

# UCHWAŁA NR. 1242./2018

## ZARZĄDU POWIATU GNIEŹNIEŃSKIEGO

z dnia 10.01. 2018r.

w sprawie: ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora w 2018 roku programu polityki zdrowotnej nr II/3/n p.n. „Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej” oraz powołania Komisji Konkursowej do wyboru ofert.

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 oraz art. 32 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1868) art. 8 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i ust.3 oraz art. 48b ust. 1 – 4 i ust.6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.), art.13 pkt 3 i art. 15 ustawy z dnia 11 września 2015r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz.U. z 2017r. poz. 2237 ze zm.) Uchwały nr XLIII/292/2013 Rady Powiatu Gnieźnieńskiego z dnia 26 listopada 2013r. w sprawie przyjęcia Wieloletniego Strategicznego Programu Operacyjnego Powiatu Gnieźnieńskiego na lata 2014 – 2020, Uchwały Nr XLVIII/327/2017 Rady Powiatu Gnieźnieńskiego z dnia 21 grudnia 2017r. w sprawie: uchwały budżetowej Powiatu Gnieźnieńskiego na rok 2018, Zarząd Powiatu Gnieźnieńskiego uchwala co następuje:

### §1

1. Ogłasza się otwarty konkurs na realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej” z dziedziny Programy polityki zdrowotnej WSPO nr II/3/n p.n. „Profilaktyka powikłań cukrzycy” w 2018 roku.
2. Treść ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

### §2

Powołuje się Komisję Konkursową w celu zaopiniowania ofert na realizatora programu, o którym mowa w §1, w następującym składzie:

1. Maria Suplicka – Etatowy Członek Zarządu – przewodnicząca Komisji Konkursowej
2. Jerzy Berlik – z-ca przewodniczącego Komisji Zdrowia, Opieki Społecznej i Aktywizacji Zawodowej
3. Ks. KRZYSZTOF STAJSKI – przedstawiciel organizacji pozarządowej
4. Małgorzata Cichomska-Szczepaniak – dyrektor Wydziału Ochrony Zdrowia
5. Damian Kluczyński – inspektor Wydziału Ochrony Zdrowia
6. Katarzyna Lubońska – podinspektor Wydziału Ochrony Zdrowia.

### §3

1. Komisja Konkursowa przeprowadza postępowanie konkursowe w oparciu o Regulamin prac Komisji Konkursowej powołanej w celu przeprowadzenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „ Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej” na 2018 rok z terenu Powiatu Gnieźnieńskiego.
2. Regulamin prac Komisji Konkursowej powołanej w celu przeprowadzenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „ Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej” stanowi Załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

### §4

Treść ogłoszenia o otwartym konkursie ofert stanowiąca Załącznik nr 1 oraz treść Regulaminu prac Komisji Konkursowej powołanej w celu przeprowadzenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej stanowiąca Załącznik nr 2 do niniejszej uchwały zostanie zamieszczona w Biuletynie Informacji Publicznej, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Starostwa Powiatowego w Gnieźnie.

### §5

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Wydziału Ochrony Zdrowia.

### §6

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Zarządu

/-/ Beata Tarczyńska

**Zarząd Powiatu Gnieźnieńskiego**  
**z siedzibą w Gnieźnie przy ul. Papieża Jana Pawła II 9/10**  
**ogłasza otwarty konkurs ofert na wybór realizatora w 2018 r. programu polityki**  
**zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej”**

Podstawa prawna: art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.); art. 13 pkt 3, art. 15 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz.U. z 2017r. poz. 2237 ze zm.); art. 48 ust. 1 i 3, art. 48b ust. 1-4 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.) oraz uchwała Nr 1241/2018 Zarządu Powiatu Gnieźnieńskiego z dnia 10.01.2018 r. w sprawie zatwierdzenia do realizacji w 2018 roku programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej”.

**1. PRZEDMIOT KONKURSU:**

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej” w powiecie gnieźnieńskim, zwanego dalej „Programem”.

**2. ADRESACI KONKURSU:**

Do konkursu mogą przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.), zapewniające pełny zakres świadczeń będących przedmiotem programu.

**3. OFERTY BIORĄCE UDZIAŁ W KONKURSIE POWINNY ZAWIERAĆ:**

1. Wypełniony Formularz oferty, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora Programu, zawierający m. in.:
  - 1) nazwę i siedzibę podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
  - 2) numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
  - 3) wskazanie miejsce realizacji usługi w ramach realizacji zadania;
  - 4) określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny;
  - 5) informacje dotyczące liczby i kwalifikacji personelu fachowego biorącego udział w realizacji zadania;
  - 6) deklarowaną liczbę świadczeń, którą oferent może zrealizować w 2018 roku;
  - 7) całkowity koszt realizacji deklarowanej liczby świadczeń w 2018 roku.
2. Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:
  - 1) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego;
  - 2) aktualny odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;

- 3) **Oświadczenie oferenta** – tekst oświadczenia znajduje się w **załączniku nr 2** do Ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora Programu;
  - 4) Kserokopia zaświadczenia o nr NIP;
  - 5) Kserokopia zaświadczenia o nr REGON;
  - 6) Kserokopia polisy ubezpieczenia OC w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - 7) dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje personelu.
3. Wszystkie dokumenty załączone do oferty powinny zostać przedstawione w formie kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

#### **4. ZASADY PROWADZENIA KONKURSU OFERT:**

1. Środki finansowe zostały ujęte w uchwale Nr XLVIII/327/2017 Rady Powiatu Gnieźnieńskiego z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie: uchwały budżetowej Powiatu Gnieźnieńskiego na rok 2018. Wysokość środków przeznaczonych na realizację programu w 2018 r. wynosi 15.000,00 złotych brutto (słownie zł brutto: piętnaście tysięcy 00/100).
2. Termin realizacji zadania – od dnia podpisania umowy do 20 grudnia 2018 r.
3. Oferta winna być sporządzona na **Formularzu ofertowym** stanowiącym **Załącznik nr 1** do Ogłoszenia wraz z **Oświadczeniem oferenta** stanowiącym **Załącznik nr 2** do Ogłoszenia. Oferty wraz z wymaganymi załącznikami należy składać w Biurze Obsługi Interesanta Starostwa Powiatowego w Gnieźnie, ul. Papieża Jana Pawła II 9/10 lub za pośrednictwem poczty. O przyjęciu oferty decyduje data wpływu oferty do siedziby Starostwa Powiatowego w Gnieźnie.
4. Nie będą przyjmowane oferty przesyłane drogą elektroniczną lub faxem.
5. Termin składania ofert wyznacza się na dzień 02.02.2018 roku do godz. 15.30.
6. Oferty należy składać w zamkniętej, nieprzejrzywej kopercie w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Koperta winna być opisana: Konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej” wraz z oznaczeniem nazwy i adresu Oferenta.
7. Informacje dotyczące konkursu ofert dostępne są również na tablicy ogłoszeń w siedzibie Starostwa Powiatowego w Gnieźnie, na stronie internetowej Starostwa [www.powiat-gniezno.pl](http://www.powiat-gniezno.pl) oraz w BIP.
8. Konkurs zostanie rozstrzygnięty w terminie 7 dni od upływu terminu składania ofert.
9. Termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu składania ofert.
10. Zarząd Powiatu Gnieźnieńskiego zastrzega sobie prawo do zmiany warunków konkursu, odwołania konkursu, nierozstrzygnięcia konkursu oraz prawo do

przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyn.

