

**ZARZĄDZENIE NR 467/2024  
PREZYDENTA MIASTA KIELCE**

z dnia 4 grudnia 2024 r.

**w sprawie ogłoszenia Konkursu Ofert i powołania Komisji Konkursowej do rozpatrzenia ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025–2028”**

Na podstawie art. 48b ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 146 ze zm.) w związku z Uchwałą Nr VIII/173/2024 Rady Miasta Kielce z dnia 17 października 2024 r. w sprawie uchwalenia programu polityki zdrowotnej pn.: „*Program profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025–2028*”.

**§ 1.**

Ogłasza się Konkurs Ofert na realizację w latach 2025–2028 „*Programu profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025-2028*”.

**§ 2.**

1. Ustala się treść ogłoszenia Konkursu Ofert w brzmieniu określonym w załączniku Nr 1 do niniejszego zarządzenia.

2. Ustala się Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert w brzmieniu określonym w załączniku Nr 2 do niniejszego zarządzenia.

**§ 3.**

1. W celu przeprowadzenia Konkursu powołuje się Komisję Konkursową w następującym składzie:

- 1) Anna Dusza-Ciechanowska - Przewodnicząca Komisji
- 2) Beata Kurtyka- Członek Komisji,
- 3) Katarzyna Zapała - Członek Komisji,
- 4) Wiesław Koza - Członek Komisji,
- 5) Katarzyna Rubak - Członek Komisji.

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. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 Prezydent Miasta Kielce, dokonuje wyłączenia i powołuje nowego członka komisji konkursowej.

4. Przewodniczący kieruje pracą Komisji i zwołuje jej posiedzenia.

5. Komisja pracuje w terminach i miejscu określonym przez Przewodniczącego.

6. Do ważności podjętych przez Komisję rozstrzygnięć konieczna jest obecność co najmniej 3 członków składu Komisji, w tym Przewodniczącego.

7. Rozstrzygnięcia Komisji zapadają zwykłą większością głosów.

8. Komisja Konkursowa obraduje na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów.

9. Z przebiegu konkursu Komisja Konkursowa sporządza protokół, który powinien zawierać:

- 1) oznaczenie miejsca i czasu konkursu,
- 2) imiona i nazwiska członków Komisji Konkursowej,
- 3) wskazanie liczby zgłoszonych ofert,
- 4) wskazanie ofert odpowiadających warunkom określonym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
- 5) wskazanie ofert nie odpowiadających warunkom określonym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert lub zgłoszonych po terminie (wraz z uzasadnieniem),
- 6) wskazanie oferty/ofert najkorzystniejszej dla udzielającego zamówienie albo stwierdzenie, iż żadna z ofert nie spełnia warunków określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (wraz z uzasadnieniem),
- 7) wzmiankę o odczytaniu protokołu,
- 8) podpisy członków Komisji Konkursowej.

10. Konkurs zostanie rozstrzygnięty w ciągu 14 dni od daty, w której upływa termin składania ofert.

11. Rozstrzygnięcia konkursu dokona Prezydent Miasta Kielce na podstawie wniosku Komisji Konkursowej.

12. Prezydent Miasta Kielce o rozstrzygnięciu konkursu będzie informował bez zbędnej zwłoki poprzez publikację na stronie internetowej Urzędu Miasta pod adresem [www.um.kielce.pl](http://www.um.kielce.pl) oraz na tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta Kielce.

13. Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.

14. Komisja Konkursowa rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

#### § 4.

Wykonanie Zarządzenia powierza się Dyrektorowi Wydziału Edukacji i Profilaktyki Zdrowotnej.

#### § 5.

Zarządzenie podlega ogłoszeniu w siedzibie oraz na stronie internetowej Urzędu Miasta Kielce.

#### § 6.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 467/2024

Prezydenta Miasta Kielce

z dnia 4 grudnia 2024 r.

**Ogłoszenie o konkursie ofert, którego przedmiotem jest realizacja programu polityki zdrowotnej pn.:  
„Program profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025 – 2028”**

Na podstawie art. 48b ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 146 ze zm.) Prezydent Miasta Kielce ogłasza konkurs na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „**Program profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025–2028**”

1. **Udzielającym zamówienie jest:** Gmina Kielce z siedzibą przy ul. Rynek 1, 25-303 Kielce.

