

Umowa Nr

zawarta w dniu we Wrocławiu, pomiędzy niżej wymienionymi stronami:
**Wrocławskim Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu,
53 -208 Wrocław ul. Podróżnicza 26/28,**

reprezentowanym przez:

Wojciecha Skibę – Dyrektora Wrocławskiego Centrum Zdrowia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

zwanym w dalszej treści umowy **Zleceniodawcą**

zwanym w dalszej treści umowy **Udzielającym Zamówienie:**

II.

Nazwa placówki:

Adres:

zarejestrowaną w rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod nr

NIPRegon

reprezentowaną przez:

zwanym w dalszej treści umowy **Przyjmującym zamówienie, Zleceniobiorcą**

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest:

„Organizacja i realizacja zadań w programie pn. Profilaktyka raka piersi u kobiet, mieszkanek Wrocławia”, zwanym dalej Programem, zgodnie ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu oraz Ofertą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

2. Wykonanie przedmiotowej umowy odbędzie się w siedzibie **Przyjmującego Zamówienie** z wykorzystaniem jego personelu, sprzętu, aparatury, i materiałów niezbędnych do wykonywania przedmiotu umowy, z zastrzeżeniem ust.3 , zgodnie z harmonogramem pracy złożonym w ofercie, załącznik nr 1 niniejszej umowy .

3. **Udzielający Zamówienie** udostępnia **Przyjmującemu Zamówienie** na potrzeby realizacji umowy sprzęt wymieniony w załączniku nr 5 do umowy. Transport sprzętu i wszelkie koszty związane z jego eksploatacją obciążają **Przyjmującego Zamówienie**.

4. Termin realizacji: od dnia podpisania umowy – 11.12.2020 r.

5. **Udzielający zamówienia** zastrzega sobie możliwość przesunięć pomiędzy poszczególnymi rodzajami świadczeń do 50 % z zachowaniem warunków określonych w ofercie złożonej w konkursie, zmniejszenia lub zwiększenia ilości świadczeń na powyższych zasadach.

§ 2

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:

- a. prowadzenia czynności organizacyjnych dotyczących realizacji zadań w zakresie diagnostyki specjalistycznej kobiet z Programu oraz bieżący nadzór nad tymi czynnościami
- b. prowadzenia rejestracji kobiet na konsultacje specjalistyczne do lekarza onkologa
- c. prowadzenia konsultacji przez lekarza chirurga onkologa/chirurga
- d. prowadzenia konsultacji lekarzy genetyków
- e. udzielania wsparcia psychologicznego
- f. prowadzenia czynności pielęgnarskich
- g. wykonywania badań mammograficznych
- h. wykonywania badań ultrasonograficznych piersi
- i. prowadzenia obsługi informatycznej części diagnostycznej Programu

2. Przyjmujący Zamówienie realizuje przedmiot umowy z należytą starannością przy wykorzystaniu wiedzy i umiejętności, z uwzględnieniem postępu w dziedzinie medycyny, z zachowaniem obowiązków określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz zawartych w niniejszej umowie.

§ 3

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do kontynuowania ubezpieczenia, przez cały okres obowiązywania umowy

§ 4

1. Udzielający Zamówienie zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wrywkowej kontroli sposobu i terminów wykonania umowy bez konieczności wcześniejszego zawiadomienia **Przyjmującego Zamówienie** w godzinach, w których powinny być realizowane prace objęte niniejszą umową.

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się umożliwić kontrolę Udzielającemu Zamówienie w zakresie: używanego sprzętu, aparatury medycznej i innych środków, jakości, liczby i zakresu wykonywanych zadań, prowadzonej dokumentacji.

3. Udzielający Zamówienie udziela zaleceń w zakresie przeprowadzonej kontroli.

4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych.

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia wymaganej przepisami sprawozdawczości statystycznej.

§ 5

1. Całkowity koszt przedmiotu umowy określonego w § 1 ust. 1 wynosi:**zł** (brutto) (słownie:złotych), zgodnie z kosztorysem

stanowiącym załącznik nr 4 do niniejszej umowy. Jeżeli koszty faktycznie poniesione przez **Przyjmującego Zamówienie** będą niższe od kosztów określonych zgodnie z zdaniem pierwszym, co zostanie wykazane w sprawozdaniu o którym mowa w ust. 5, całkowity koszt przedmiotu zostaje obniżony do wysokości wykazanej w sprawozdaniu.

