Załącznik Nr 3

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

**Umowa Nr W/U-WB/ /EKS/ /UM/ /  
  
zawarta w dniu ……………………………..**

pomiędzy **Gminą Kielce**, reprezentowanym przez:

1. **Marcina Różyckiego – Zastępcę Prezydenta Miasta Kielce,**

2. **Piotra Łojka – Dyrektora Wydziału Edukacji, Kultury i Sportu,**

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

a

reprezentowanym przez:

………………………………………………………………………………………………………………….

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

**§ 1.**

1. Przedmiotem Umowy jest realizacja świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z programu polityki zdrowotnej: „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Kielce na lata 2020 – 2024” będącym załącznikiem do uchwały Rady Miasta Kielce Nr XXXV/701/2020 z dnia 27 października 2020 roku w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Kielce na lata 2020 – 2024” - zwanego dalej programem. Program zostanie wykonany zgodnie z ofertą oraz zaktualizowanym harmonogramem i kosztorysem stanowiącymi do niej załączniki.

2. Program polityki zdrowotnej: „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego –  
dla mieszkańców Gminy Kielce na lata 2020 – 2024” przeznaczony jest dla grupy………….. par spełniających kryteria udziału opisane w PPZ.

Realizator zobowiązuje się do realizacji w okresie od dnia podpisania umowy  
do 31 grudnia 2024 roku programu oraz zobowiązuje się do informowania w wydawanych przez siebie w ramach zadania, publikacjach, materiałach informacyjnych, poprzez media, jak również stosownie do charakteru zadania, poprzez widoczną w miejscu jego realizacji tablicę i przez ustną informację kierowaną do odbiorców o fakcie finansowania realizacji zadania ze środków Gminy Kielce.

**§ 2.**

1. Na realizację określonego w § 1 programu, Gmina zobowiązuje się przekazać Realizatorowi:

1) w 2021 roku środki finansowe w wysokości do **………………… zł (słownie: ………………………………………………………………… złotych).**

2) w 2022 roku środki finansowe w wysokości do **………………… zł (słownie: ………………………………………………………………… złotych).**

3) w 2023 roku środki finansowe w wysokości do **………………… zł (słownie: ………………………………………………………………… złotych).**

4) w 2024 roku środki finansowe w wysokości do **………………… zł (słownie: ………………………………………………………………… złotych).**

2. Strony ustalają cenę za wykonanie jednej usługi w wysokości **……………………… zł (słownie: ………………………………………………………………… złotych).**

3. Realizator zobowiązuje się do dostarczania do Wydziału Edukacji, Kultury i Sportu Urzędu Miasta Kielce, faktury VAT (rachunku) za wykonane w ramach niniejszej umowy świadczenia raz na kwartał, nie później niż do 10 dnia miesiąca następującego po danym kwartale.

4. 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.

5. Z tytułu realizacji przedmiotu umowy Gmina zobowiązuje się przekazać Realizatorowi należność na podstawie faktur (rachunków), o których mowa w ust. 4, oraz sprawozdań o których mowa w § 4 ust. 2 umowy - w terminie 14 dni od ich otrzymania.

6. Należność zostanie przekazana Realizatorowi na następujący rachunek bankowy: ………………………………………………………………………………………………

**§ 3.**

Realizator zobowiązuje się do wykonania przedmiotu umowy **do dnia 31 grudnia 2024r.**

**§ 4.**

1. Realizator przed zakwalifikowaniem pary zobowiązuje się do przekazywania Gminie wniosku kierującego do programu wraz z oświadczeniami (zgodnie z załącznikami nr 1) do weryfikacji.

2. Realizator zobowiązuje się do przekazywania Gminie wraz z fakturą VAT (rachunkiem) sprawozdania z realizacji programu za dany kwartał, według wzoru określonego w Załączniku Nr 2 do niniejszej umowy oraz ankiet satysfakcji uczestników Programu.

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

1) sprawozdania merytorycznego z realizacji programu za dany rok, według wzoru określonego  
w Załączniku Nr 2 do niniejszej umowy.

2) rozliczenia finansowego programu zawierającego:

- wysokość przyznanych przez Gminę środków,

- łączną wysokość wystawionych przez Realizatora faktur VAT,

- stopień wykorzystania przyznanych środków (w %).

3. Realizator zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia  
10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych oraz przepisów wykonawczych.

**§ 5.**

1. W przypadku zagrożenia niewykonania całości programu, o którym mowa w § 1. ust. 1 Realizator zobowiązuje się do złożenia informacji, która musi zawierać szczegółowy opis przyczyn.

1. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 Strony dopuszczają możliwość podpisania aneksu zmniejszającego wartość umowy.

**§ 6.**

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

1) Realizator zaniecha wykonywania przedmiotu umowy.

2) Realizator ograniczy zakres wykonywania przedmiotu umowy.

3) Realizator w istotny sposób ograniczy dostępność do realizowanych świadczeń.

4) obowiązujące przepisy prawne ulegną zmianie.