2. **Przedmiotem konkursu ofert i realizacji programu jest:** przyjęcie obowiązków udzielenia świadczeń profilaktycznych u dzieci (w 2025r. urodzonych w roku 2024, 2025, następnie w każdym kolejnym roku następnego rocznika dzieci), zamieszkałych na terenie Gminy Kielce, na które składają się następujące usługi:

- 1) zakup szczepionek koniugowanych przeciwko meningokokom typ B u dzieci urodzonych w 2024 i 2025 roku (zakup materiałów niezbędnych do realizacji zadania). Każde z dzieci otrzyma 3 dawki przeciwko meningokokom serogrupy B”,
- 2) wykonanie szczepień u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Kielce, w tym przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia,
- 3) edukację rodziców/opiekunów prawnych poprzez przekazanie informacji o zasadności i istocie szczepienia przeciwko zakażeniom meningokokowym,
- 4) przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej obejmującej rozpowszechnienie informacji o szczepieniach,
- 5) zebranie wszelkich dokumentów w tym zgody osób szczepionych na wykonanie szczepienia, dokumentów potwierdzających fakt zamieszkania osoby szczepionej na terenie Gminy Kielce, ankiet satysfakcji udziału w programie oraz testów wiedzy na temat meningokoków.

3. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń - od dnia podpisania pierwszej umowy do 31.12.2028r.

4. Szacunkowa liczba dzieci uprawnionych do korzystania ze świadczeń – ok. 1.200 dzieci z każdego rocznika.

5. Ze względu na charakter programu Zamawiający dopuszcza wybór więcej niż jednej oferty w celu objęcia programem całej populacji dzieci z danego rocznika.

7. Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert określa załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

8. Z projektem umowy, formularzem oferty oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert można zapoznać się w Urzędzie Miasta Kielce, ul. Strycharska 6 – pok. 605, tel. 41-36-76-616 lub na stronie internetowej [www.um.kielce.pl](http://www.um.kielce.pl).

9. Oferty na formularzu w zamkniętych kopertach z napisem „**Program profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025–2028**” należy składać w Sekretariacie Wydziału Edukacji i Profilaktyki Zdrowotnej Urzędu Miasta Kielce, pok. 603, ul. Strycharska 6, 25-659 Kielce do dnia **19 grudnia 2024 r. do godz. 15<sup>30</sup>**.

10. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **20 grudnia 2024 r. o godz. 10<sup>00</sup>** w siedzibie udzielającego Zamówienie tj. w Urzędzie Miasta Kielce, ul. Strycharska 6, 25-659 Kielce, pok. 604.

11. Oferta powinna spełniać wymogi określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.

12. Rozstrzygnięcie Konkursu nastąpi w ciągu 14 dni od dnia otwarcia ofert w siedzibie Urzędu Miasta Kielce, ul. Strycharska 6.

13. Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.

14. Administratorem danych osobowych Oferenta/Realizatora jest Prezydent Miasta Kielce, ul. Rynek 1, 25 - 303 Kielce.

15. W przypadku Oferenta/Realizatora będącego osobą fizyczną jego dane osobowe będą przetwarzane na następujących zasadach:

- 1) przekazane dane osobowe Oferenta/Realizatora będą przetwarzane w celu zawarcia i realizacji niniejszej umowy, a także w celu komunikacji związanej z wykonaniem niniejszej umowy,
- 2) odbiorcami danych osobowych Oferenta/Realizatora mogą być instytucje uprawnione na podstawie przepisów prawa lub podmioty upoważnione na podstawie podpisanej umowy pomiędzy Administratorem a tym podmiotem,
- 3) przekazane przez Oferenta/Realizatora dane będą przetwarzane przez okres konieczny do realizacji niniejszej umowy i przechowywane w czasie obowiązkowej archiwizacji, określonym aktualnymi przepisami prawa z zakresu rachunkowości, podatków i ubezpieczeń społecznych, oraz ze względu bezpieczeństwa prawnego – do czasu przedawnienia ewentualnych roszczeń,
- 4) Oferentowi/Realizatorowi przysługuje prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, kopii danych, ograniczenia przetwarzania lub usunięcia danych – przy czym uprawnienie to zostanie zrealizowane po okresie nie krótszym niż okres przechowywania danych – a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz przenoszenia danych,
- 5) w przypadku powzięcia informacji o niewłaściwym przetwarzaniu danych osobowych Oferenta/Realizatora przez Administratora, Oferentowi/Realizatorowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- 6) dane osobowe Oferenta/Realizatora nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 7) podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji niniejszej umowy i wywiązania się przez Administratora z obowiązków płatnika. Brak udostępnienia danych osobowych uniemożliwi zawarcie niniejszej umowy.

16. W przypadku Oferenta/Realizatora będącego osobą prawną/osobą ułomną dane osobowe osób wskazanych do reprezentacji Oferenta/Realizatora oraz kontaktu z nim będą przetwarzane odpowiednio na zasadach określonych w pkt. 15.

17. W przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych Oferent/Realizator może się skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych, pisząc na adres e-mail: [iod@um.kielce.pl](mailto:iod@um.kielce.pl).

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 467/2024

Prezydenta Miasta Kielce

z dnia 4 grudnia 2024 r.

## **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

na realizację programu polityki zdrowotnej pn.:

**„Program profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025–2028”**

### **§ 1.**

1. Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert określają szczegółowe zasady postępowania przy przeprowadzaniu konkursu mającego na celu wybór realizatora/realizatorów programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025–2028”, finansowanego z budżetu Gminy Kielce.