11. Do postępowania konkursowego stosuje się przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938).
12. Oceny ofert i wybór oferty w oparciu o zapisy w Załączniku nr 2 do przedmiotowej Uchwały Zarządu tj. Regulaminie prac Komisji Konkursowej dokonuje Komisja Konkursowa powołana Uchwałą nr 1242/2018 Zarządu Powiatu Gnieźnieńskiego z dnia 10.01.2018 r.
13. Zarząd Powiatu Gnieźnieńskiego podejmie uchwałę o zatwierdzeniu wyników konkursu ofert na wybór realizatora programu po zapoznaniu się z opinią Komisji Konkursowej. Od uchwały Zarządu Powiatu Gnieźnieńskiego w sprawie wyboru oferty i udzieleniu dotacji nie ma zastosowania tryb odwoławczy.
14. Wyniki konkursu zostaną podane również do publicznej wiadomości poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń w siedzibie Starostwa Powiatowego w Gnieźnie, na stronie internetowej Starostwa [www.powiat-gniezno.pl](http://www.powiat-gniezno.pl) oraz w BIP.
15. Szczegółowych informacji dotyczących konkursu udziela Pani Małgorzata Cichomska-Szczepaniak, dyrektor Wydziału Ochrony Zdrowia, tel. 61 424 66 10 lub Katarzyna Lubońska, podinspektor Wydziału Ochrony Zdrowia, tel. 61 424 66 11.

## 5. KRYTERIA OCENY, JAKIM BĘDĄ PODLEGAŁY SKŁADANE OFERTY:

### 1. Formalnym:

Oferty nie będą rozpatrywane w sytuacji kiedy:

- 1) Oferent nie jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą, zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm.),
- 2) oferta jest złożona na niewłaściwym formularzu,
- 3) oferta złożona została poza terminem wskazanym w ogłoszeniu o konkursie,
- 4) oferta nie przewiduje realizacji zadań określonych w konkursie, w tym przede wszystkim nie jest zgodna z założeniami Programu w zakresie: planowanych działań, kwalifikacji i doświadczenia personelu, posiadanego sprzętu i aparatury medycznej niezbędnej do realizacji zadań przewidzianych Programem, grupy docelowej,
- 5) oferta została złożona ponad limit- Oferent może złożyć tylko 1 ofertę.

### 2. Merytorycznym:

W trakcie oceny merytorycznej będą uwzględniane następujące kryteria:

1) Cena – 100 punktów,

Wartość punktowa kryterium „cena” będzie liczona według następujących zasad:

$$C = \frac{N}{O} \times 100$$

Gdzie:

C - wartość punktowa ceny badanej oferty,

N - najniższa oferowana cena jednostkowa brutto za udział 1 osoby,

O - cena jednostkowa brutto za udział 1 osoby objętej Programem w ofercie ocenianej.

Ocena:

najniższa oferowana cena – 100 punktów.

Maksymalna liczba punktów w kryterium „cena”: 100 punktów.

Wybrana zostanie oferta, która uzyska najwyższą ilość punktów w kryterium ceny.

#### 6. Wymagania szczególne:

1. Zadania programu muszą być wykonywane przez Oferenta z wykorzystaniem jego personelu, aparatury, sprzętu medycznego spełniającego wymagania określone w obowiązujących przepisach, w bazie lokalowej Oferenta. Do realizacji zadania Oferent zapewni personel medyczny posiadający udokumentowane kwalifikacje i doświadczenie odpowiadające zakresowi realizacji programu. Na potwierdzenie spełnienia warunków niezbędnych do realizacji programu Oferent złoży stosowne dokumenty. Oferent zapewni pomieszczenia, spełniające wszystkie wymagania określone obowiązującymi przepisami prawa, w których będą udzielane świadczenia.
2. Zamawiający zawrze umowę z wybranym w wyniku postępowania konkursowego realizatorem programu w terminie 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Szczegółowe warunki finansowania i rozliczania programu reguluje umowa zawarta pomiędzy Zarządem Powiatu Gnieźnieńskiego, a wyłonionym w konkursie realizatorem programu. **Projekt umowy stanowi Załącznik nr 3 do Ogłoszenia.**

#### Załączniki:

1. Formularz ofertowy
2. Oświadczenie oferenta
3. Projekt umowy

Przewodniczący Zarządu  
Beata Tarczyńska

Podinspektor  
Katarzyna Lubońska

.....  
*pieczęć oferenta*

## FORMULARZ OFERTY

na realizatora w 2018 roku programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej”.

### I DANE OFERENTA:

1. Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

.....  
.....

2. Adres wraz z kodem pocztowym, telefon, adres e-mail:

.....  
.....

3. Nazwa podmiotu tworzącego .....

4. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....

5. Numer NIP: .....

6. Numer REGON: .....

7. Nazwa banku i numer konta bankowego:

.....  
.....

8. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą (imię, nazwisko, nr tel.):

.....

9. Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię, nazwisko, nr tel.):

.....

10. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie umowy (imię, nazwisko, nr tel.)

.....

11. Osoba upoważniona do podpisania umowy (imię, nazwisko, nr tel.)

.....

## II WARUNKI LOKALOWE I WYPOSAŻENIE W SPRZĘT DO REALIZACJI ZADANIA:

### 1. Pomieszczenia:

Pomieszczenia	Liczba	Tak *	Nie*
Pomieszczenia do wykonywania badań			
Wydzielona rejestracja			
Pomieszczenia do przeprowadzenia edukacji			

\* Zaznaczyć właściwe X

### 2. Aparatura i sprzęt medyczny:

.....

.....

.....

.....

### 3. Sposób przeprowadzenia kampanii edukacyjno - informacyjnej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## III KWALIFIKACJE OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W PROGRAMIE:

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe




**IV KALKULACJA KOSZTÓW:**

Planowana liczba przebadanych - .....

Planowany koszt całkowity udziału w programie **jednej** osoby brutto wynosi ok. .... zł.

Koszt całkowity udziału w programie jednej osoby brutto uwzględnia poszczególne jego składowe:

- koszt rejestracji/wstępnej interwencji: ..... zł
- koszt spotkań indywidualnych i edukacyjnych ..... zł
- koszt materiałów jednorazowego użytku i utylizacji: ..... zł
- koszty promocyjno-edukacyjne: ..... zł
- koszty administracyjno-biurowe, itp.: ..... zł

Stawki winny być podane w kwotach brutto

1.	Cena jednostkowa usługi za przeprowadzenie jednego badania (tj. koszt rejestracji, koszt badania, koszt edukacji, koszt materiałów jednorazowego użytku, koszt z tytułu opłat, koszt wynagrodzeń dla personelu itp.).	Kwota brutto
2.	Całkowity koszt programu	Kwota brutto

**V INFORMACJE O POSIADANYM SPRZĘCIE MEDYCZNYM ZAWARTYM W OFERCIE:**

Nazwa:.....