2. Wynagrodzenie będzie płatne co miesiąc, w wysokości zgodnej z cenami określonymi w ofercie **Przyjmującego Zamówienie** oraz ilością faktycznie zrealizowanych świadczeń/nabytych rzeczy/usług, w terminie 14 dni po przedłożeniu prawidłowego pisemnego częściowego sprawozdania z realizacji przedmiotu umowy, zaakceptowanego przez osobę upoważnioną do odbioru prac ze strony **Udzielającego Zamówienie**, otrzymaniu faktury oraz otrzymaniu środków z Gminy Wrocław na ten cel.

3. Realizacja zadań w trakcie trwania umowy odbywa się w następujących terminach:

Rok 2019: od dnia podpisania umowy do 20.12.2019

Rok 2020: od 02.01.2020 do 11.12.2020

4. Faktura wraz ze sprawozdaniem powinna być składana do każdego 14 dnia miesiąca, za zadania realizowane w miesiącu poprzednim, z wyjątkiem grudnia 2019 oraz grudnia 2020, w których dokumenty muszą być złożone odpowiednio w terminie nie przekraczającym 27.12.2019 oraz 18.12.2020.

5. Przedłożenie sprawozdania i rachunku po dacie, o której mowa w ust.4 oznacza zrzeczenie się przez **Przyjmującego Zamówienie** roszczenia o wynagrodzenie za objęty nimi okres.

6. Wzór sprawozdania częściowego określa załącznik nr 2 do umowy, natomiast załącznik nr 3 jest wzorem sprawozdania ewaluacyjnego za lata 2019-2020, które należy złożyć do 22.12.2020.

7. **Udzielający Zamówienie** ma prawo do kontroli realizacji zamówienia oraz prawidłowości przedstawionych w sprawozdaniach kosztów. W tym celu **Udzielający Zamówienie** ma prawo wstępu do pomieszczeń w których są realizowane świadczenia, za 3 dniowym uprzedzeniem **Przyjmującego Zamówienie**, wglądu do dokumentacji medycznej i finansowej dotyczącej realizacji umowy oraz żądania informacji i wyjaśnień od **Przyjmującego Zamówienie**.

8. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązuje się do bezzwłocznego udzielania informacji i wyjaśnień a także udostępniania dokumentacji związanej z realizacją umowy w przypadku kontroli realizacji zadania prowadzonej przez uprawnione organy w **Udzielającego Zamówienia**.

9. Zleceniobiorca przyjmuje do wiadomości, że środki finansowe na realizację Programu, którego zadania realizowane są w ramach niniejszej umowy, przekazuje Zleceniodawcy w ramach umowy dotacyjnej Gmina Wrocław, zwana dalej **Dotującym**. W związku z powyższym **Dotujący** ma prawo do bezpośredniej kontroli **Przyjmującego Zamówienie**, w zakresie prawidłowości wydatkowania otrzymanych na realizację środków. **Dotujący** ma prawo badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mogą mieć znaczenie przy ocenie prawidłowości realizacji Programu. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązany jest udzielić wszelkich wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez **Dotującego**. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązany jest w terminie nie dłuższym niż 14 dni od otrzymania wniosków i zaleceń do ich wykonania i powiadomienia na piśmie **Dotującego** o sposobie ich wykonania.

10. Kontrola może być przeprowadzona przez cały okres realizacji zadań Programu oraz po jego zakończeniu przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym Przyjmujący Zamówienie realizował zadania Programu.

11. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przed dokonaniem zakupu jakichkolwiek środków, materiałów i innych niezbędnych rzeczy wynikających z realizacji zadania, w ramach środków przyznanych w umowie, każdorazowo uzyskać na piśmie lub meilem zgodę koordynatora zadania ze strony WCZ SP ZOZ.

12. Dotujący prowadzi bieżącą weryfikację prawidłowości, rzetelności i gospodarności działań podejmowanych przez Przyjmującego Zamówienie.

13. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest złożyć do dnia 29.11.2019 zaktualizowaną ofertę, dotyczącą realizacji zadania w roku 2020. Ceny jednostkowe nie mogą ulec zmianie.

§ 6

1. Wypłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto Przyjmującego Zamówienie.

.....