2. Przedmiot konkursu ofert i realizacji programu obejmuje przyjęcie obowiązków udzielenia świadczeń profilaktycznych u dzieci (w 2025r. urodzonych w roku 2024 i 2025, następnie w każdym kolejnym roku następnego rocznik dzieci) zamieszkałych na terenie Gminy Kielce, na które składają się następujące usługi:

- 1) zakup szczepionek koniugowanych przeciwko meningokokom typ B u dzieci urodzonych w 2024 i 2025 (zakup materiałów niezbędnych do realizacji zadania). Każde z dzieci otrzyma 3 dawki przeciwko meningokokom serogrupy B”,
- 2) wykonanie szczepień u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Kielce, w tym przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia,
- 3) edukację rodziców/opiekunów prawnych poprzez przekazanie informacji o zasadności i istocie szczepienia przeciwko zakażeniom meningokokowym,
- 4) przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej obejmującej rozpowszechnienie informacji o szczepieniach,
- 5) zebranie wszelkich dokumentów w tym zgody osób szczepionych na wykonanie szczepienia, dokumentów potwierdzających fakt zamieszkania osoby szczepionej na terenie Gminy Kielce, ankiet satysfakcji udziału w programie oraz testów wiedzy na temat meningokoków.

3. Ustala się następujące załączniki do niniejszych szczegółowych warunków konkursu ofert:

- 1) Nr 1 – wzór formularza ofertowego,
- 2) Nr 2 – wzór oświadczenia oferenta,
- 3) Nr 3 – wzór umowy.

### **§ 2.**

Ilekróć mowa o:

- 1) „udzielającym zamówienia”, „zamawiającym”- należy rozumieć Gminę Kielce reprezentowaną przez Prezydenta Miasta Kielce.
- 2) „przyjmującym zamówienie”, „oferencie” lub „realizatorze”- należy rozumieć podmioty lecznicze w rozumieniu art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 799) przystępujące do organizowanego konkursu ofert.

### **§ 3.**

Udzielający zamówienia wymaga od przyjmującego zamówienie, aby:

- 1) przyjmujący zamówienie świadczył zamawiane usługi na wysokim poziomie, zgodnie ze sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności,
- 2) świadczone usługi były wykonywane przez wykwalifikowane osoby,
- 3) przyjmujący zamówienie prowadził rejestr szczepionych dzieci,
- 4) przyjmujący zamówienie posiadał polisę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 866 ze zm.).

#### § 4.

1. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych planuje się od dnia podpisania pierwszej umowy.
2. Termin zakończenia realizacji przedmiotu umowy ustala się na dzień 31.12.2028 r.
3. Przyjmujący zamówienie realizuje program w miejscu/miejscach wskazanych w ofercie.

#### § 5.

1. W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział podmioty, które spełniają następujące warunki:

- 1) są podmiotami wykonującymi działalność leczniczą określonymi w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 799ze zm.),
- 2) świadczą usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.
- 3) są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP,
- 4) posiadają wykwalifikowany personel medyczny oraz punkt szczepień zgodnie z wytycznymi NFZ oraz Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej.

2. Wymaganymi dokumentami formalnymi załączonymi przez oferenta do oferty są:

- 1) aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
- 2) oświadczenie oferenta zawarte w załączniku nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

3. Ze względu na charakter programu Zamawiający dopuszcza wybór więcej niż jednej oferty w celu objęcia programem całej populacji dzieci z danego rocznika.

#### § 6.

Odrzuceniu podlegają oferty:

- 1) Nie spełniające wymogów, o których mowa w § 5 ust. 1 – 2 i § 8 ust. 2, ust.5, ust.8 i ust. 9.
- 2) Złożone po terminie, o którym mowa w § 9,

#### § 7.

1. Wybierając najkorzystniejsze oferty/ę komisja konkursowa będzie brała pod uwagę cenę ofertową brutto za wykonanie usług wymienionych w § 1 ust. 2 pkt. 1-5 u 1 osoby.

2. Powyższa cena ofertowa powinna zawierać wszystkie koszty niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej będącego przedmiotem umowy, w tym w szczególności uśrednione koszty zakupu szczepionek, wykonanie usługi szczepień, przeprowadzenie kampanii promocyjno-edukacyjnej, utylizacji zużytego sprzętu, koszty administracyjno - biurowe i inne.

3. W przypadku złożenia przez oferentów ofert z taką samą ceną ofertową Zamawiający dopuszcza wybór więcej niż jednej oferty.

4. W przypadku równej liczby punktów otrzymanej przy ocenie ofert liczba świadczeń profilaktycznych zostanie przyznana oferentom proporcjonalnie do liczby dzieci, które oferent obejmuje opieką.

5. W przypadku różnej liczby punktów podstawą do przyznania oferentom ilości świadczeń jest liczba dzieci zmniejszona proporcjonalnie w zależności od przyznanej punktacji.