.....

Rok produkcji.....

Nazwa producenta .....

**VI PODPISY OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA OFERENTA:**

**Załączniki – 7:**

1. Oświadczenie oferenta, stanowiące załącznik nr 2 do Ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora w 2018 roku programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej”;
2. Kserokopia aktualnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
3. Kserokopia aktualnego wypisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu;
4. Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu;
5. Kserokopia zaświadczenia o nr NIP;
6. Kserokopia zaświadczenia o nr REGON;
7. Kserokopia polisy ubezpieczenia OC w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Dokumenty załączone do oferty w formie kserokopii winny zostać poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

Przewodniczący Zarządu

Betina Tarczyńska

4

Podinspektor  
Katarzyna Lubońska

.....  
pieczęć oferenta

Gniezno, dnia.....

### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Ogłoszenia Zarządu Powiatu Gnieźnieńskiego o otwartym konkursie ofert na wybór realizatora w 2018 roku programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej”.

2. Oświadczam, że .....

.....

(nazwa oferenta)

na dzień złożenia oświadczenia realizuję świadczenia zdrowotne na podstawie umowy nr ..... z dnia ..... podpisanej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

3. Oświadczam, że podmiot który reprezentuję spełnia warunki dotyczące:

- a) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
- b) posiadania wiedzy i doświadczenia,
- c) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
- d) sytuacji ekonomicznej i finansowej,
- e) posiadania polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym programem;

4. Oferent związany jest z niniejszą ofertą przez okres 30 dni.

5. W zakresie związanym z otwartym konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych osoby, których te dane dotyczą, złożyły stosowne oświadczenia zgodne z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

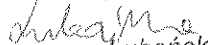
6. Wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnych i faktycznym.

7. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie dokumentów poświadczane za zgodność z oryginałem są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Warunki lokalowe, aparatura i sprzęt spełniają wymagania określone aktualnie obowiązującymi przepisami prawa oraz spełniają standardy określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
9. Oświadczam pod groźbą odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233kk, że dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

.....  
(podpis oferenta/osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta)

Przewodniczący Zarządu

Beata Zarczyńska

Podinspektor  
  
Katarzyna Lubońska

UMOWA Nr ..... 2018  
zawarta ..... 2018 roku

pomiędzy:

Powiatem Gnieźnieńskim z siedzibą w Gnieźnie przy ul. Papieża Jana Pawła II 9/10,  
NIP....., REGON:....., reprezentowanym przez:  
Beatę Tarczyńską – Starostę Gnieźnieńskiego  
Marię Suplicką – Etatowego Członka Zarządu  
zwanym w dalszej części umowy Zleceniodawcą,  
a

.....  
NIP ....., REGON .....,  
reprezentowaną przez:

.....  
zwaną w dalszej części umowy Zleceniobiorcą,  
zwanymi w dalszej części umowy łącznie Stronami, a każdy z osobna Stroną.

§ 1

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca przyjmuje do realizacji w roku 2018 program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej”, zwany dalej: „Programem”.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do rozpowszechnienia informacji o Programie oraz informowania we wszelkich materiałach pisemnych dotyczących programu, jak również podczas informacji ustnych, że Program jest finansowany w całości ze środków budżetu Powiatu Gnieźnieńskiego.
3. W ramach realizacji Programu, Zleceniobiorca zobowiązuje się do:
  - przeprowadzenia kampanii promocyjno – informacyjnej dotyczącej programu profilaktyki zdrowotnej skierowanej do mieszkańców powiatu;
  - przeprowadzenia promocji programu w lokalnych mediach (prasa, radio, telewizja, strony internetowe);
  - przeprowadzenia kampanii edukacyjnej w zakresie profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej oraz badania czucia stóp za pomocą specjalistycznych narzędzi u mieszkańców powiatu gnieźnieńskiego tj. osób ze zdiagnozowaną cukrzycą, zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi,

Ponadto Zleceniobiorca:

- uzyska pisemną zgodę od pacjenta na włączenie do programu,
- dokona rejestracji uczestników programu oraz poprowadzi dokumentację medyczną związaną z procesem udzielania świadczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

- przeprowadzi wśród uczestników programu **Ankiety** na podstawie, których będzie można ustalić szczegółowe informacje na temat faktycznej kondycji i potrzeb cukrzyków zgłaszających się do programu. Wzór **Ankiety** stanowi **Załącznik nr 1** do Umowy;
- przygotowuje opracowaną przez pielęgniarkę-edukatora wraz z pacjentem kartę postępowania zdrowotnego, w której zapisane zostaną informacje o potrzebnych do zmodyfikowania, zachowaniach zdrowotnych pacjenta /wyniki ankiety/, rodzaju, miejscu i sposobach proponowanej interwencji dla uczestnika programu;
- przeprowadzi przez pielęgniarkę-edukatora edukację na temat choroby;
- przeprowadzi za pomocą specjalistycznych narzędzi badania czucia: dotyku (neurotips), temperatury (tip-term), napięcia (monofilament), wibracji (kamerton);
- dokona przekazania końcowego wyniku badania z jego interpretacją i informacji o ewentualnej potrzebie zgłoszenia się do lekarza POZ lub AOS w celu przeprowadzenia dalszej diagnostyki (w ramach NFZ);
- wykona badanie stóp, skóry stóp i obuwia, analiza powyższych danych pozwoli ocenić ryzyko wystąpienia stopy cukrzycowej wśród uczestników programu;
- ukierunkuje osoby badane na potrzebę podnoszenia świadomości chorego i jego rodziny, opiekunów na temat choroby jaką jest cukrzyca – zwłaszcza we wczesnych etapach, korzyści wynikających z wczesnego wykrycia symptomów zespołu stopy cukrzycowej i wczesnego rozpoczęcia leczenia;
- dokona zakupu niezbędnych materiałów i sprzętu medycznego niezbędnych do realizacji programu;
- dokona utylizacji zużytego materiału i sprzętu medycznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- poprowadzi bieżące monitorowanie realizacji programu - wskaźnikiem będzie liczba osób zgłoszonych do poszczególnych interwencji, opracowana na podstawie rejestru osób biorących udział w programie (liczba przebadanych osób, liczba wykrytych zachorowań zespołu stopy cukrzycowej, liczba osób skierowanych do dalszej diagnostyki i leczenia, liczba osób uczestnicząca w edukacji),
- przeprowadzi wśród członków rodziny uczestnika programu **Ankietę** dotyczącą posiadanej wiedzy na temat choroby – ankieta stanowi **Załącznik nr 1a** do Umowy,
- przeprowadzi wśród uczestników programu **Ankietę** oceny jakości świadczeń w trakcie trwania interwencji, stanowiącej **Załącznik nr 2** do Umowy,
- przeprowadzi wśród uczestników programu oraz członków rodzin uczestników programu **Ankietę** oceniającą efektywność programu – ankieta stanowi **Załącznik nr 3** do Umowy,
- po zakończeniu realizacji programu sporządzi **Sprawozdanie** z realizacji programu, zgodnie z zamieszczonym wzorem stanowiącym **Załącznik nr 4** do Umowy oraz wykazem zawierającym: liczbę porządkową, PESEL, płeć, wiek,

gminę, w której zamieszkuje pacjent, datę wykonania badania oraz wartość jednostkową badania.