2. Za datę płatności uznaje się datę obciążenia rachunku bankowego Udzielającego Zamówienie.

§ 7

1. W przypadku nieterminowego wykonania umowy lub niezgodnego z zawartymi ustaleniami Udzielający Zamówienie może odpowiednio do sytuacji :

a) wstrzymać wypłatę wynagrodzenia do czasu wykonania prac lub usunięcia wad

b) rozwiązać w trybie natychmiastowym

2. W przypadku wykonania przedmiotu umowy niezgodnie z zawartymi w umowie ustaleniami Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienie karę umowną w wysokości do 10% wynagrodzenia o którym mowa w § 5 za każdą stwierdzoną niezgodność.

3. Jeżeli szkoda przewyższa wysokość kary umownej, stronie uprawnionej przysługuje roszczenie o zapłatę odszkodowania uzupełniającego do wysokości szkody.

4. **Przyjmujący Zamówienie** wyraża zgodę na potrącenia kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia.

§ 8

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń.

2. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo pacjentów.

3. Odpowiedzialność względem pacjentów określają przepisy ustawy o działalności leczniczej.

4. Strony oświadczają, że podczas współpracy, Przyjmujący Zamówienie może mieć dostęp i mogą być mu powierzane informacje o charakterze poufnym, tajemnice przedsiębiorstwa, związane z działalnością WCZ SPZOZ i pacjentów. Obejmuje to w szczególności informacje i tajemnice związane z treścią współpracy, wszelkimi informacjami związanymi ze współpracą oraz wszelkie informacje związane z wykonaniem współpracy, niezależnie od formy uzyskania, nośnika i źródła tych informacji;

modelem świadczenia usług; strategią marketingową, rozwojem i planami przedsiębiorstwa i innymi podobnymi dokumentami; procedurami operacyjnymi, sprawozdaniami, zwyczajami firmowymi, informacjami technicznymi i know-how związanymi z działalnością gospodarczą W CZ SPZOZ, które nie są podane do wiadomości publicznej, sprzedażą, polityką cenową i rabatową, informacjami, które nie są podane do wiadomości publicznej, powierzonymi jej informacjami poufnymi dotyczącymi podmiotów trzecich, zwane dalej "Informacjami"

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się nie ujawniać informacji, nie przekazywać osobom trzecim oraz nie wykorzystywać w celu innym niż wykonanie współpracy w trakcie jej trwania, a także bezterminowo po jej rozwiązaniu (za wyjątkiem uprzedniej pisemnej zgody W CZ SPZOZ oraz sytuacji związanych z wymogami prawa) jak również bez ograniczeń przestrzennych – na terenie wszystkich państw.

6. Administratorem danych osobowych części diagnostycznej Programu, w tym zawartych w dokumentacji medycznej jest Przyjmujący Zamówienie.

§ 9

1. Przyjmujący Zamówienie prowadzi, udostępnia i przechowuje dokumentację medyczną, a także zapewnia we własnym imieniu i na własny rachunek ochronę danych zawartych w tej dokumentacji, w sposób określony m.in. w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest uzyskać zgodę pacjentów na udostępnienie dokumentacji medycznej o której mowa w ust. 1 Udzielającemu Zamówienie.

3. Przyjmujący Zamówienie prowadzi elektroniczny rejestr części diagnostycznej Programu, zawierający następujące informacje:

a) Dane identyfikacyjne kobiety zgodnie z Kartą Konsultacji Lekarskiej

b) Liczbę kobiet, które zgłosiły się na konsultacje onkologiczne, w przedziale wiekowym

- 18-25

- 26-30

- 31-35

- 36-40

- 41-45

- 46-50

- 51-55

- 56-60

- 61-65

- 66-69

- 70 lat i więcej

c) Ilość wykonanych konsultacji onkologicznych

d) Ilość wykonanych konsultacji genetycznych z podziałem na pierwszorazowe i kolejne

e) Liczbę kobiet, które odmówiły konsultacji genetycznych

f) Ilość wykonanych konsultacji psychologicznych z podziałem na pierwszorazowe i kolejne

g) Liczbę kobiet, które odmówiły konsultacji psychologicznej

h) Ilość wykonanych badań diagnostycznych z podziałem na:

- pełna mammografia

- mammografia 1 zdjęcie

- mammografia 2 zdjęcia

- ultrasonografia piersi

i) Liczbę kobiet, które odmówiły wykonania badań diagnostycznych:

- pełna mammografia

- mammografia 1 zdjęcie

- mammografia 2 zdjęcia

- ultrasonografia piersi

j) Liczbę kobiet, którym ze względów medycznych lekarz z programu zalecił wykonanie kontrolnego

badania diagnostycznego w wyznaczonym terminie, szczególnie w przypadku:

- BI-RADS 1
- BI-RADS 2
- BI-RADS 3
- BI-RADS 4
- BI-RADS 5

k) Wyniki badań diagnostycznych z podziałem na :

- nowotwór przedinwazyjny (według stopni: I-IV)
- zmiana podejrzana
- mikrozwapnienie
- brak zmian

l) Liczbę kobiet skierowanych do leczenia szpitalnego.

