukacji zdrowotnej</b> skierowanej do odbiorców Programu (z wykonaniem pre-testu i post-testu), opracowania, wydrukowania i dystrybucji ulotek edukacyjnych oraz koszt <b>kampanii informacyjno-promocyjnej</b> , a także <b>koszty administracyjno-organizacyjne</b> i inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu (np. koszty rejestracji telefonicznej, wstępnej kwalifikacji do udziału w Programie z wykorzystaniem kalkulatora FRAX, eksploatacyjne), koszty zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do ewaluacji i monitorowania <b>(e)</b>	
6.	<b>Łączna wysokość środków finansowych przekazanych na realizację Programu</b> <b><math>W = (f \times n) + (b \times n) + (k \times n) + e</math></b>	

**Rozliczenie dotacji przekazanej Wykonawcy na realizację  
„Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród  
mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2024 r.**

**(§ 4 ust. 11 pkt. 1 umowy)**

1.	Jednostkowy koszt brutto oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego na podstawie metody FRAX z wydrukiem <b>(f)</b> <i>(zgodnie z § 4 ust. 1 pkt. 1)</i>	
2.	Liczba wykonanych ocen ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego na podstawie metody FRAX z wydrukiem dla świadczeniobiorcy <b>(n<sub>1</sub>)</b>	
3.	Jednostkowy koszt brutto <b>badania densytometrycznego</b> (pomiar BMD za pomocą DXA) <b>(b)</b> <i>(zgodnie z § 4 ust. 1 pkt. 2)</i>	
4.	Liczba wykonanych badań <b>densytometrycznych</b> (pomiar BMD za pomocą DXA) <b>(n<sub>2</sub>)</b>	
5.	Jednostkowy <b>koszt brutto przeprowadzenia lekarskiej wizyty podsumowującej</b> obejmującej ponowne wykonanie oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, omówieniem wyniku badania DXA oraz zaleceniami dotyczące dalszego postępowania <b>(k)</b> <i>(zgodnie z § 4 ust. 1 pkt. 3)</i>	
6.	Liczba przeprowadzonych <b>lekarskich wizyt podsumowujących</b> <b>(n<sub>3</sub>)</b>	
7.	Jednostkowy <b>koszt brutto wykonania opisu wyniku</b> badania DXA, ponownej oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, wydania przez lekarza zaleceń dotyczących dalszego postępowania wraz z przesłaniem dokumentów pocztą na wskazany przez świadczeniobiorcę adres korespondencyjny <i>(dotyczy osób, które nie zgłosiły się na lekarską wizytę podsumowującą)</i> <b>(o)</b> <i>(zgodnie z § 4 ust. 2 pkt. 3)</i>	
8.	Liczba osób, którym przesłano pocztą na wskazany adres korespondencyjny opis wyniku badania DXA, ponowną oceną ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, zaleceniami wydanymi przez lekarza dotyczącymi dalszego postępowania <i>(dotyczy osób, które nie zgłosiły się na lekarską wizytę podsumowującą)</i> <b>(n<sub>4</sub>)</b>	
9.	<b>Całkowity koszt brutto działań informacyjno-edukacyjnych</b> , w tym: szkolenia dla personelu medycznego (z wykonaniem pre-testu i post-testu), edukacji zdrowotnej skierowanej do adresatów Programu (z wykonaniem pre-testu i post-testu) opracowania, wydrukowania i dystrybucji ulotek edukacyjnych oraz koszt <b>kampanii informacyjno-promocyjnej</b> , a także <b>koszty administracyjno-organizacyjne</b> i inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu (np. koszty rejestracji telefonicznej, wstępnej kwalifikacji do udziału w Programie z wykorzystaniem kalkulatora FRAX, eksploatacyjne), koszty	

	zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do ewaluacji i monitorowania (nie więcej niż 50 000, 00 zł) <b>(e)</b> (zgodnie z § 4 ust. 3)	
10.	Całkowity koszt realizacji Programu w okresie sprawozdawczym (pkt. 1 x pkt. 2) + (pkt. 3 x pkt. 4) + (pkt. 5 x pkt. 6) + (pkt. 7 x pkt. 8) + pkt. 9	
11.	Wysokość dotacji przekazanej na realizację Programu w okresie sprawozdawczym (kwota określona w § 4 ust. 4 umowy)	
12.	Niewykorzystana kwota dotacji do zwrotu (pkt. 11 – pkt. 10)	