4. Program realizowany będzie zgodnie z ofertą stanowiącą integralną część umowy.

## § 2

Realizacja Programu, rozpoczyna się z dniem zawarcia umowy, a zakończona będzie do 20 grudnia 2018 roku.

## § 3

1. Zleceniobiorca za prawidłowe wykonanie Programu otrzyma wynagrodzenie w kwocie nie wyższej niż ..... zł brutto, słownie: ..... płatne na rachunek bankowy Zleceniodawcy: ..... w terminie 14 dni od daty wpływu prawidłowo wystawionego rachunku do siedziby Zleceniodawcy.
2. Wynagrodzenie Zleceniobiorcy zostanie przelane przez Zleceniodawcę na konto Zleceniobiorcy za faktycznie wykonaną ilość badań po każdorazowym przedłożeniu faktury po upływie każdego kwartału.
3. Ostatnią fakturę należy wystawić do dnia 20 grudnia 2018 roku.
4. Do ostatniego rachunku należy załączyć sprawozdanie końcowe z realizacji Programu.  
Brak uwag Zleceniodawcy do sprawozdania w terminie 14 dni od dnia złożenia sprawozdania oznacza jego akceptację przez Zleceniodawcę.

## § 4

Kwota jednostkowa usługi za jedną osobę nie może być wyższa niż wskazana w ofercie tj. .... złotych brutto.

## § 5

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia rejestru osób objętych interwencją, z zachowaniem zasad wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922.).
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej, prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach działalności leczniczej oraz innej dokumentacji odzwierciedlającej realizację zadania w sposób umożliwiający jej kontrolę.

## § 6

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się w trakcie trwania umowy oraz po jej wygaśnięciu lub rozwiązaniu udostępnić osobom upoważnionym przez Zleceniodawcę na każde żądanie pełną dokumentację finansową dotyczącą realizacji Programu oraz dokumentację medyczną w zakresie umożliwiającym kontrolę realizacji Programu.
2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, osoby upoważnione przez Zleceniodawcę 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 Programu.

Zleceniobiorca 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 Zleceniodawcę zarówno w siedzibie Zleceniobiorcy, jak i w miejscu realizacji zadania publicznego.
4. O wynikach kontroli, o której mowa w ust. 1, Zleceniodawca informuje Zleceniobiorcę, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.
5. Zleceniobiorca 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 Zleceniodawcy. W wypadku niewykonania wniosków lub zaleceń, Zleceniodawca może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym.

#### § 7

Umowa może być rozwiązana przez każdą ze Stron z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia.

#### § 8

1. Umowa może być rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach określonych w niniejszej umowie a ponadto:
  - nieterminowego oraz nienależytego wykonywania umowy,
  - przekazania przez Zleceniobiorcę realizacji całości lub części przedmiotu umowy osobom trzecim, bez uprzedniej pisemnej zgody Zleceniodawcy,
  - odmowy poddania się przez Zleceniobiorcę kontroli albo niedoprowadzenia przez Zleceniodawcę w terminie określonym do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości,
2. W przypadku rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym przez Zleceniodawcę, Zleceniodawca jest uprawniony do nałożenia na Zleceniobiorcę kary umownej w wysokości 15 % wynagrodzenia brutto określonego w § 3 ust. 1.
3. Zleceniobiorca upoważniony jest do dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych w wysokości przenoszącej kary umowne.

#### § 9

W zakresie nieunormowanym postanowieniami niniejszej umowy mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności kodeksu cywilnego.

#### § 10

Wszelkie zmiany lub uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 11

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 Zleceniodawcy sądu powszechnego.

§ 12

Umowę sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, trzy egzemplarze dla Zleceniodawcy a jeden dla Zleceniobiorcy.