6. Zastrzega się prawo do korekty ilości świadczeń w zależności od ilości dzieci objętych opieką w danym roku.

## § 8.

1. Przyjmujący zamówienie przedstawia ofertę zgodnie z wymogami określonymi w szczegółowych warunkach konkursu ofert. Propozycje rozwiązań alternatywnych i wariantowych nie będą brane pod uwagę.

2. Jeden oferent może złożyć tylko jedną ofertę.

3. Oferta powinna obejmować całość zamówienia. Oferty częściowe nie będą brane pod uwagę.

4. Składający ofertę ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

5. Oferty należy złożyć na formularzu zgodnym ze wzorem, o którym mowa w § 1 ust 3 pkt. 1, podpisanym własnoręcznie przez upoważnioną osobę.

6. Wszystkie zapisane strony oferty powinny być ponumerowane przez osobę podpisującą ofertę.

7. Ofertę wraz z załącznikami należy umieścić w zapieczętowanej kopercie. Kopertę należy opatrzyć danymi składającego ofertę, oraz napisem: „*Program profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025 – 2028.*”

8. Dokumenty, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt. 1, winny być złożone w formie oryginału lub kopii uwierzytelnionych przez organ wydający dokument, lub poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania oferenta lub przez radcę prawnego, adwokata lub notariusza.

9. Oświadczenie, o którym mowa w § 5 ust. 2 pkt. 2 powinno być podpisane własnoręcznie przez oferenta lub osobę uprawnioną do jego reprezentowania.

10. Załączane dokumenty powinny posiadać atrybut aktualności; przyjmuje się za aktualne dokumenty wystawione w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających termin składania ofert lub datę ważności, jeżeli taką opatrzone dokument.

## § 9.

Zaklejoną ofertę należy złożyć do dnia **19 grudnia 2024 r. do godziny 15<sup>30</sup>** w siedzibie udzielającego zamówienia – w Sekretariacie Wydziału Edukacji i Profilaktyki Zdrowotnej Urzędu Miasta Kielce, pok. 603, ul. Strycharska 6, 25-659 Kielce

## § 10.

Otwarcie ofert nastąpi w dniu **20 grudnia 2024r. o godz. 10<sup>00</sup>** w siedzibie udzielającego Zamówienie tj. w Urzędzie Miasta Kielce, ul. Strycharska 6, 25-659 Kielce, pok. 604.

## § 11.

1. Po rozstrzygnięciu konkursu Prezydent Miasta Kielce zawiera umowę o udzielenie zamówienia na świadczenia profilaktyczne z wyłonionym oferentem/oferentami najpóźniej w terminie 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu, według wzoru o którym mowa w § 1 ust. 3 pkt 3.

2. Umowę, o której mowa w ust. 1 zawiera się na okres jednego roku budżetowego.

3. W latach następujących po roku 2025 przewiduje się możliwość zawarcia ponownej umowy na podstawie niniejszego konkursu, pod warunkiem zabezpieczenia środków w budżecie Miasta Kielce.

## § 12.

1. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do zmiany warunków konkursu przed upływem składania ofert, prawo unieważnienia konkursu bez podania przyczyn, a także nierozstrzygnięcie konkursu poprzez jego zamknięcie bez wyboru oferty.

2. Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.

3. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu ofert mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

Pieczęć Oferenta

**Formularz ofertowy**

Konkurs na realizację programu polityki zdrowotnej pn.:  
**„Program profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025–2028”**

**1. DANE OFERENTA:**

NAZWA OFERENTA: .....

ADRES OFERENTA: .....

REGON: .....

NIP: .....

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU: .....

NR TELEFONU KONTAKTOWEGO: .....

ADRES E-MAIL: .....

NR RACHUNKU BANKOWEGO: .....

NAZWA ORGANU REJESTROWGO: .....

NR KSIĘGI REJESTROWEJ PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁAÑOŚĆ LECZNICZĄ, W  
MYŚL USTAWY Z 15 KWIEŃNIA 2011 R. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ .....

**2. CENA OFERTOWA:**

Cena ofertowa na osobę .....zł brutto (słownie: .....złotych)

Przewidywana liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2024 .....

Przewidywana liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2025 .....

Przewidywana liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2026 .....

Przewidywana liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2027 .....

Przewidywana liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2028 .....

Kielce, dnia .....

.....  
Podpis i pieczęć firmowa Oferenta

**Wzór Oświadczenia Oferenta:**

**Oferent oświadcza, że na dzień złożenia oferty:**

- 1) zapoznał się z treścią Uchwały VIII/173/2024 Rady Miasta Kielce z dnia 17 października 2024 r. w sprawie uchwalenia programu polityki zdrowotnej pn.: „*Program profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025–2028*”,
- 2) zapoznał się z treścią zarządzenia w sprawie ogłoszenia konkursu ofert i powołania komisji konkursowej do rozpatrzenia ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „*Program profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025–2028*”,
- 3) dysponuje odpowiednimi warunkami niezbędnymi do realizacji programu,
- 4) pracownicy posiadają odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu,
- 5) posiada polisę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy,
- 6) zobowiązuje się do ochrony i przetwarzania danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych RODO).