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 ( Dz. U. z 2020 poz.295 ze zm.).

**§ 7.**

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.

**§ 8.**

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

**§ 9.**

W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie odpowiednie przepisy Ustawy - Kodeks Cywilny (Dz. U. z 2020 poz. 1740 ze zm.) i ustawy z 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 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 .............................. 2021r. (poz. .....) Dział 851 Rozdział 85149 § 428*

Załącznik Nr 1

do **Umowy Nr W/U-WB/ /EKS/ /UM/ /**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WNIOSEK NR | Nazwa Realizatora |  |
| (data wpływu) | Pieczęć  nagłówkowa  Realizatora |  |

**Urząd Miasta Kielce**

**ul. Rynek 1**

**25 – 303 Kielce**

***WNIOSEK KIERUJĄCY DO PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ LECZENIA NIEPŁODNOŚCI METODĄ ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO DLA MIESZKAŃCÓW GMINY KIELCE***

Na podstawie przeprowadzonej wstępnej kwalifikacji do Programu rozpoczętej w dniu ……..………………………….....….. wnioskujemy o objęcie dofinansowaniem w roku ……………………., zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego w dawstwie partnerskim realizowanego w ramach programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Kielce na lata 2020 – 2024 niżej wymienionych osób:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Adres zamieszkania | PESEL | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Jednocześnie oświadczamy, iż ww. osoby pozostają w związku małżeńskim/partnerskim i udokumentowały przeprowadzenie leczenia niższego rzędu lub wynik diagnostyczny potwierdzający bezpośrednie wskazania do leczenia metodami rozrodu wspomaganego.

Do wniosku załączamy:

Oświadczenia uczestników:

·o miejscu zamieszkania

·świadomej zgody na udział w Programie,

·rezygnacji z dalszego udziału w Programie,

·ankiety satysfakcji uczestników Programu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Realizatora

Oświadczenie o miejscu zamieszkania

*Dotyczy uczestnictwa w „Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców gminy Kielce”*

…………………………………………………………………………………………………………..

*Imię i nazwisko uczestnika*

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

…………………………………………………………………………………………………………..

*Imię i nazwisko uczestnika*

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

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że mieszkam na terenie gminy Kielce w rozumieniu Kodeksu cywilnego od 12 miesięcy w chwili aplikowania do Programu.

Otrzymałam/-łem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

……………………………………

*Data i podpisy uczestników*

Oryginał/kopia\*

\*Niepotrzebne skreślić

Świadoma zgoda na udział w Programie

***Świadoma/-y zgody na udział w „Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców gminy Kielce”***

.…………………………………………………………………………………………………………..

*Imię i nazwisko uczestnika*

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

.…………………………………………………………………………………………………………..

*Imię i nazwisko uczestnika*

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

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że uzyskałam/-łem wyczerpujące informacje dotyczące *„Programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców gminy Kielce”* oraz otrzymałam/-łem satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam/-łem poinformowana/-y, o tym, że Program finansowany jest ze środków Gminy Kielce.

Oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego Programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych oraz, że nie uczestniczyłam/-łem w podobnym Programie finansowanym ze środków publicznych w ciągu ostatnich trzech lat.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadoma/-y 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.

Otrzymałam/-łem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

Wyrażam/nie wyrażam\* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji Programu zgodnie z obowiązującym prawem.

Wyrażamy zgodę na kontakt ze mną przez podmiot realizujący Program.

*Data i podpisy uczestników*

Oryginał/kopia\*

\*Niepotrzebne skreślić

Pisemna rezygnacja z dalszego udziału w Programie

***Rezygnacja z dalszego udziału w „Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców gminy Kielce”***

*Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)*

*Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)*

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „*Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Kielce”.*

Powodem mojej rezygnacji jest\*:

*Data i podpisy uczestników*

Oryginał/kopia\*\*

\*Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe

\*\*Niepotrzebne skreślić

Ankieta satysfakcji uczestników Programu

***Ankieta satysfakcji uczestników „Programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców gminy Kielce”***

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag na temat udziału w*„Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Kielce”.*

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie. Dziękujemy za poświęcony czas.

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

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

1. W jakim stopniu program spełnił Pani/Pana oczekiwania?

1 2 3 4 5

2. Jak Pani/Pan ocenia personel pracujący przy realizacji Programu?

1 2 3 4 5

3. Jak ocenia Pani/Pan organizację Programu?

1 2 3 4 5

4. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie trwania Programu?

1 2 3 4 5

5. Czy poleciłaby/poleciłby Pani/Pan udział w Programie innym osobom?

1 2 3 4 5

6. Skąd dowiedziała/ł się Pani/Pan o możliwości aplikowania do Programu (zaznacz jedną odpowiedź)?

·z podmiotu leczniczego,

·z Internetu,

·od znajomych/innych uczestników,

·inne (jakie?) ……………………………………………….

7. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?