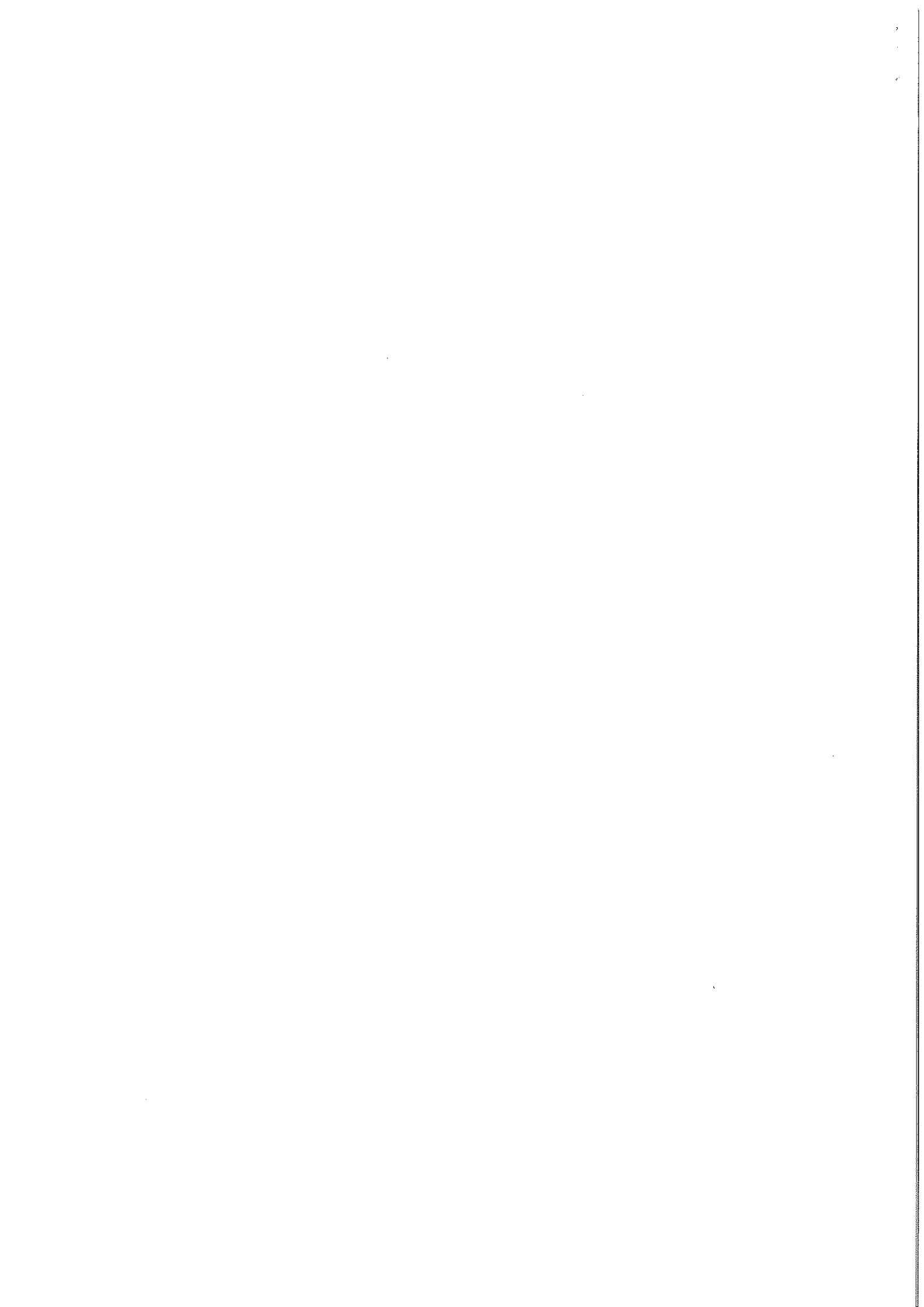
Zleceniodawca

Zleceniobiorca

Podinspektor  
  
Katarzyna Lubońska

Przewodniczący Zarządu

  
Beata Tarczyńska



**Kwestionariusz ankiety dla uczestników „Programu profilaktycznego zespołu stopy cukrzycowej”.**

Szanowni Państwo,

Uprzejmie prosimy o wypełnienie anonimowej ankiety dotyczącej Państwa choroby „Ocena potrzeb i stanu wiedzy pacjenta diabetologicznego na temat choroby i najczęstszych powikłań”. Proszę wybraną odpowiedź zaznaczyć X.

**1. Od ilu lat choruje Pan/Pani na cukrzycę?**

- a) nie dłużej niż rok – niedawno ją rozpoznano
- b) od roku do 5 lat
- c) od 5 do 10 lat
- d) powyżej 10 lat

**2. Proszę podać na jaki typ cukrzycy Pan/Pani choruje:**

- a) cukrzyca typu 1 (cukrzyca insulinozależna)
- b) cukrzyca typu 2 (cukrzyca insulinoniezależna)
- c) inny (jaki?)
- d) nie wiem

**3. W jaki sposób została u Pana/Pani wykryta cukrzyca?**

- a) podczas badań okresowych w pracy lub kontrolnych badań lekarskich
- b) źle się czułam/em, miałem/am już objawy cukrzycy (senność, osłabienie, wzmożone
- c) pragnienie, częste oddawanie moczu)
- d) podczas pobytu w szpitalu w związku z inną dolegliwością
- e) choruję od dzieciństwa
- f) w inny sposób (jaki?)

**4. Jakie leczenie cukrzycy Pan/Pani stosuje? (można wskazać więcej niż jedną odpowiedź)**

- a) dieta i wysiłek fizyczny, nie biorę żadnych leków
- b) tabletki przeciwcukrzycowe
- c) insulinę
- d) insulinę i tabletki

**5. Czy stosuje Pan/Pani dietę właściwą dla osób z cukrzycą?**

- a) tak
- b) nie wiem
- c) nie

**6. Czy ma Pan/Pani jakieś powikłania zdrowotne, które są związane z cukrzycą?**

- a) tak (w przypadku odpowiedzi na to pytanie, proszę przejść do pytania nr 8)
- b) nie
- c) nie wiem

**7. Jeśli pojawiły się u Pana/Pani jakieś powikłania zdrowotne związane z cukrzycą, to proszę wskazać rodzaj tych powikłań: (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)**

- a) uszkodzenie nerek (nefropatia)
- b) uszkodzenie wzroku (retinopatia, zaćma)
- c) uszkodzenie nerwów obwodowych (neuropatia)
- d) choroba wieńcowa lub zawał serca
- e) udar mózgu
- f) zespół stopy cukrzycowej

**8. Czy znane są Panu/Pani zasady zapobiegania powikłaniom cukrzycy?**

- a) tak
- b) nie

**9. Czy stara się Pan/Pani zapobiegać powstawaniu powikłań?**

- a) tak
- b) nie

**10. Czy odwiedza Pan/Pani diabetologa?**

- a) tak, regularnie
- b) tak, ale nieregularnie i dość rzadko
- c) byłem/byłam tylko raz
- d) nigdy nie byłem/am u diabetologa

**11. Z którym z lekarzy najczęściej Pan/Pani rozmawia o swojej cukrzycy?**

- a) tylko z diabetologiem
- b) tylko z internistą (lekarzem pierwszego kontaktu, lekarzem rodzinnym)
- c) z diabetologiem i internistą (lekarzem pierwszego kontaktu, lekarzem rodzinnym)

**12. Które z niżej wymienionych elementów samokontroli stosuje Pan/Pani w związku z cukrzycą (można wskazać więcej niż jedną odpowiedź)**

- a) samodzielny pomiar poziomu glukozy przy pomocy glukometru
- b) prowadzenie dzienniczka samokontroli (notowanie pomiarów cukru we krwi)
- c) wprowadzenie diety cukrzycowej
- d) systematyczna aktywność fizyczna
- e) pomiar ciśnienia tętniczego
- f) inne (jakie?)
- g) nie widzę potrzeby stosowania samokontroli

**13. Jak często dokonuje Pan/Pani samodzielnych pomiarów glikemii?**

- a) kilka razy dziennie
- b) raz dziennie
- c) raz na kilka dni

- d) raz w tygodniu
- e) raz na dwa tygodnie
- f) raz w miesiącu
- g) rzadziej niż raz w miesiącu
- h) nigdy tego nie robię

**14. Czy kontroluje Pan/Pani poziom hemoglobiny glikowanej HbA1c?**

- a) tak, często
- b) tak, od czasu do czasu
- c) nie, nie widzę takiej potrzeby
- d) nie, nawet nie wiem jak to się robi

**15. Czy kiedykolwiek uczestniczył/uczestniczyła Pan/Pani w edukacyjnym szkoleniu, konferencji, warsztacie, pogadance dotyczącej cukrzycy?**

- a) tak (proszę o przejście do pytania 19)
- b) nie

**16. Jeśli uczestniczył/uczestniczyła Pan/Pani w takim szkoleniu, to kiedy ostatnio?**

- a) nie dalej niż miesiąc temu
- b) kilka miesięcy temu
- c) na pewno dalej niż rok temu
- d) kilka lat temu

**17. Czy po zachorowaniu na cukrzycę starał się/starła się Pan/Pani zwiększyć swoją wiedzę na temat cukrzycy?**

- a) tak (proszę o przejście do pytania 19)
- b) nie

**18. W jaki sposób starał się/starła się Pan/Pani zwiększyć swoją wiedzę na temat choroby?**

- a) czytając ulotki i broszury na temat cukrzycy
- b) czytając książki na temat cukrzycy

- c) biorąc udział w spotkaniach dla chorych na cukrzycę
- d) spotykając się z innymi chorymi i wymieniając się doświadczeniami na temat choroby
- e) korzystając z internetu
- f) rozmawiając z lekarzem diabetologiem
- g) rozmawiając z lekarzem internistą (rodzinnym, pierwszego kontaktu)
- h) rozmawiając z pielęgniarką diabetologiczną
- i) rozmawiając z pielęgniarką