.....  
Podpis Oferenta

**Umowa Nr W/U-WB/...../EPZ/...../UM/..../2025  
zawarta w dniu .....2025r.**

pomiędzy **Gminą Kielce, ul. Rynek 1, 25-303 Kielce, NIP: 657-261-73-25** reprezentowaną przez

.....  
.....

zwaną w dalszej części umowy „**Gminą**”,

a

.....  
.....  
reprezentowanym przez:

.....  
zwanym w dalszej części umowy: „**Realizatorem**”.

**§ 1.**

1. Przedmiotem umowy jest realizacja w 2025 roku programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025–2028” zgodnie z Uchwałą Nr VIII/173/2024 Rady Miasta Kielce z dnia 17 października 2024r. polegające na udzielaniu świadczeń profilaktycznych u dzieci urodzonych w roku 2024 i 2025 zamieszkałych na terenie Gminy Kielce, na które składają się następujące usługi:

- 1) zakup szczepionek koniugowanych przeciwko meningokokom serogrupy B u dzieci urodzonych w 2024 i 2025 (zakup materiałów niezbędnych do realizacji zadania). Każde z dzieci otrzyma 3 dawki przeciwko meningokokom serogrupy B”,
- 2) wykonanie szczepień u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Kielce, w tym przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia,
- 3) edukację rodziców/opiekunów prawnych poprzez przekazanie informacji o zasadności i istocie szczepienia przeciwko zakażeniom meningokokowym,
- 4) przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej obejmującej rozpowszechnienie informacji o szczepieniach,
- 5) zebranie wszelkich dokumentów w tym zgody osób szczepionych na wykonanie szczepienia, dokumentów potwierdzających fakt zamieszkania osoby szczepionej na terenie Gminy Kielce, ankiet satysfakcji udziału w programie oraz testów wiedzy na temat meningokoków.

2. Realizator zobowiązuje się do podania maksymalnie 3 dawek szczepionki przeciwko meningokokom serogrupy B u dzieci urodzonych w 2024 i 2025 roku.

3. Każda z osób otrzyma 3 dawki szczepionki przeciwko meningokokom serogrupy B.

4. Realizator zobowiązuje się do przeprowadzenia intensywnej i skutecznej kampanii informacyjno – edukacyjnej skierowanej do dzieci i ich rodziców, obejmującej rozpowszechnienie szczepień przeciwko meningokokom, poprzez informację o programie w punkcie szczepień, kolportaż ulotek lub plakatów oraz informację w internecie.

5. Realizator zobowiązuje się do umieszczenia informacji, iż program profilaktyki zakażeń meningokokowych finansowany jest ze środków Gminy Kielce.

## § 2.

1. Na realizację określonego w § 1 ust. 1 pkt. 1-5 przedmiotu umowy, Gmina zobowiązuje się przekazać Realizatorowi w 2025 roku środki finansowe w wysokości do ..... zł (słownie: ..... złotych).

2. Strony ustalają cenę za wykonanie wymienionych w § 1 ust. 1 usług u 1 osoby w wysokości .....zł (słownie ..... złotych) dla świadczeń z zastosowaniem szczepionki przeciwko meningokokom serogrupy B.

3. Należność za wykonany w danym miesiącu przedmiot umowy, ustalana będzie jako iloczyn określonej w ust. 2 ceny jednostkowej usług u jednej osoby i liczby osób, którym wykonano świadczenie w danym miesiącu.

4. Realizator zobowiązuje się do dostarczania do Wydziału Edukacji i Profilaktyki Zdrowotnej, faktury VAT (rachunku) za wykonane w ramach niniejszej umowy świadczenia nie później niż do dziesiątego dnia każdego miesiąca, następującego po miesiącu, w którym wykonywane były świadczenia.

5. Faktura VAT (rachunek) winne być wystawione następująco: **Nabywca: Gmina Kielce, 25-303 Kielce, ul. Rynek 1, NIP 6572617325, Odbiorca: Urząd Miasta Kielce, 25-303 Kielce, ul. Rynek 1.**

6. Z tytułu realizacji przedmiotu umowy Gmina zobowiązuje się przekazywać Realizatorowi należność ustaloną w sposób o którym mowa w ust 3 w ratach miesięcznych, na podstawie faktur (rachunków) o których mowa w ust. 4, w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania.

7. Należność zostanie przekazana Realizatorowi na następujący rachunek bankowy:

.....