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest zrealizować wszelkie obowiązki wynikające z przepisów prawa związane z prowadzeniem rejestru, o którym mowa w ust. 3 i przetwarzaniem w nim danych, jak również przekazaniem danych Udzielającemu Zamówienie.

6. Po zakończeniu realizacji zadań Programu w latach 2019-2020, Przyjmujący Zamówienie prześle Udzielającemu Zamówienie pseudonimizowane dane dotyczące uczestniczek Programu w sposób, który umożliwi podmiotowi realizującemu Program w latach 2021-2022, co najmniej potwierdzenie uczestnictwa lub potwierdzenie braku uczestnictwa osób zainteresowanych udziałem w nim.

Termin, do którego Przyjmujący Zamówienie będzie zobowiązany przekazać dane dotyczące uczestniczek Programu w latach 2019-2020, zostanie określony w wezwaniu do ich przekazania.

7. Pseudonimizacja danych rozumiana jest zgodnie z przepisem art. 4 pkt 5 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz.U.UE.L. z 2016 r. Nr 119 str.1).

8. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przechowywania pozostałej dokumentacji związanej z realizacją zadań Programu przez 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym Przyjmujący Zamówienie realizował Program.

9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przygotowania w formie elektronicznej danych statystycznych z ankiet satysfakcji kobiet, uczestniczek części diagnostycznej Programu wraz z ich opracowaniem, za poszczególne okresy:

- styczeń 2019 - marzec 2019 do dnia 8 kwietnia 2019
- styczeń 2019 – maj 2019 do dnia 7 czerwca 2019
- styczeń 2019 – sierpień 2019 do dnia 6 września 2019
- styczeń 2019 – październik 2019 do dnia 8 listopada 2019
- styczeń 2019 – grudzień 2019 do dnia 20 grudnia 2019
- styczeń 2020 - marzec 2020 do dnia 10 kwietnia 2020
- styczeń 2020 – maj 2020 do dnia 10 czerwca 2020
- styczeń 2020 – sierpień 2020 do dnia 10 września 2020
- styczeń 2020 – październik 2020 do dnia 10 listopada 2020
- styczeń 2020 – grudzień 2020 do dnia 18 grudnia 2019
- styczeń 2019 – grudzień 2020 do dnia 23 grudnia 2020

§ 10

1. Umowa ulega rozwiązaniu:

- 1) z upływem czasu, na który była zawarta;

2) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia;

3) wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

2. Udzielający Zamówienie może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku gdy Przyjmujący Zamówienie przestanie spełniać warunki udziału w postępowaniu konkursowym, a w szczególności:

- zostanie wykreślony z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- nie będzie posiadał personelu wymaganego w postępowaniu konkursowym;
- nie będzie posiadał umowy z DOW NFZ na realizację produktu PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI – ETAP PODSTAWOWY – W PRACOWNI STACJONARNEJ.

§ 11

Wszelkie zmiany lub uzupełnienia umowy wymagają zachowania formy pisemnej w postaci aneksu do umowy podpisanego przez obie strony pod rygorem nieważności.

§ 12

W sprawach nie uregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego i ustawy o działalności leczniczej.

§ 13

Spory mogące wyniknąć w związku z realizacją umowy strony zobowiązują się rozwiązać polubownie na drodze negocjacji. W razie braku porozumienia spory będzie rozstrzygał sąd właściwy dla miejsca siedziby Udzielającego Zamówienie.

§ 14

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach: jeden dla **Przyjmującego Zamówienie**, jeden dla **Udzielającego Zamówienie**.

Zleceniobiorca

Zleceniodawca

.....

.....

Załącznik nr 2 do umowy

Sprawozdanie częściowe

I. Informacje o realizatorze

1. Nazwa jednostki realizującej zadanie:

.....