**19. Czy znane są Panu/Pani przyczyny, objawy i przebieg choroby?**

- a) tak
- b) nie

**20. Czy bliskim, opiekunom Pana/Pani znane są przyczyny, objawy i przebieg choroby?**

- a) tak
- b) nie

**21. Czy stosuje się Pan/Pani do zaleceń lekarza ?**

- a) tak regularnie
- b) nieregularnie
- c) nie

**22. Czy uważa Pan/Pani, że przestrzeganie ustalonych zasad zmniejsza ryzyko rozwoju powikłań cukrzycy?**

- a) tak
- b) nie
- c) nie wiem

**23. Czy znane są Panu/Pani zasady postępowania w chorobie w sytuacjach szczególnych :podróż, ciąża, antykoncepcja?**

- a) tak
- b) nie

**24. Czy uważa się Pan/Pani za osobę aktywną – uprawia Pan/Pani regularnie sporty, ćwiczenia?**

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

**25. Czy zachorowanie na cukrzycę zmieniło Pana/Pani życie?**

- a) tak, diametralnie – na gorsze
- b) początkowo tak, ale teraz wszystko wróciło do normy
- c) nie, nie zauważyłam/em żadnych większych zmian

**26. Czy może Pan/Pani powiedzieć o sobie, że nauczył/nauczyła się Pan/Pani żyć z cukrzycą?**

- a) tak
- b) tak, ale musiało minąć sporo czasu
- c) nie, ale pracuję nad tym, żeby tak było
- d) nie, nigdy tego nie zaakceptuję

**27. Z podanych niżej przymiotników proszę wybrać trzy, które Pana/Pani zdaniem najtrafniej opisują cukrzycę:**

- a) nieuleczalna
- b) trudna
- c) zwyczajna
- d) komplikująca życie
- e) wymagająca dyscypliny
- f) złożona
- g) ograniczająca
- h) niezauważalna
- i) wstydliva



j) choroba jak każda inna

**28. WIEK**

- a) 18-25 lat
- b) 26-30 lat
- c) 31-40 lat
- d) 41-50 lat
- e) 51-60 lat
- f) 61-70 lat
- g) Powyżej 70 lat

**29. PŁEĆ**

- a) Kobieta
- b) Mężczyzna

**30. Informacje dodatkowe**

- a) Wzrost ..... cm
- b) Waga ..... kg
- c) Obwód pasa ..... cm
- d) Ciśnienie krwi ...../.....

**31. Czy pracuje Pan/Pani zawodowo?**

- a) Tak
- b) Nie, jestem na rencie/emeryturze
- c) Nie, nigdy nie pracowałam/pracowałem
- d) Nie.

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety**

Podinspektor  
*Katarzyna Lubońska*  
Katarzyna Lubońska

Przewodniczący Zarządu  
*Beata Parczyńska*  
Beata Parczyńska



**Kwestionariusz ankiety dla członka rodziny uczestnika „Programu profilaktycznego zespołu stopy cukrzycowej”.**

Szanowni Państwo,

Uprzejmie prosimy o wypełnienie anonimowej ankiety. Proszę wybraną odpowiedź zaznaczyć X.

**1. Czy Pana(i) zdaniem przyczyną hiperglikemii (wzrostu poziomu cukru we krwi ponad normę) jest?**

- a) za mała dawka insuliny lub pominięcie zastrzyku
- b) za mała aktywność fizyczna
- c) zbyt obfity w węglowodany posiłek
- d) dodatkowa choroba ( ból, gorączka, infekcja)

**2. Które z niżej wymienionych objawów występują przy wzroście poziomu cukru we krwi ponad normę?**

- a) nadmierne pragnienie
- b) zwiększona ilość oddawanego moczu
- c) suchość w jamie ustnej
- d) utrata apetytu
- e) bóle brzucha, nudności, wymioty
- f) senność

**3. Do higieniczno- pielęgnacyjnych zasad zapobiegających wystąpieniu stopy cukrzycowej zaliczamy:**

- a) dbanie o to, by stopy były czyste i suche
- b) mycie stóp w letniej wodzie
- c) stosowanie balsamów natłuszczających, których nie należy wcierać między palce
- d) nie wskazane jest chodzenie boso
- e) noszenie wygodnych skórzanych butów
- f) noszenie bawełnianych dobrze dopasowanych skarpetek
- g) regularne spacerowanie w celu poprawy ukrwienia i unerwienia stóp
- h) codzienne oglądanie stóp
- i) zwracanie uwagi na mogące wystąpić skaleczenia, siniaki na stopie
- j) obcinanie paznokcie „na prosto” a nie „na okrągło”

**4.Z podanej niżej listy produktów spożywczych proszę wybrać te, które zalecane są w diecie cukrzycowej:**

- a) pieczywo jasne
- b) nabiał i jego przetwory
- c) jaja
- d) drób
- e) cielęcina
- f) wołowina
- g) wieprzowina
- h) ryby i przetwory rybne
- i) tłuszcze roślinne
- j) tłuszcze zwierzęce
- k) ciasta, słodycze
- l) warzywa
- m) owoce
- n) kasze
- o) makarony

**5.Jaki wpływ na organizm cukrzyka ma picie alkoholu?**

- a) sprzyja powstawaniu hipoglikemii (niedocukrzeniu)
- b) może wywoływać kwasicę ketonową
- c) większe dawki alkoholu wpływają na wzrost ciśnienia tętniczego
- d) może prowadzić do uszkodzenia serca, wątroby i trzustki
- e) może powodować otyłość

**6.Jak według Pana(i) palenie tytoniu wpływa na organizm cukrzyka?**

- a) podnosi ciśnienie tętnicze krwi
- b) przyspiesza procesy miażdżycowe
- c) zwiększa ryzyko wystąpienia udaru mózgu
- d) zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca

**7.W jaki sposób postępuje Pan(i) podczas wystąpienia objawów hiperglikemii u członka rodziny?**

- a) podaję do picia osolone płyny
- b) sprawdzam zawartość cukru i acetonu w moczu

- c) wstrzykuję dodatkową dawkę insuliny krótko działającej lub szybko działającego analogu insuliny
- d) kontaktuje się z lekarzem
- e) wzywam karetkę pogotowia

**8. Jakiego Pana(i) zdaniem są przyczyny hipoglikemii (niedocukrzenia)?**

- a) zbyt mały posiłek lub jego brak po podaniu insuliny
- b) za duża dawka insuliny
- c) zbyt duży wysiłek fizyczny
- d) spożycie alkoholu
- e) nieregularne przyjmowanie zaleconych dawek doustnych leków hipoglikemizujących

**9. Jakich czynności podejmuje Pan(i) w przypadku hipoglikemii?**

- a) podaję do spożycia kilka łyżeczek cukru
- b) podaję do picia słodki napój
- c) podaję do picia coca-colę
- d) podaję jakieś słodycze (baton, czekolada, ciastko)
- e) podaję cukier w kostkach, którą zawsze noszę przy sobie
- f) mierzę poziom cukru we krwi
- g) kontaktuję się z lekarzem
- h) wzywam karetkę pogotowia