.....  
(pieczęć Wykonawcy)

.....  
(miejsowość, data, podpis osoby reprezentującej  
Wykonawcę)

**Wykaz osób uczestniczących w „Programie polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2024 r.  
(§ 4 ust. 11 pkt. 2 lit. a)**

Lp.	Inicjały imienia i nazwiska	Rok urodzenia	Wiek	Płeć	Miejscowość zameldowania/ zamieszkania	Gmina zameldowania/ zamieszkania	Data wykonania badania densytometrycznego	Miejsce wykonania badania densytometrycznego <sup>1)</sup>

4) w przypadku pracowni stacjonarnej określić adres podmiotu, a w przypadku pracowni mobilnej określić miejsce postoju osteobusu (adres)

.....  
(pieczęć Wykonawcy)

.....  
(data, podpis osoby reprezentującej Wykonawcę)

**Sprawozdanie końcowe z realizacji**  
**„Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2024 r.**  
**(§ 4 ust. 11 pkt. 2 lit. b)**

**Cześć A (informacje z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania)**

<b>Gmina<sup>1)</sup></b>	<b>Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z wynikiem &lt;5%</b>	<b>Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z wynikiem ≥5%</b>	<b>Liczba świadczeniobiorców, u których wykonano w ramach Programu pomiar BMD za pomocą DXA, z wynikiem <i>T-score</i> grupa &gt; -1;</b>	<b>Liczba świadczeniobiorców, u których wykonano w ramach Programu pomiar BMD za pomocą DXA, z wynikiem <i>T-score</i> grupa ≤-1 i &gt;-2,5;</b>	<b>Liczba świadczeniobiorców, u których wykonano w ramach Programu pomiar BMD za pomocą DXA, z wynikiem <i>T-score</i> grupa ≤-2,5</b>
<b>[1]</b>	<b>[2]</b>	<b>[3]</b>	<b>[4]</b>	<b>[5]</b>	<b>[6]</b>

<b>Liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej zrealizowanej stacjonarnie</b>	<b>Liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej zrealizowanej w formie tzw. teleporady</b>	<b>Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjnym podczas badania/konsultacji lekarskiej (stacjonarnie)</b>	<b>Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjnym on-line</b>
<b>[7]</b>	<b>[8]</b>	<b>[9]</b>	<b>[10]</b>

1) gmina zameldowania/zamieszkania

**Cześć B (informacje bez podziału na gminę zameldowania/zamieszkania)**

Liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci badaniami densytometrycznymi w ramach Programu, wraz ze wskazaniem powodów		Liczba świadczeniobiorców, którzy nie uczestniczyli w konsultacji lekarskiej w ramach Programu, wraz ze wskazaniem powodów		Liczba osób, która zrezygnowały z udziału w Programie [15]
Powód [11]	Liczba osób [12]	Powód [13]	Liczba osób [14]	

**Cześć C**

Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniu/szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne	
Zawód medyczny [16]	Liczba osób [17]

.....  
(pieczęć Wykonawcy)

.....  
(data, podpis osoby reprezentującej Wykonawcę)

.....  
miejsowość

.....  
data

**Oświadczenie Wykonawcy dotyczące rozliczenia wydatku z otrzymanej dotacji**

**(§ 4 ust. 11 pkt. 2 lit. c )**

Oświadczam, że w ramach rozliczenia dotacji otrzymanej na realizację „**Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego**” w 2024 r. nie zostały rozliczone wydatki z dotacji (o której mowa w ust. 4) oraz jednocześnie z innych źródeł, w szczególności ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia bądź innych programów polityki zdrowotnej.

.....  
pieczęć firmowa

.....  
podpis i pieczęć imienna składającego oświadczenia

**Opis dokumentu księgowego**  
**(§ 4 ust. 11 pkt. 3)**

Dokument księgowy o nr ..... dot. realizacji w 2024 r. „**Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego**” w związku z umową Nr ..... z dnia..... zawartą pomiędzy Powiatem Poznańskim a .....