2. Adres:

telefon kontaktowy:

3. Koordynator programu lub osoba odpowiedzialna za realizację:

.....

4. Data zawarcia umowy: nr umowy:

II. Informacje o zadaniu:

1. Tytuł zadania:

.....

2. Czas realizacji zadania: od do

3. Opis działań prowadzonych w zakresie nadzoru organizacyjnego

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Liczbowe określenie skali działań

I. Liczba kobiet, które zgłosiły się na konsultacje onkologiczne, w przedziale wiekowym:

Przedział wiekowy	Liczba
18-25 lat	
26-30 lat	
31-35 lat	
36-40 lat	
41-45 lat	
46-50 lat	
51-55 lat	
56-60 lat	
61-65 lat	
66-69 lat	
70 lat i więcej	

II. Dane statystyczne:

Ilość wykonanych konsultacji onkologicznych	Wizyty pierwszorazowe	
	Wizyty kolejne	
Ilość wykonanych konsultacji genetycznych	Wizyty pierwszorazowe	
	Wizyty kolejne	
Ilość wykonanych konsultacji psychologicznych	Wizyty pierwszorazowe	
	Wizyty kolejne	
Ilość wykonanych badań diagnostycznych z podziałem na:	Badanie ultrasonograficzne	
	Badanie mammograficzne pełne	
	Badanie mammograficzne 1-zdjęcie	
	Badanie mammograficzne 2-zdjęcia	
Liczba kobiet, które nie wyraziły zgody na:	Badanie ultrasonograficzne	
	Badanie mammograficzne pełne	
	Badanie mammograficzne 1-zdjęcie	
	Badanie mammograficzne 2-zdjęcia	
	Konsultację psychologiczną	

	Konsultację u lekarza genetyka	
Liczba kobiet, którym ze względów medycznych lekarz z Programu zlecił wykonanie kontrolnego badania diagnostycznego w wyznaczonym terminie, szczególnie w przypadku	BI-RADS 1	
	BI-RADS 2	
	BI-RADS 3	
	BI-RADS 4	
	BI-RADS 5	
Wyniki badań diagnostycznych z podziałem na:	Nowotwór przedinwazyjny (według stopni I-IV)	
	Zmiana podejrzana	
	Mikrozwapnienie	
	Brak zmian	
Liczba kobiet skierowanych do leczenia szpitalnego		

III. Rozliczenie finansowe zadania:

1. Ogólny koszt realizacji zadania:

2. Termin rozliczenia transzy:, na kwotę:

3. Koszty osobowe realizatorów zadań:

Lp.	Rodzaj zadania	Imię i nazwisko realizatora zadań	Daty wykonywanych zadań	Łączna liczba wypracowanych godzin	Stawka/godz.	Koszt ogólny
1.
2.
3.

Ogółem:

4. Koszty badań diagnostycznych:

Lp.	Nazwa badania	Liczba badań	Koszt jednostkowy badania	Koszt ogólny
1.
2.
3.

Ogółem:

5. Pozostałe koszty:

Lp.	Nazwa wydatku	Koszt ogólny
1.
2.
3.

Ogółem:

6. Załączniki: wykaz wykonywanych badań diagnostycznych

.....
podpis Dyrektora/ Kierownika

Załącznik nr 3 do umowy

Sprawozdanie ewaluacyjne za lata 2019-2020

I. Informacje o realizatorze

1. Nazwa jednostki realizującej zadanie:

.....

2. Adres:

telefon kontaktowy:

3. Koordynator programu lub osoba odpowiedzialna za realizację:

.....

4. Data zawarcia umowy: nr umowy:

II. Informacje o zadaniu:

1. Tytuł zadania:

.....

2. Czas realizacji zadania: od do

3. Liczbowe określenie skali działań

I. Liczba kobiet, które zgłosiły się na konsultacje onkologiczne, w przedziale wiekowym:

Przedział wiekowy	Liczba
18-25 lat	
26-30 lat	
31-35 lat	
36-40 lat	
41-45 lat	
46-50 lat	
51-55 lat	
56-60 lat	
61-65 lat	
66-69 lat	
70 lat i więcej	

II. Dane statystyczne:

Ilość wykonanych konsultacji onkologicznych	Wizyty pierwszorazowe	
	Wizyty kolejne	