**10. Jakiego Pana(i) zna późne powikłania cukrzycy?**

- a) choroby oczu (retinopatia)
- b) zmiany w nerkach (nefropatia)
- c) chorobę niedokrwinną serca
- d) choroby naczyniowe mózgu ( udary niedokrwienne)
- e) miażdżycę tętnic
- f) kardiomiopatię cukrzycową
- g) zaburzenia czucia, bólu i temperatury
- h) zespół stopy cukrzycowej
- i) zmiany skórne: świąd, owrzodzenia


**11. Czy potrafi Pan(i) obsługiwać glukometr?**

- a) tak
- b) nie
- c) słabo

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety**

Przewodniczący Zarządu

Beata Marczyńska

Podinspektor  
  
Katarzyna Lubońska

**Ankieta**  
**Oceniająca jakość świadczeń w programie**

Szanowni Państwo,

Uprzejmie prosimy o wypełnienie anonimowej ankiety i wyrażenie swojej opinii na temat programu, jego prowadzenia oraz promocji. Prosimy o zaznaczenie znakiem „x” odpowiedzi w wybranym polu przy każdym z badanych obszarów oraz wyrażenie swoich opinii związanych z poszczególnymi elementami realizacji programu. Skala oceny od 1 do 4 jest wzrastającą wartością (ocena najniższa – 1, ocena najwyższa – 4).

**Ocena spotkań**

Użyteczność omawianych treści i zagadnień	1	2	3	4
Różnorodność wykorzystanych materiałów dydaktycznych	1	2	3	4
Jakość infrastruktury w miejscu/ach spotkań	1	2	3	4

**Ocena spotkań edukacyjnych z pielęgniarką edukatorem**

Profesjonalizm specjalistów prowadzących zajęcia	1	2	3	4
Zarządzanie czasem spotkań	1	2	3	4

**Ocena promocji programu**

Kampania reklamowa - treść, forma i skuteczność	1	2	3	4
Kampania informacyjna –treść , forma i skuteczność	1	2	3	4
Źródła przekazu	1	2	3	4

Proszę wymienić jak jest dla Pana/Pani słaba strona programu .....

.....

Proszę wymienić największą wartość, jaką miał dla Pana/Pani udział w programie profilaktycznym zespołu stopy cukrzycowej :.....

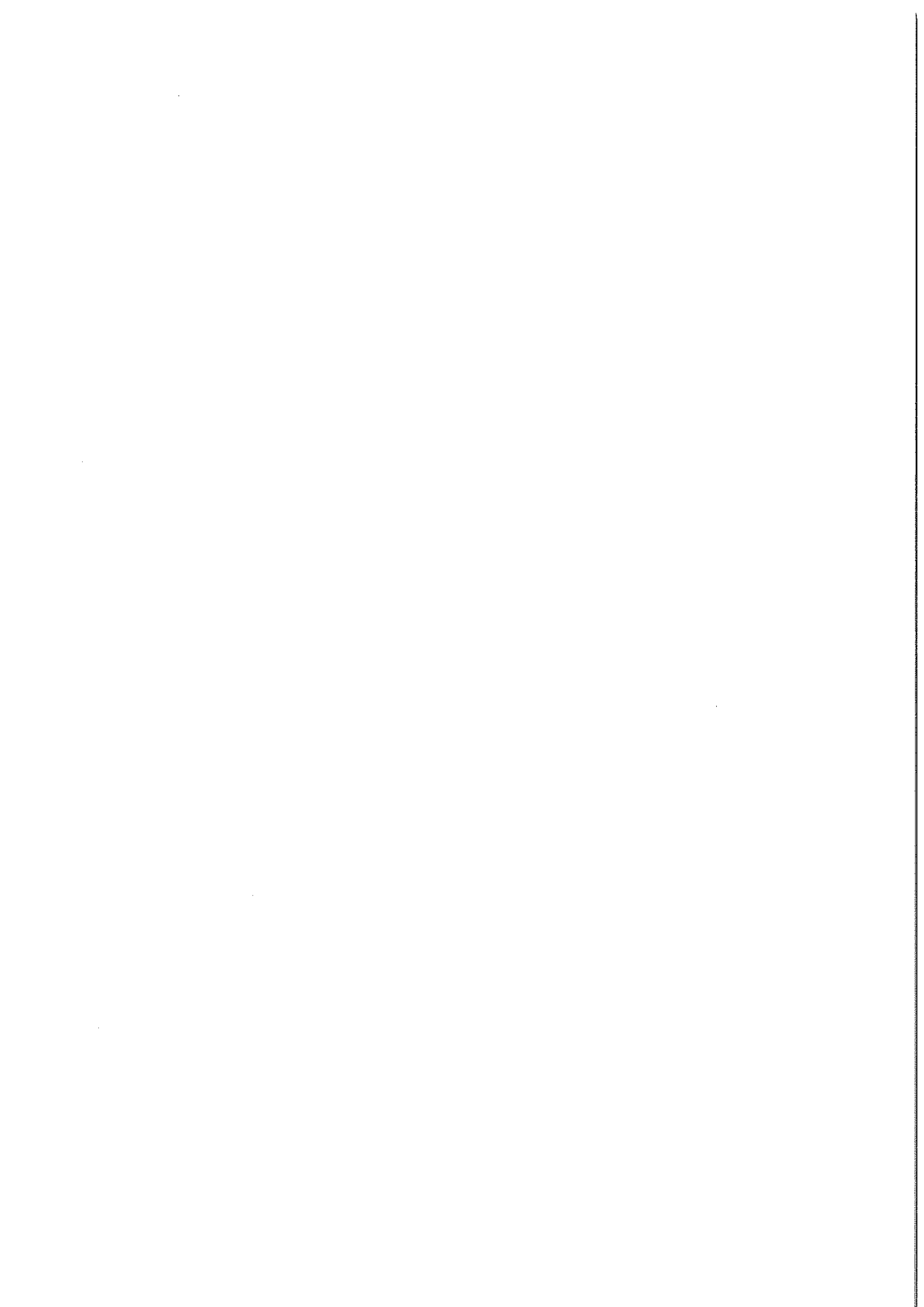
.....

**Dziękujemy**

Przewodniczący Zarządu

Beata Marczyńska

Podinspektor  
Katarzyna Lubońska





**Ankieta**  
**Oceniająca efektywność programu**

Szanowni Państwo,

Niniejsza ankieta ma na celu dokonanie efektywności programu przez uczestników oraz członków ich rodzin biorących udział w „Programie profilaktycznym zespołu stopy cukrzycowej” realizowanego na terenie Powiatu Gnieźnieńskiego. Ankieta jest anonimowa, a uzyskane dzięki niej informacje posłużą dla ustaleniu efektów programu oraz podjęcia działań wzmacniających i korygujących. Prosimy o zaznaczenie odpowiedzi znakiem „x”.

Będziemy bardzo wdzięczni za pomoc w realizacji badania.