## § 3.

Realizator zobowiązuje się do wykonania przedmiotu umowy **do dnia 31 grudnia 2025r.**

## § 4.

1. Realizator zobowiązuje się do sporządzania imiennej listy osób, którym wykonał szczepienia zawierającej:

- 1) datę przeprowadzenia szczepienia,
- 2) imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia,
- 3) adres zamieszkania osoby, której udzielono świadczenia,
- 4) numer ewidencyjny PESEL osoby, której udzielono świadczenia,
- 5) własnoręczny podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka, któremu wykonano świadczenie, potwierdzający wyrażenie zgody na szczepienie, zamieszkania na terenie Gminy Kielce oraz zapoznania się z zasadami realizacji programu,

2. Realizator zobowiązuje się do przekazywania Gminie wraz z fakturą VAT (rachunkiem):

- 1) sprawozdania merytorycznego z realizacji programu w danym miesiącu, według wzoru określonego w Załączniku Nr 1 do niniejszej umowy,
- 2) sprawozdania zawierającego wykaz osób, u których przeprowadzono świadczenia, według wzoru określonego w Załączniku Nr 2 do niniejszej umowy.
- 3) ankiet satysfakcji udziału w programie oraz testów wiedzy na temat meningokoków.

3. Realizator zobowiązuje się do przekazywania sprawozdania merytorycznego (zgodnie z zał. nr 1) w formie pisemnej oraz elektronicznej w formacie Microsoft Word.

4. Sprawozdanie merytoryczne w formie pisemnej powinno być podpisane przez dyrektora/prezesa placówki oraz opieczetowane pieczęcią firmową danej jednostki.

5. Realizator zobowiązuje się do przekazywania danych uczestników programu (zgodnie z zał. nr 2) w celu weryfikacji oraz prawidłowego rozliczenia programu w wersji elektronicznej w formacie xls oraz csv. Pliki muszą być o stałej, niezmiennianej strukturze. Po weryfikacji zbiory uczestników zostają trwale usunięte.

6. Dane w formie elektronicznej mogą być przekazywane pocztą elektroniczną na adres [beata.kurtyka@um.kielce.pl](mailto:beata.kurtyka@um.kielce.pl) lub na nośniku elektronicznym. Nośnik powinien być opisany następująco: nazwa placówki, adres oraz nazwa miesiąca, za który są sprawozdania.

7. Sprawozdanie merytoryczne oraz sprawozdanie zawierające wykaz osób, u których przeprowadzono świadczenia profilaktyczne muszą być ze sobą zgodne.

8. Realizator zobowiązuje się do przekazania Gminie, wraz z ostatnią w danym roku fakturą VAT (rachunkiem):

- 1) sprawozdania merytorycznego z realizacji programu, według wzoru określonego w Załączniku Nr 1 do niniejszej umowy.
- 2) rozliczenia finansowego programu zawierającego:
  - a) wysokość przyznanych przez Gminę środków,
  - b) łączną wysokość wystawionych przez Realizatora faktur VAT,
  - c) stopień wykorzystania przyznanych środków (w %).

9. Realizator zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1781.) oraz przepisów wykonawczych.

## § 5.

1. Gmina zastrzega sobie możliwość rozwiązania umowy z zachowaniem okresu wypowiedzenia wynoszącego czternaście dni od daty wypowiedzenia w przypadku, gdy:

- 1) Realizator zaniecha wykonywania świadczeń,
- 2) Realizator ograniczy zakres wykonywania świadczeń,
- 3) Realizator w istotny sposób ograniczy ich dostępność,
- 4) Nastąpią zmiany obowiązujących przepisów prawnych.

2. Stwierdzenie zaistnienia przesłanek określonych w ust. 1 pkt. 1 - 3 nastąpić może w wyniku przeprowadzonej przez Gminę kontroli lub na podstawie przekazywanych sprawozdań z jego realizacji.

3. Gmina zastrzega sobie możliwość rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku stwierdzenia nieposiadania przez Realizatora ważnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 799).

## § 6.

1. Wykonywanie zadania określonego w umowie podlega kontroli pod względem rzeczowym i finansowym. Celem Kontroli jest stwierdzenie zgodności realizacji zadania z postanowieniami umowy.

2. Kontrola może być przeprowadzona w trakcie realizacji zadania oraz po jego zakończeniu (rozliczeniu).

3. Kontroli pod względem rzeczowym podlegają zadania określone w §1.

4. Kontroli pod względem finansowym podlegają udokumentowane wydatki poniesione na realizację zadania, do wysokości przekazanych środków.