·tak

·nie

8. Czy wprowadziłaby/łby Pani/Pan jakieś zmiany w organizacji Programu?

·tak (jeśli tak to jakie?)

·nie

9. Inne uwagi

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.*

*Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu uczestnikom Programu*.

Załącznik Nr 2

do **Umowy Nr W/U-WB/ /EKS/ /UM/ /**

Sprawozdanie

*Dane Realizatora: ……(nazwa, adres NIP, REGON)*

*Nr umowy:………*

*Sprawozdanie za dany kwartał/rok*

Sprawozdanie z realizacji *„Programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Kielce”*

**Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności realizacji Programu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr wiersza | Nazwa wskaźnika | Wartość wskaźnika\* |
| 1. | Liczba osób, które zakwalifikowano do udziału w programie i objęto co najmniej jedną usługą przewidzianą w Programie | do uzupełnienia |
| 2. | Liczba urodzonych dzieci w ramach Programu | do uzupełnienia |
| 3. | Liczba uczestniczek, u których przeprowadzono procedurę mrożenia komórek jajowych przed leczeniem gonadotoksycznym w ramach Programu | do uzupełnienia |
| 4. | Wysokość środków finansowych poniesiona przez Organizatora  w związku z zastosowaniem metody zapłodnienia pozaustrojowego tj. przekazanych Realizatorowi za usługi przewidziane w  Programie w tym zakresie | do uzupełnienia |
| 5. | Liczba par uczestniczących w Programie, które poniosły niższe koszty zastosowania metody zapłodnienia pozaustrojowego | do uzupełnienia |
| 6. | Wysokość środków finansowych poniesiona przez Organizatora  w związku z zastosowaniem metody zamrożenia komórek jajowych uczestniczek przed leczeniem gonadotoksycznym tj. przekazanych Realizatorowi za usługi przewidziane w Programie w tym zakresie | do uzupełnienia |
| 7. | Liczba uczestniczek Programu, które poniosły niższe koszty zamrożenia komórek jajowych przed leczeniem gonadotoksycznym | do uzupełnienia |

\* - należy uzupełnić, nie pozostawiać pustego pola nawet w przypadku, gdy wartość wskaźnika wynosi 0

**Sprawozdanie z wykonania świadczeń w ramach Programu – A Procedura w zakresie zapłodnienia pozaustrojowego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr wiersza | Nazwa wskaźnika | Wartość wskaźnika\* |
| 1. | Liczba par, które zgłosiły się do udziału w Programie w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 2. | Liczba par zakwalifikowanych do udziału w Programie w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 3. | Liczba par niezakwalifikowanych do udziału w Programie w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 4. | Liczba par uczestniczących w Programie w danym kwartale/roku | do uzupełnienia |
| 5. | Liczba kobiet, u których przeprowadzono metodę zapłodnienia pozaustrojowego w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 6. | Liczba przeprowadzonych procedur w zakresie zapłodnienia pozaustrojowego w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 7. | Liczba kobiet uczestniczących w Programie, u których stwierdzono ciążę w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 8. | Liczba kobiet uczestniczących w programie, u których stwierdzono mnogą ciążę w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 9. | Liczba urodzonych dzieci wśród par uczestniczących w Programie w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 10. | Liczba par, które rezygnowały z dalszego uczestnictwa w Programie w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 11. | Liczba porad lekarskich wykonanych w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 12. | Liczba badań USG w celu oceny procesu stymulacji jajeczkowania wykonanych w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 13. | Liczba badań estradiolu w celu oceny endokrynnej funkcji rozwijających się pęcherzyków Graafa wykonanych w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 14. | Liczba badań progesteronu w celu oceny endokrynnej funkcji rozwijających się pęcherzyków Graafa wykonanych w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 15. | Liczba punkcji jajników w celu pobrania komórek jajowych  wykonanych w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 16. | Liczba znieczuleń anestezjologicznych w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 17. | Liczba badań przeprowadzonych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2015 r. w sprawie wymagań zdrowotnych dla kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz dla biorczyni komórek rozrodczych  i zarodków oraz szczegółowych warunków pobierania komórek rozrodczych w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 18. | Liczba usług preparatyki nasienia wykonanych w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 19. | Liczba usług zapłodnienia IVF/ICSI w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 20. | Liczba usług hodowli zarodków wykonanych w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 21. | Liczba usług transferu zarodków do macicy w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 22. | Liczba usług przygotowania zarodków do przechowywania  - kriokonserwacja w danym kwartale/roku\*\* | do uzupełnienia |
| 23. | Wysokość środków finansowych poniesiona przez pary na usługi przewidziane w Programie w danym kwartale/roku\*\* w zakresie zapłodnienia pozaustrojowego | do uzupełnienia |

\* - należy uzupełnić, nie pozostawiać pustego pola nawet w przypadku, gdy wartość wskaźnika wynosi 0

\*\* - niepotrzebne skreślić

Uwagi:

Część opisowa:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................................................................................................

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników Programu (dotyczy sprawozdania rocznego i końcowego)