1. Czy kiedykolwiek przedtem posiadał Pan/Pani wiedzę o stopie cukrzycowej?

TAK

NIE

2. Czy treści wykładów pielęgniarki edukatora są dobrze dostosowane do Pana/Pani oczekiwań?

TAK

NIE

3. Czy kiedykolwiek przedtem miał Pan/Pani wykonane badanie stopy?

TAK

NIE

4. Czy badanie stopy wykryło u Pana/Pani zaburzenia o których przedtem Pan/Pani nie wiedział?

TAK

NIE

5. Czy badanie stóp odbywa się w warunkach dających komfort badanemu?

TAK

NIE

6. Czy udział w spotkaniach edukacyjnych pozwolił Panu/Pani podnieść poziom wiedzy na temat zespołu stopy cukrzycowej?

TAK

NIE

7. Czy udział w programie zaspokaja Pana/Pani potrzeby w zakresie poszerzenia wiedzy o chorobie i jej powikłaniach?

TAK

NIE

8. Czy po udziale w programie nabyli Państwo przekonania o konieczności działań profilaktycznych i przeprowadzania systematycznych badań kontrolnych?

TAK

NIE

9. Czy ma Pan/Pani jakieś dodatkowe uwagi i propozycje na temat programu:

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

**Dziękujemy za pomoc w realizacji badania**

Podinspektor  
*Katarzyna Lubońska*  
Katarzyna Lubońska

Przewodniczący Zarządu  
*Beata Tarczyńska*  
Beata Tarczyńska

.....  
*pieczęć oferenta*

**SPRAWOZDANIE**

**z realizacji programu polityki zdrowotnej**

.....  
.....  
*nazwa programu*

realizowanego w okresie od .....do ..... r.

określonego w umowie nr ..... , zawartej w dniu

.....  
pomiędzy

.....  
a

**CZĘŚĆ I. Sprawozdanie merytoryczne**

1. Opis wykonania zadania – czy zakładane rezultaty zostały osiągnięte w wymiarze określonym w ofercie, w jakim zakresie? Jeśli nie – dlaczego?

[uzupełnić]

2. Opis realizacji programu z wyszczególnieniem działań (w tym: wyszczególnienie objętej populacji z poszczególnych gmin powiatu, płeć i wiek, wyniki badań z ogólną charakterystyką, wnioski na lata następne):

[uzupełnić]

3. Liczbowe określenie działań, zrealizowanych w ramach programu (należy użyć tych samych miar, które były określone w ofercie):

[uzupełnić]

## Część II. Sprawozdanie z wykonania wydatków:

### 1. Zestawienie faktur (rachunków) w zł

L.p.	Numer dokumentu księgowego	Numer pozycji kosztorysu	Data wystawienia dokumentu księgowego	Nazwa wydatku	Kwota (zł)

**Część III. Dodatkowe informacje**

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

**Załączniki:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Oświadczam (my), że:

- 1) od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny podmiotu,
- 2) wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
- 3) wszystkie kwoty wymienione w zestawieniu faktur (rachunków) zostały faktycznie poniesione.

.....  
podpis i pieczęć osoby/osób  
uprawnionych do reprezentowania podmiotu

Podinspektor  
*Katarzyna Lubońska*  
Katarzyna Lubońska

Przewodniczący Zarządu  
*Beata Tarczyńska*  
Beata Tarczyńska



**Regulamin prac Komisji Konkursowej powołanej w celu przeprowadzenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej” na 2018 rok na terenie Powiatu Gnieźnieńskiego.**

§ 1

Regulamin prac Komisji Konkursowej, zwany dalej „Regulaminem konkursu” określa zasady wyboru realizatora „Programu profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej” na 2018 rok na terenie Powiatu Gnieźnieńskiego”.

§ 2

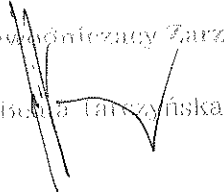
1. Pracami Komisji kieruje Przewodniczący Komisji lub w przypadku jego nieobecności inny członek Komisji Konkursowej wskazany przez Przewodniczącego.
2. Członek Komisji Konkursowej podlega wyłączeniu od udziału w Komisji, gdy oferentem jest:
  - 1) jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia;
  - 2) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;
  - 3) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej;
  - 4) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej.
3. Wyłączenia i powołania nowego członka Komisji Konkursowej dokonuje Zarząd Powiatu Gnieźnieńskiego.
4. Ogłoszenie o konkursie podaje się do publicznej wiadomości, co najmniej na 15 dni przed upływem terminu składania ofert, zamieszczając na tablicy ogłoszeń w siedzibie Starostwa Powiatowego w Gnieźnie, na stronie internetowej Starostwa oraz w BIP.

5. Oferty powinny być rozpatrzone w ciągu 7 dni od terminu określonego dla ich złożenia.
6. Komisja konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów z wyjątkiem otwarcia ofert.
7. Komisja, przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert, dokonuje kolejno następujących czynności:
  - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
  - 2) odrzuca oferty nadesłane po wyznaczonym terminie;
  - 3) otwiera koperty z ofertami;
  - 4) pozostawia bez rozpatrzenia oferty, które zostały złożone na formularzu innym niż obowiązujący;
  - 5) sprawdza zgodność ofert z wymogami formalnymi określonymi w Ogłoszeniu konkursowym;
  - 6) podejmuje działania mające na celu:
    - a) wyłonienie najkorzystniejszej oferty albo
    - b) nie przyjmuje żadnej z ofert;
  - 7) tworzy zestawienie porównania i oceny ofert i przedstawia je Zarządowi Powiatu Gnieźnieńskiego.
8. Każde posiedzenie Komisji musi być udokumentowane protokołem, który powinien zawierać:
  - a) oznaczenie miejsca i czasu konkursu;
  - b) imiona i nazwiska członków Komisji Konkursowej;
  - c) liczbę zgłoszonych ofert;
  - d) wskazanie ofert odpowiadających warunkom określonym w ogłoszeniu konkursu ofert
  - e) wskazanie ofert, które nie odpowiadają warunkom określonym w ogłoszeniu konkursu ofert lub zostały zgłoszone po terminie wraz z uzasadnieniem;
  - f) wyjaśnienia i oświadczenia Oferentów;
  - g) wskazanie najkorzystniejszych dla udzielającego zamówienia ofert albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta wraz z uzasadnieniem;
  - h) ewentualne odrębne stanowisko członka Komisji Konkursowej;
  - i) wzmiankę o odczytaniu protokołu;
  - j) podpisy członków Komisji Konkursowej.



9. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, Komisja Konkursowa może przyjąć tę ofertę, jeżeli stwierdzi, że spełnia ona wymagania określone w Ogłoszeniu.
10. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadamia Zarząd Powiatu Gnieźnieńskiego o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie. Zarząd Powiatu Gnieźnieńskiego podejmuje uchwałę o zatwierdzeniu wyników konkursu ofert na wybór realizatora programu po zapoznaniu się z opinią Komisji Konkursowej. Wyniki podaje się również do publicznej wiadomości poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń w siedzibie Starostwa Gnieźnieńskiego, na stronie internetowej Starostwa oraz w BIP.
11. Komisja Konkursowa rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

Przewodniczący Zarządu

  
Beata Tarczyńska

Podinspektor

  
Katarzyna Lubońska