## § 7.

1. Administratorem danych osobowych Realizatora jest Prezydent Miasta Kielce, ul. Rynek 1, 25 - 303 Kielce.

2. W przypadku Realizatora będącego osobą fizyczną jego dane osobowe będą przetwarzane na następujących zasadach:

- 1) przekazane dane osobowe Realizatora będą przetwarzane w celu zawarcia i realizacji niniejszej umowy, a także w celu komunikacji związanej z wykonaniem niniejszej umowy,
- 2) odbiorcami danych osobowych Realizatora mogą być instytucje uprawnione na podstawie przepisów prawa lub podmioty upoważnione na podstawie podpisanej umowy pomiędzy Administratorem a tym podmiotem,
- 3) przekazane przez Realizatora dane będą przetwarzane przez okres konieczny do realizacji niniejszej umowy i przechowywane w czasie obowiązkowej archiwizacji, określonym aktualnymi przepisami prawa z zakresu rachunkowości, podatków i ubezpieczeń społecznych, oraz ze względu bezpieczeństwa prawnego – do czasu przedawnienia ewentualnych roszczeń,
- 4) Realizatorowi przysługuje prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, kopii danych, ograniczenia przetwarzania lub usunięcia danych – przy czym uprawnienie to zostanie zrealizowane po okresie nie krótszym niż okres przechowywania danych – a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz przenoszenia danych.
- 5) w przypadku powzięcia informacji o niewłaściwym przetwarzaniu danych osobowych Realizatora przez Administratora, Realizatorowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 6) dane osobowe Realizatora nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 7) podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji niniejszej umowy i wywiązania się przez Administratora z obowiązków płatnika. Brak udostępnienia danych osobowych uniemożliwi zawarcie niniejszej umowy.

3. W przypadku Realizatora będącego osobą prawną/osobą ułomną dane osobowe wskazanych do reprezentacji Realizatora oraz kontaktu z nim będą przetwarzane odpowiednio na zasadach określonych w ust. 2.

4. W przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych Realizator może się skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych, pisząc na adres e-mail: [iod@um.kielce.pl](mailto:iod@um.kielce.pl).

## § 8.

Wszelkie zmiany w niniejszej umowie wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

## § 9.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 1061 ze zm.), ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 799) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2024 poz. 146 ze zm.).

## § 10.

Niniejszą umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Gmina**

**Realizator**

Zgodnie z zarządzeniem Nr                      Prezydenta Miasta Kielce z dnia                      .(poz. )  
Dział 851 Rozdział 85149 §4280

## WZÓR SPRAWOZDANIA MERYTORYCZNEGO

1. Liczba zaszczepionych dzieci łącznie przeciwko meningokokom serogrupy B:

a) liczba zaszczepionych dzieci z rocznika 2024:

- dawka I - .....

- dawka II - .....

- dawka III - .....

b) liczba zaszczepionych dzieci z rocznika 2025:

- dawka I - .....

- dawka II - .....

- dawka III - .....

2. % wszczepionych dzieci w poszczególnych rocznikach: .....

3. Liczba dzieci, które nie skorzystały ze szczepienia: .....

4. Liczba przeprowadzonych działań edukacyjnych: .....

5. Uwagi dotyczące programu: .....

6. Informacje o zespole realizującym program: .....

7. Informacje o sposobie przeprowadzenia akcji informacyjno – edukacyjnej dotyczącej realizacji Programu: .....

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przygotowanego opracowania danych uzyskanych w wyniku realizacji Programu oraz na przetwarzanie danych osobowych zawartych w sprawozdaniach do umowy związanych z realizacją programu, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 poz. 1781).

**Wzór sprawozdania – wykaz osób**

l.p.	PESEL	IMIĘ	DRUGIE IMIĘ	NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA				DATA SZCZEPIENIA	UWAGI
					ULICA	NR BUDYNKU	NR LOKALU	KOD POCZTOWY		

**Wzór oświadczeń**

.....

Imię i nazwisko uczestnika (dziecka)

.....

Imię i nazwisko rodzica\* uczestnika, numer telefonu

.....

Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

**Oświadczenie o miejscu zamieszkania**

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili aplikowania mojego dziecka do „Programu profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025 – 2028” (dalej zwany „programem”) mieszkam na terenie miasta Kielce w rozumieniu Kodeksu cywilnego.

Zgodnie z art. 25 kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu\*\*.

**Świadoma zgoda na udział w programie**

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące udziału mojego dziecka w programie oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Zostałam(em) poinformowana(y), o tym, że program finansowany jest ze środków Gminy Kielce. Oświadczam, że moje dziecko nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mojego dziecka w tym programie i jestem świadom faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Oświadczam, że otrzymałam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

.....  
Miejscowość, data i podpis rodzica\* uczestnika

Oryginał/kopia\*\*\*

\* Opiekun prawny oraz inna osoba, której sąd powierzył sprawowanie opieki nad dzieckiem uczestniczącym w programie.

\*\* Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu Cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

\*\*\* Niepotrzebne skreślić.

**Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie**

Rezygnacja z udziału w „Programie profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025 – 2028”

.....  
Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

.....  
Imię i nazwisko rodzica\* uczestnika (drukowanymi literami)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału mojego dziecka w „Programie profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025 – 2028”

Powodem mojej rezygnacji jest\*\*:

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

.....  
Miejscowość, data i podpis rodzica\* uczestnika

Oryginał/kopia\*\*\*

\* Opiekun prawny oraz inna osoba, której sąd powierzył sprawowanie opieki nad dzieckiem uczestniczącym w programie

\*\* Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe

\*\*\* Niepotrzebne skreślić

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat udziału Państwa dziecka w „Programie profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025 – 2028”

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w oznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-8 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:

1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1. W jakim stopniu program spełnił Państwa oczekiwania?