Ilość wykonanych konsultacji genetycznych	Wizyty pierwszorazowe	
	Wizyty kolejne	
Ilość wykonanych konsultacji psychologicznych	Wizyty pierwszorazowe	
	Wizyty kolejne	
Ilość wykonanych badań diagnostycznych z podziałem na:	Badanie ultrasonograficzne	
	Badanie mammograficzne pełne	
	Badanie mammograficzne 1-zdjęcie	
	Badanie mammograficzne 2-zdjęcia	
Liczba kobiet, które nie wyraziły zgody na:	Badanie ultrasonograficzne	
	Badanie mammograficzne pełne	
	Badanie mammograficzne 1-zdjęcie	
	Badanie mammograficzne 2-zdjęcia	
	Konsultację psychologiczną	
	Konsultację u lekarza genetyka	
Liczba kobiet, którym ze względów medycznych lekarz z Programu zlecił wykonanie kontrolnego badania diagnostycznego w wyznaczonym terminie, szczególnie w przypadku	BI-RADS 1	
	BI-RADS 2	
	BI-RADS 3	
	BI-RADS 4	
	BI-RADS 5	
Wyniki badań diagnostycznych z podziałem na:	Nowotwór przedinwazyjny (według stopni I-IV)	
	Zmiana podejrzana	
	Mikrozwapnienie	
	Brak zmian	
Liczba kobiet skierowanych do leczenia szpitalnego		

III. Rozliczenie finansowe zadania:

1. Ogólny koszt realizacji zadania:
2. Termin rozliczenia transzy:, na kwotę:
3. Koszty osobowe realizatorów zadań:

Lp.	Rodzaj zadania	Imię i nazwisko realizatora zadań	Łączna liczba wypracowanych godzin	Stawka/godz.	Koszt ogólny
1.
2.
3.

Ogółem:

4. Koszty badań diagnostycznych:

Lp.	Nazwa badania	Liczba badań	Koszt jednostkowy badania	Koszt ogólny
1.
2.
3.

Ogółem:

5. Pozostałe koszty:

Lp.	Nazwa wydatku	Koszt ogólny
1.
2.
3.

Ogółem:

.....
podpis Dyrektora/ Kierownika

Załącznik nr 4 do umowy

Rok 2019

Koszty osobowe

Lp.	Rodzaj zadania	Koszt jednostkowy godziny (brutto)	Liczba godzin	Koszt ogólny	Uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
	RAZEM				

Koszty badań diagnostycznych

Lp.	Rodzaj badania	Koszt jednostkowy (brutto)	Ilość	Koszt ogólny	Uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
	RAZEM				

Pozostałe koszty

Lp.	Rodzaj/nazwa/towaru/usługi	Koszt jednostkowy (brutto)	Ilość	Koszt ogólny	Uwagi
1					
2					
	RAZEM				

Podpis Dyrektora/Kierownika

Rok 2020

Koszty osobowe

Lp.	Rodzaj zadania	Koszt jednostkowy godziny (brutto)	Liczba godzin	Koszt ogólny	Uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
RAZEM					

Koszty badań diagnostycznych

Lp.	Rodzaj badania	Koszt jednostkowy (brutto)	Ilość	Koszt ogólny	Uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
RAZEM					

Pozostałe koszty

Lp.	Rodzaj/nazwa/towaru/usługi	Koszt jednostkowy (brutto)	Ilość	Koszt ogólny	Uwagi
1					
2					
RAZEM					

Podpis Dyrektora/Kierownika

.....

Lata 2019-2020

Koszty osobowe

Lp.	Rodzaj zadania	Koszt jednostkowy godziny (brutto)	Liczba godzin	Koszt ogólny	Uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
	RAZEM				

Koszty badań diagnostycznych

Lp.	Rodzaj badania	Koszt jednostkowy (brutto)	Ilość	Koszt ogólny	Uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
	RAZEM				

Pozostałe koszty

Lp.	Rodzaj/nazwa/towaru/usługi	Koszt jednostkowy (brutto)	Ilość	Koszt ogólny	Uwagi
1					
2					
	RAZEM				

Podpis Dyrektora/Kierownika

Załącznik nr 5

.....

Wykaz sprzętu

1. Biurko drewniane
2. Kontener
3. Fotel obrotowy x 2
4. Szafa biurowa
5. Stolik okolicznościowy
6. Wieszak stojący x 2
7. Szafa kartoteczna x 6
8. Kalkulator
9. Komputer
10. Wentylator
11. Aparat Ambu
12. Negatoskop
13. Telefon