Dotyczy zakupy towaru/usługi z przeznaczeniem na: .....

Nazwa kosztu	.....
--------------	-------

**Sposób finansowania:**

Z dotacji Powiatu Poznańskiego	..... zł
Ze środków własnych lub innych źródeł	..... zł
Razem – wartość faktury/rachunku	..... zł

Sprawdzono pod względem merytorycznym. Stwierdzam, że wydatek jest legalny, celowy, oszczędny. Zakupiony towar faktycznie dostarczony/ usługa zrealizowana.	..... (data)	..... (pieczętka imienna i funkcyjna lub czytelny podpis osoby uprawnionej zgodnie z KRS)
Sprawdzono pod względem rachunkowym i formalnym.	..... (data)	..... (pieczętka imienna i funkcyjna lub czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za prowadzenie ksiąg rachunkowych)
Zatwierdzono do zapłaty: ..... zł. (kwota)	..... (data)	..... (pieczętka imienna i funkcyjna lub czytelny podpis osoby uprawnionej zgodnie z KRS)

Zapłacono gotówką/przelewem <sup>1)</sup> w dniu .....

.....  
pieczętka firmowa



**Zestawienie dokumentów księgowych, w poszczególnych kategoriach kosztów  
(§ 4 ust. 11 pkt. 4)**

Lp.	Nr dokumentu księgowego	Data wystawienia dokumentu księgowego	Kontrahent	Wartość całkowita dokumentu księgowego	Kwota (w zł) wydatkowanych ze środków pochodzących z dotacji	Opis wydatku	Data zapłaty
<b>Koszty wykonania oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego:</b>							
<b>Koszty wykonania badania densytometrycznego:</b>							
<b>Koszty konsultacji lekarskiej wizyty podsumowującej:</b>							
<b>Koszty wykonania opisu badania DXA, ponownej oceny ryzyka złamania osteoporotycznego z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, wydania przez lekarza zaleceń dotyczących dalszego postępowania wraz z przesłaniem dokumentów pocztą na wskazany przez świadczeniobiorcę adres korespondencyjny (dotyczy tych osób, które nie zgłoszą się na lekarską wizytę podsumowującą)</b>							
<b>Koszty opracowania, druku i dystrybucji ulotek edukacyjnych:</b>							
<b>Koszty realizacji edukacji zdrowotnej (wraz z wykonaniem pre-testu i post-testu)</b>							

<b>Koszty przeprowadzenia szkolenia/szkoleń dla personelu medycznego (wraz z wykonaniem pre-testu i post-testu)</b>							
<b>Koszty kampanii promocyjno-informacyjnej:</b>							
<b>Koszty administracyjno-organizacyjne i inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu (np. koszty rejestracji telefonicznej, wstępnej kwalifikacji do udziału w Programie z wykorzystaniem kalkulatora FRAX, eksploatacyjne), koszty zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do ewaluacji i monitorowania</b>							
<b>RAZEM KWOTA WYDATKÓW ZE ŚRODKÓW POCHODZĄCYCH Z DOTACJI</b>							

.....  
*(pieczęć Wykonawcy)*

.....  
*(data, podpis osoby reprezentującej Wykonawcę)*

.....  
miejsowość

.....  
data

**Oświadczenie Wykonawcy dotyczące obowiązku informacyjnego  
(§ 4 ust. 11 pkt. 6 umowy)**

Oświadczam, że wobec osób, o którym mowa w § 7 ust. 3 i 4 umowy o realizacji „**Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego**” w 2024 r. został spełniony obowiązek informacyjny Zamawiającego wynikający z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L 119 z 4.05,2016 r. ze zm.).

.....  
pieczęć firmowa

.....  
podpis i pieczęć imienna składająca oświadczenia

**Sprawozdanie miesięczne z realizacji „Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2024 r.**

(§ 3 ust. 2 pkt. 11)

**Cześć A (informacje z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania)**

Rok	2024				
Miesiąc					
Gmina*	Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z wynikiem <5%	Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z wynikiem ≥5%	Liczba świadczeniobiorców, u których wykonano w ramach Programu pomiar BMD za pomocą DXA, z wynikiem <i>T-score</i> grupa > -1;	Liczba świadczeniobiorców, u których wykonano w ramach Programu pomiar BMD za pomocą DXA, z wynikiem <i>T-score</i> grupa ≤-1 i >-2,5;	Liczba świadczeniobiorców, u których wykonano w ramach Programu pomiar BMD za pomocą DXA, z wynikiem <i>T-score</i> grupa ≤-2,5
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

Liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej zrealizowanej stacjonarnie	Liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej zrealizowanej w formie tzw. teleporady	Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjnym podczas badania/konsultacji lekarskiej (stacjonarnie)	Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjnym on-line
[7]	[8]	[9]	[10]

\*gmina zameldowania/zamieszkania

**Cześć B (informacje bez podziału na gminę zameldowania/zamieszkania)**

<b>Rok</b>	<b>2024</b>			
<b>Miesiąc</b>				
<b>Liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci badaniami densytometrycznymi w ramach Programu, wraz ze wskazaniem powodów</b>		<b>Liczba świadczeniobiorców, którzy nie uczestniczyli w konsultacji lekarskiej w ramach Programu, wraz ze wskazaniem powodów</b>		<b>Liczba osób, która zrezygnowały z udziału w Programie</b>
<b>Powód [11]</b>	<b>Liczba osób [12]</b>	<b>Powód [13]</b>	<b>Liczba osób [14]</b>	
				<b>[15]</b>

**Cześć C**

<b>Rok</b>	<b>2024</b>
<b>Miesiąc</b>	
<b>Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniu/szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne</b>	
<b>Zawód medyczny [16]</b>	<b>Liczba osób [17]</b>

.....  
(pieczęć Wykonawcy)

.....  
(data, podpis osoby reprezentującej Wykonawcę)

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH  
(§ 7 ust. 3 umowy)**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani danych osobowych jest Starosta Poznański z siedzibą przy ulicy Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
2. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: [iod@powiat.poznan.pl](mailto:iod@powiat.poznan.pl) lub pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Poznaniu ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
3. Pani dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w związku z realizacją „Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2024 r., w tym dla celów sprawozdawczych, rozliczenia dotacji przekazanej na realizację Programu. Program realizowany jest na podstawie art. 8 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych przez Administratora.
5. Pani, których dane dotyczą, ma prawo do:
  - a) dostępu do swoich danych osobowych,
  - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
  - c) żądania usunięcia danych, gdy:
    - dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
    - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
  - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
    - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
    - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych
    - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
6. Ma Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek obowiązkowe, jeśli osoba deklaruje chęć uczestnictwa w „Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2024 r. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w ww. Programie.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
9. Odbiorcami danych osobowych są upoważnieni pracownicy Starostwa Powiatowego w Poznaniu.

**Oświadczam, że zapoznałam się z powyższą informacją o przetwarzaniu danych osobowych.**

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

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**(§ 7 ust. 4 umowy)**

Zgodnie z art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Starosta Poznański z siedzibą przy ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
2. Wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych, z którym można kontaktować się poprzez e-mail: [iod@powiat.poznan.pl](mailto:iod@powiat.poznan.pl) lub pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Poznaniu ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
3. Pana/Pani dane osobowe zostały udostępnione przez wykonawcę umowy dotyczącej realizacji „Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2024 r., jako niezbędne do jej realizacji. Program realizowany jest na podstawie art. 8 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 4. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane na podstawie art. 6 ust 1 lit. b i c RODO**
5. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych przez Administratora.
6. Ma Pan/Pani prawo do żądania od Administratora:
  - a) dostępu do swoich danych osobowych,
  - b) sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
  - c) usunięcia danych, gdy :
    - dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
    - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
  - d) ograniczenia przetwarzania, gdy:
    - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
    - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych,
    - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
7. Ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
9. Odbiorcami danych są pracownicy Starostwa Powiatowego w Poznaniu.
10. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.