1    2    3    4    5

2. Jak oceniają Państwo osobę prowadzącą aplikację/rekrutację do programu?

1    2    3    4    5

3. Jak oceniają Państwo osobę wykonującą kwalifikację lekarską do szczepienia?

1    2    3    4    5

4. Czy podczas kwalifikacji lekarskiej uzyskali państwo informacje na temat zakażeń meningokokowych?

·TAK

·NIE

5. Jak oceniają Państwo osobę wykonującą szczepienie w ramach programu?

1    2    3    4    5

6. Jak oceniają Państwo organizację programu?

1    2    3    4    5

7. W jakim stopniu odpowiadała Państwu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?

1    2    3    4    5

8. Czy poleciłaby Pani udział w programie innym rodzicom?

1    2    3    4    5

9. Skąd dowiedzieli się Państwo o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

·z podmiotu leczniczego (szpitala, przychodni),

·od lekarza/pielęgniarki/położnej,

·z Internetu,

·ze żłobka/klubu dziecięcego;

·od znajomych/innych rodziców,

·inne (jakie?) .....

10. Inne uwagi

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

## Test wiedzy na temat meningokoków typu B oraz Inwazyjnej Choroby Meningokokowej

Szanowni Państwo,

Test zostanie przeprowadzony dwukrotnie. Ma on na celu poznanie poziomu Państwa wiedzy na temat zakażenia meningokokami typu B oraz Inwazyjnej Choroby Meningokokowej.

Testy są anonimowe, a ich wyniki posłużą do monitorowania efektywności programu.

1. Meningokokami można się zakazić:

**(PROSZĘ ZAZNACZYĆ TYLKO JEDNĄ ODPOWIEDŹ):**

- a. poprzez kontakt z zakażoną krwią,
- b. drogą kropelkową,
- c. poprzez bezpośrednią styczność z chorym zwierzęciem,
- d. poprzez ugryzienie owada.

2. Czy przebycie choroby meningokokowej (IChM) chroni dzieci przed kolejnym zachorowaniem?

- a. Tak,
- b. Nie.

3. Inwazyjna Choroba Meningokokowa (IChM) przebiega najczęściej pod postacią:

- a. sepsy z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych,
- b. ciężkiego przebiegu grypy (gorączka, kaszel, ogólne osłabienie itp.),
- c. intensywnej wysypki na całym ciele,
- d. IChM nie daje żadnych niepokojących objawów.

4. Jaka grupa wiekowa najczęściej choruje na Inwazyjną Chorobę Meningokokową (IChM)?

- a. dzieci do 1 roku życia,
- b. młodzież do 18 roku życia,
- c. osoby od 18 do 40 roku życia,
- d. seniorzy powyżej 65 roku życia.

5. Czy szczepienia przeciw meningokokom typu B są w Polsce obowiązkowe?

- a. Tak,
- b. Nie.

**Bardzo dziękujemy za wypełnienie testu.**

**Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego\*****Sprawozdanie roczne z realizacji „Programu profilaktyki zakażeń meningokokowych serogrupy B na lata 2025 – 2028”**

Dane realizatora: .....(nazwa, adres)

Nr umowy: .....

Sprawozdanie za okres: .....

**Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności realizacji programu**

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Iloraz liczby dzieci, które zostały zaszczepione w ramach programu i liczby dzieci z planowanej w programie grupy docelowej - wynik wyrażony w procentach	Do uzupełnienia
2.	Iloraz liczby rodziców objętych edukacją i liczby rodziców obecnych podczas lekarskiego badania kwalifikacyjnego- wynik wyrażony w procentach	Do uzupełnienia

**Sprawozdanie z wykonania świadczeń w ramach programu w okresie sprawozdawczym**

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba dzieci objętych programem zgodnie z podpisaną umową	Do uzupełnienia
2.	Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie	Do uzupełnienia
3.	Liczba dzieci zaszczepionych, w tym:	Do uzupełnienia
3a.	Liczba dzieci którym została podana tylko 1 dawka szczepienia pierwotnego;	Do uzupełnienia
3b.	Liczba dzieci, którym zostały podane tylko 2 dawki szczepienia pierwotnego;	Do uzupełnienia
3c.	Liczba dzieci, którym zostały podane 3 dawki szczepienia	Do uzupełnienia
4.	Liczba rodziców, którzy zostali objęci edukacją podczas lekarskiego badania kwalifikacyjnego (na podstawie danych z ankiety satysfakcji)	Do uzupełnienia

Uwagi:

.....

.....

.....

Część opisowa, zawierająca m.in. informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu oraz opis podjętych działań modyfikujących

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji rodziców/prawnych opiekunów uczestników programu za okres sprawozdawczy.

.....  
Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

.....  
Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie