Załącznik nr 3
do regulaminu udzielania zamówień publicznych
o wartości nieprzekraczającej 30 000 euro netto

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

ul. Podróżnicza 26/28,
53-208 Wrocław
tel. 71 363 12 23
REGON 000313331
NIP 894-24-60-800

Znak sprawy: DPZ.42.8.1.2020.2.BJÓ

ZAPYTANIE OFERTOWE

Zapraszamy do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na:

Prowadzenie dla osób zagrożonych i chorych na cukrzycę ich rodzin/opiekunów indywidualnej edukacji zdrowotnej w stanach zagrożenia cukrzycą, występowania cukrzycy i jej powikłań ze szczególnym uwzględnieniem nauki samokontroli poziomu cukru, umiejętność podawania insuliny , samoobserwacji .
Zadanie finansowane będzie ze środków finansowych pochodzących z budżetu Miasta Wrocławia w ramach umowy dotacyjnej P/WCZ/1/2020, dotyczy zamówienia poniżej 30.000 Euro

1. **Zamawiający:**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

ul. Podróżnicza 26/28,

53-208 Wrocław

Zatwierdził:

Dyrektor

Wojciech Skiba

Wrocław, dnia 16.01.2020

2.Opis przedmiotu zamówienia oraz zakres zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest:
Prowadzenie dla osób zagrożonych i chorych na cukrzycę ich rodzin/opiekunów indywidualnej edukacji zdrowotnej w stanach zagrożenia cukrzycą, występowania cukrzycy i jej powikłań ze szczególnym uwzględnieniem nauki samokontroli poziomu cukru, umiejętność podawania insuliny , samoobserwacji .

Klasyfikacja zamówienia wg CPV: 85140000-2

Zakres zadań:

● Zorganizowanie na terenie Podmiotu Medycznego Punktu Edukacji Cukrzycowej dla osób zagrożonych i chorych na cukrzycę ich rodzin/opiekunów,

● Prowadzenie naboru i kwalifikacja pacjentów z cukrzycą i zaburzeniami metabolicznymi do edukacji,

● Prowadzenie edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki cukrzycy.

● Prowadzenie i dokumentowanie pomiarów: ciśnienie tętniczego krwi, wagi ciała, wzrostu, wskaźników BMI,

● Prowadzenie dokumentacji z działalności edukacyjnej w punkcie:

- ewidencja przyjęć według ustalonego wzoru,
- prowadzenie dokumentacji według przyjętego wzoru,

● Ponoszenie odpowiedzialności za sprzęt i materiały stanowiące wyposażenie Punktu Edukacyjnego,

● Informowanie pacjentów o innych działaniach prowadzonych w ramach programu: szkoleniach, poradach dietetycznych,

● Sporządzanie okresowych sprawozdań oraz list osób, którym udzielono porad edukacyjnych,

● Obowiązkowy udział w szkoleniach dotyczących realizacji zadania.

● Spełnianie obowiązków informacyjnych wynikających z RODO, w zakresie informacji o przekazywaniu listy uczestników do Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ oraz o przechowywaniu dokumentów przez Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ w okresie 5 lat, licząc od początku następującego po roku, w którym Wykonawca realizował zadanie.

● Powiadamianie koordynatora programu o zaistniałych trudnościach w realizacji zadań programowych.

Warunki jakie musi spełniać Zleceniobiorca:

● pielęgniarka z ukończonymi szkoleniami w zakresie edukacji diabetologicznej lub

● pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub

● pielęgniarka edukator diabetologiczny

oraz

● minimum 3-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami chorymi na cukrzycę

● aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o możliwości wykonywania świadczeń deklarowanych do realizacji zadań objętych zapytaniem ofertowym lub podpisane oświadczenie o posiadaniu aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o możliwości wykonywania świadczeń deklarowanych do realizacji zadań objętych zapytaniem ofertowym

● zaświadczenie o przeszkoleniu BHP (dotyczy Realizatorów ubiegających się o udzielanie edukacji zdrowotnej na terenie Placówek Wrocławskiego Centrum Zdrowia)

● podpisane przez Dyrekcję Placówki oświadczenie o nieodpłatnym udostępnieniu pomieszczenia na zorganizowanie Punktu Edukacyjnego

Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie kierował się przy wyborze oferty wraz z podaniem znaczenia kryteriów i sposobu oceny ofert oraz opis sposobu obliczania ceny.

Cena

Zamawiający dokona wyboru najkorzystniejszej oferty spośród ofert spełniających wymagane warunki, przy zastosowaniu powyższych kryteriów

Termin i miejsce realizacji zamówienia.

Od 10 lutego 2020 do 30 listopada 2020 – 1 dzień w tygodniu przez 2 godziny

Placówki Medyczne na terenie Miasta Wrocławia.

Termin realizacji zlecenia może ulec wydłużeniu według zapotrzebowania zgłaszanego przez WCZ SPZOZ. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zwiększenia ilości godzin pracy realizatorów do 50% wartości umowy z zachowaniem warunków określonych w złożonej ofercie .

3. Rozstrzygnięcie postępowania i zlecenie realizacji zamówienia:

Wybór najkorzystniejszych ofert zostanie dokonany niezwłocznie.

Po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Oferentów, którzy złożyli oferty o wyborze najkorzystniejszej ofert, podając nazwę i adres Oferentów, których oferty wybrano.

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zostanie zawarta umowa z Oferentami. W przypadku odmowy wykonania umowy przez wyłonionego Oferenta, dopuszcza się możliwość zawarcia przez Zamawiającego umowy z oferentem, którego oferta została porównana i oceniona jako kolejna najbardziej korzystna. Dopuszcza się możliwość wyboru więcej niż jednego Realizatora.

Zamawiający ma prawo do wezwań o wyjaśnienia zaoferowanej ceny oraz zamknięcia postępowania bez podawania przyczyny i wybrania którejkolwiek z ofert.

4. Sposób przygotowania ofert, miejsce i termin ich składania:

Oferty proszę zgłaszać osobiście lub listownie w formie pisemnej na druku formularza ofertowego do Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław lub przesłać na adres bjozefowicz@spzoz.wroc.pl **.**

Oferty przyjmowane są do 31stycznia 2020 roku (piątek) do godziny 14.30

5. Opis warunków udziału w postępowaniu:

Zamawiający wymaga w stosunku do Wykonawców przedstawienia w ofercie:

- wypełnionego formularza ofertowego,

Oferta musi być podpisana przez Wykonawcę /uprawnionych do reprezentacji przedstawicieli Wykonawców wymienionych w rejestrze firmy lub działających na podstawie pełnomocnictwa.

Termin związania z ofertą: 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Wykonawca składający ofertę, niezależnie od wyniku postępowania.

6. Sposób prowadzenia korespondencji w sprawie niniejszego zamówienia:

pisemnie na adres: **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ**

ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław

a) e-mailem: bjozefowicz@spzoz.wroc.pl

b) osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami: Beata Józefowicz, tel. 71 335-29-69

7.Warunki płatności za przedmiot zamówienia: określone w umowie.

Załączniki do zapytania ofertowego:

-formularz ofertowy

- podpisane przez Dyrekcję Placówki Medycznej Oświadczenie o nieodpłatnym udostępnieniu pomieszczeń do celów prowadzenia edukacji zdrowotnej.

- Oświadczenie o posiadaniu aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o możliwości wykonywania świadczeń deklarowanych do realizacji zadań objętych zapytaniem ofertowym oraz aktualne wymagane szkolenia BHP

-wzór umowy

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ **tel. 71/335-29-69/60**
Ul. Podróżnicza 26/28 **tel./fax 71/335-29-68**
53-208 Wrocław

FORMULARZ OFERTOWY

1. Realizacja zlecenia:

……

……

2. Imię i nazwisko / nazwa składającego ofertę:

.....

.....

3. Adres: .....

miejscowość *kod pocztowy*

.....

ulica i numer lokalu

....

telefon *e-mail*

4. PESEL: .....

5. NIP: ..... (dla osób prowadzących działalność gospodarczą)

6. Regon: ..... (dla osób prowadzących działalność gospodarczą)

7. Dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe:

.....

.....

8. Dotychczasowa praca w charakterze odpowiadającym przedmiotowi oferty:

.....

9. Nazwa i adres Placówki Medycznej ……..

Harmonogram pracy :

l.p.	Dzień tygodnia	Godziny prowadzenia edukacji zdrowotnej	liczba godzin pomniejszona o przerwę urlopową

1.	……	od …… do ……..	……..

● Oferent oferuje możliwość prowadzenia edukacji zdrowotnej np. w trakcie pikników, festynów itp. w soboty/niedziele lub inne dni tygodnia według zapotrzebowania zgłoszonego przez WCZ SPZOZ za …… ….zł

(wpisać stawkę za godzinę)

● Oferent wyraża zgodę zgodnie z potrzebami Zamawiającego na zwiększenie ilości godzin prowadzenia edukacji zdrowotnej o nie więcej niż 50% z proporcjonalnym zwiększeniem wartości umowy według zaoferowanej stawki .

Tak / Nie
(zaznaczyć właściwe)

10. Oferowana kwota brutto w złotych polskich za jedną godzinę świadczenia usług:

…… zł brutto , słownie: …….. zł brutto

11. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy wyborze oferty:

……

……..

12. Informacja o RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO", informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest**:** Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ z siedzibą przy ul. Podróżniczej 26/28, 53-208 Wrocław, którego przedstawicielem jest Dyrektor
- Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować pod adresem e-mail: iod@spzoz.wroc.pl, tel.71 391 17 53
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia.
- informacja o wyniku postępowania zostanie udostępniona na stronie internetowej www.spzoz.wroc.pl
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia,
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem udziału w zapytaniu ofertowym
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **;
  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO ***;
  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje Pani/Panu:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;

- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

** ***Wyjaśnienie:*** *skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia ani zmianą postanowień umowy oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.*
*** ***Wyjaśnienie:*** *prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania zgodnie z Rozporządzeniem 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 danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych.
Zapoznałem się z projektem umowy i nie wnoszę do niego żadnych zmian.

..... ……

data podpis/pieczątka Oferenta

Pieczątka Placówki Medycznej Wrocław dn. ……

.....
Adres Punktu Edukacji Cukrzycowej

.....
Telefon

Sz. Pan
Wojciech Skiba
Dyrektor Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ
ul. Podróżnicza 26/28
53-208 Wrocław

Uprzejmie informuję, że w okresie od ……. do ……..

w .....
(nazwa Placówki Medycznej)
czynny będzie Punkt Edukacyjny dla chorych na cukrzycę i z zaburzeniami metabolicznymi w następujących dniach i godzinach:
.....

Edukację zdrowotną w Punkcie Edukacyjnym prowadzić będzie:……
(imię i nazwisko pielęgniarki)

Planowana liczba godzin edukacyjnych w roku 2020r wynosić będzie …….. godz.
Placówka zobowiązuje się do nieodpłatnego udostępnienia pomieszczenia dla Punktu Edukacyjnego.
Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ zapewnia nieodpłatnie materiały informacyjno-edukacyjne. Wyżej wymieniony personel medyczny wykonuje pracę poza godzinami pracy zawodowej, odpłatnie na podstawie odrębnych umów cywilno-prawnych zawartych z Wrocławskim Centrum Zdrowia SP ZOZ . Koszty pracy w/w personelu medycznego finansowane będą ze środków Gminy Wrocław w ramach umowy dotacyjnej P/WCZ/1/2020

……..
Podpis Dyrektora Placówki Medycznej

Wrocławskie Centrum Zdrowia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Podróżnicza 26-28
53-208 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a)
……

urodzony(a) …….…… w ……..…….

wykonujący(a) usługi na innej podstawie niż stosunek pracy we Wrocławskim Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Podróżnicza 26-28, 53-208 Wrocław oświadczam, że posiadam aktualne obowiązujące dla mojego stanowiska zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do zatrudnienia oraz aktualne wymagane szkolenia BHP.

Jednocześnie zobowiązuję się przedstawić wspomniane zaświadczenia na każde żądanie.

.....
data i podpis Realizatora

Umowa .....

zawarta w dniu ……. *r.* we Wrocławiu, w siedzibie Wrocławskiego Centrum Zdrowia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej pomiędzy niżej wymienionymi stronami:

I. Wrocławskim Centrum Zdrowia Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu ul. Podróżnicza 26/28,53-208 Wrocław, NIP 894-24-60-800, Regon 000313331, Sąd Rejonowy Dla Wrocławia – Fabrycznej VI Wydział Gosp. KRS 0000062603 reprezentowanym przez :

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

zwanym w dalszej treści umowy ***Zleceniodawcą*** a:

II. Imię i nazwisko/Nazwa: ……..

Adres: ……

Pesel: ……. NIP: …….., REGON: …….

zwanym w dalszej treści umowy ***Zleceniobiorcą .***

Na podst. art.27 ustawy o działalności leczniczej.

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest:

Prowadzenie dla osób zagrożonych i chorych na cukrzycę ich rodzin/opiekunów indywidualnej edukacji zdrowotnej w stanach zagrożenia cukrzycą, występowania cukrzycy i jej powikłań ze szczególnym uwzględnieniem nauki samokontroli poziomu cukru, umiejętność podawania insuliny , samoobserwacji .

Szczegółowy zakres zadań objętych umową określa załącznik nr 1 niniejszej umowy.

2. Wykonanie przedmiotowej umowy odbędzie się w następującym miejscu:

……

§ 2

1. **Zleceniobiorca** oświadcza, że posiada udokumentowane kwalifikacje do wykonania przedmiotu umowy.
2. **Zleceniobiorca** oświadcza, że samodzielnie rozlicza się z Zus-em i urzędem Skarbowym (dotyczy tylko działalności gospodarczej).

§ 3

Zleceniobiorca zobowiązuje się do:

1. wykonania prac wymienionych w § 1 niniejszej umowy w następującym terminie:

od …….. do ……...w dniu: …… w godz. od ……. do …….

Termin realizacji zlecenia może ulec zmianie według zapotrzebowania zgłaszanego przez Zleceniodawcę lub na prośbę Zleceniobiorcy.

2. wykonać przedmiot umowy w czasie poza godzinami pracy wynikającymi ze stosunku pracy,

3. wykonać przedmiot umowy w sposób rzetelny, w oparciu o obowiązująca metodologię programu, zgodnie z zakresem obowiązków,

4. zapewnienia dostępności do zajęć wg ustalonego harmonogramu,
5. prowadzenia dokumentacji programu i sprawozdawczości , archiwizowania jej oraz opracowania okresowych sprawozdań merytoryczno-finansowych do rachunku na przygotowanych przez Zleceniobiorcę drukach (załączniki nr 2,3,4 do umowy) w ciągu 10 dni od zakończenia okresu sprawozdawczego. Okresami sprawozdawczymi są okresy miesiąca kalendarzowego,
6. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania:
a) ustawy o ochronie danych osobowych,
b) kodeksu etyki zawodowej,
c) obowiązujących przepisów oraz zarządzeń i regulaminów Dyrektora Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ.
7. Zleceniobiorca we własnym zakresie i na własny koszt zabezpieczy:
a) posiadania aktualnych szkoleń z zakresu bhp (dotyczy Realizatorów wykonujących przedmiot umowy na terenie Placówek Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ.
b) posiadania aktualnych badań profilaktycznych,

§ 4

1 . Za wykonanie przedmiotu umowy Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie wynikające z iloczynu ilości godzin świadczenia usług i stawki za jedną godzinę w wysokości ……zł, ale nie więcej niż łącznie …… ……zł (brutto) za …… ……godzin (słownie: …… złoty), wyłącznie za godziny udzielania usług.
Strony dopuszczają możliwość świadczenia usług w ramach niniejszej umowy przez mniejszą ilości godzin niż planowana, jeżeli będzie to wynikało z potrzeb Zleceniodawcy.
Strony dopuszczają możliwość zgodnie z potrzebami Zleceniodawcy na zwiększenie ilości godzin prowadzenia edukacji zdrowotnej o nie więcej niż 50% z proporcjonalnym zwiększeniem wartości umowy według zaoferowanej stawki .

§ 5

1.Zleceniobiorca przedłoży sprawozdanie i fakturę /rachunek do dnia 10-go następnego miesiąca.

2.Wynagrodzenie będzie płatne w terminie do 20-go następnego miesiąca pod warunkiem przedłożenia w terminie o którym mowa w ust 1 prawidłowego rachunku i sprawozdania oraz otrzymania środków z Gminy Wrocław. Prawidłowość sprawozdania i rachunku potwierdza osoba sprawująca nadzór nad realizacją zadania.

3.W przypadku przedłożenia prawidłowego sprawozdania lub rachunku po terminie o którym mowa w ust 1 , ale nie później niż do 25-go następnego miesiąca wynagrodzenie będzie płatne w terminie do ostatniego dnia miesiąca.

4.Złożenie sprawozdania lub rachunku po 25 dniu następnego miesiąca stanowić będzie nienależyte wykonanie umowy i skutkować będzie naliczeniem kary umownej o której mowa w **§ 6.** W takim przypadku termin płatności wynosił będzie 14 dni od daty doręczenia prawidłowego rachunku i sprawozdania.

5.Zleceniobiorca przedłoży sprawozdanie i rachunek za ostatni okres rozliczeniowy najpóźniej

do dnia **20.12.2020**.

6.Wypłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto ***Zleceniobiorcy***:
……..

7.Przedłożenie sprawozdania lub rachunku po dacie, o której mowa w ust.5 oznacza zrzeczenie się przez **Zleceniobiorcę** roszczenia o wynagrodzenie za objęty nimi okres.

§ 6

1. Strony maja prawo do naliczenia kar umownych, w następujących wysokościach:
a) Zleceniobiorca może naliczyć Zleceniodawcy karę umowna w wysokości 10% łącznego wynagrodzenia o którym mowa w § 4 w przypadku odstąpienia od umowy z winy Zleceniodawcy.
b) Zleceniodawca może naliczyć Zleceniobiorcy kary umowne:
- w wysokości 10% łącznego wynagrodzenia o którym mowa w § 4 w przypadku odstąpienia od umowy z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy,
- w przypadku nienależytego wykonywania umowy do 5 % łącznego wynagrodzenia o którym mowa w § 4 za każde stwierdzone uchybienie.
2. Kara winna zostać zapłacona w terminie 14 dni od dnia doręczenia Zleceniobiorcy powiadomienia Zleceniodawcy o stwierdzeniu naruszenia.
3. Każda ze stron wyraża zgodę na potrącenie naliczonej jej kary umownej z wierzytelności przysługującej jej wobec drugiej strony.
4. Naliczenie kary umownej nie wyłącza możliwości dochodzenia przez Zleceniodawcę odszkodowania , jeżeli szkoda przewyższa wysokość kary umownej.

§ 7

1. Wszystkie opracowania oraz inne materiały jakie Zleceniobiorca sporządzi wykonując przedmiot umowy, stanowią własność Zleceniodawcy.
2. Strony oświadczają, że podczas współpracy, Zleceniobiorca 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 WCZ 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"
3. Zleceniobiorca 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 WCZ SPZOZ oraz sytuacji związanych z wymogami prawa) jak również bez ograniczeń przestrzennych – na terenie wszystkich państw.
4. Zleceniobiorca oświadcza , że w ramach realizacji umowy obowiązany jest do przekazywania uczestnikom prowadzonych przez siebie zajęć ankiet wg wzoru stanowiącego załącznik do niniejszej umowy. Wypełnione ankiety Zleceniobiorca przekazuje WCZ SPZOZ. Zleceniobiorca oświadcza i zobowiązuje się do spełnienia wszystkich obowiązków informacyjnych wynikających z RODO oraz innych przepisów z zakresu danych osobowych wobec uczestników, nieujawniania danych osobowych (zachowania tajemnicy) także po zakończeniu realizacji umowy. Zleceniobiorca ponosi pełną, samodzielnie, odpowiedzialność względem osób, których dane pozyskał w ramach lub przy okazji realizacji niniejszej umowy.
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych oraz obowiązujących w WCZ SPZOZ instrukcji i procedur z tym związanych oraz poleceń

osób wyznaczonych przez administratora danych osobowych do realizacji w/w zadań.

§ 8

1. Zleceniobiorca ma obowiązek prowadzenia dokumentacji udzielonych świadczeń z prowadzonego programu i udostępnienie jej Zleceniodawcy.
2. **Dokumentacja winna obejmować w szczególności :** Sprawozdanie merytoryczno-finansowe, kartę rejestru osób uczestniczących w zadaniu, ankiety a także inne informacje w zakresie wynikającym z powszechnie obowiązujących przepisów.
3. **Zleceniobiorca** nie może kopiować, kserować oraz w inny sposób rozpowszechniać danych pozyskanych w związku z realizacją zadania. W przypadku zaniechań lub działań Zleceniobiorcy wbrew zakazowi określonemu w zdaniu poprzednim zobowiązany on będzie do zapłaty kary umownej w wysokości 5000,00 zł za każdy przypadek naruszenia zakazu. Kara umowna płatna będzie w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania do jej zapłaty.
4. **Zleceniobiorca** oświadcza, że jest mu wiadomo, że prowadzona przez niego dokumentacja służy m.in. rozliczeniu wydatkowania środków publicznych. Nienależyte lub nierzetelne jej prowadzenie stanowi w szczególności podstawę do nałożenia kary umownej o której mowa w § 6 ust. 1.litera b

§ 9

1. **Zleceniodawca** ma prawo przeprowadzić kontrolę jakości wykonywania przedmiotu umowy, zasadności i dostępności prowadzonej edukacji zdrowotnej w zakresie wynikającym z wykonywanego zadania, będącego przedmiotem umowy, bez konieczności wcześniejszego zawiadomienia ***Zleceniobiorcy*** w godzinach, w których powinny być realizowane prace objęte niniejszą umową.
2. ***Zleceniobiorca*** ma obowiązek zgłosić ***Zleceniodawcy*** każdorazową nieobecność w Punkcie Edukacyjnym wynikającą z planowanego urlopu do 2 dni przed planowanym urlopem.

§ 10

1.Zleceniobiorca ponosi całkowitą odpowiedzialność za szkody wyrządzone Zleceniodawcy, jak również za niewykonanie lub nienależyte wykonanie obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
2. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną osobom trzecim przy udzielaniu edukacji zdrowotnej stanowiącej przedmiot umowy ponoszą solidarnie Strony umowy.

§ 11

Jeśli w toku wykonywania umowy wystąpią okoliczności, których strony nie mogły przewidzieć przy jej zawieraniu będzie to podstawą do wystąpienia stron o renegocjację warunków umowy lub skrócenie jej obowiązywania.

§ 12

Zleceniodawca może rozwiązać umowę za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia dokonanym na koniec miesiąca kalendarzowego z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy, a w szczególności:

1. ograniczenia dostępności, zawężania ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości,
2. nie przekazywania, w ustalonym terminie przez Zleceniobiorcę, wymaganych sprawozdań i informacji,
3. uzasadnionych skarg pacjentów lub pracowników,
4. naruszenia innych postanowień niniejszej umowy oraz przepisów prawa.

§ 13

Zleceniodawca może rozwiązać niniejszą umowę w formie pisemnej ze skutkiem natychmiastowym przed upływem ustalonego w § 10 terminu w razie:

a) utraty przez Zleceniobiorcę uprawnień do wykonywania zawodu,
b) popełnienia w czasie trwania umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalsze wykonywanie przedmiotu umowy przez Zleceniobiorcę, jeśli popełnienie przestępstwa zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym lub jest oczywiste,
c) rażącego naruszenia postanowień niniejszej umowy oraz przepisów prawa.

§ 14

Wszelkie zmiany lub uzupełnienia umowy wymagają, pod rygorem nieważności, zachowania formy pisemnej w postaci aneksu do umowy.

§ 15

W sprawach nie uregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 16

Spory mogące wyniknąć w związku z realizacją umowy ***Strony*** zobowiązują się rozwiązać polubownie na drodze mediacji. W razie braku porozumienia spory będzie rozstrzygał sąd właściwy dla miejsca siedziby ***Zleceniodawcy***.

§ 17

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach: jeden dla ***Zleceniodawcy***, jeden
dla ***Zleceniobiorcy***.

Sprawdzono pod względem legalności, celowości, gospodarności.

Załączniki umowy:

nr 1 – zakres zadań
nr 2 – arkusz sprawozdania z realizacji zadania
nr 3 – karta rejestru osób uczestniczących w zadaniu
nr 4 – ankieta

stanowiące integralną część umowy

Zleceniobiorca ***Zleceniodawca***

(CZYTELNY PODPIS)

Sporządziła : Beata Józefowicz

Załącznik nr 1 do umowy

Zakres zadań.

1. Prowadzenie naboru i kwalifikacja pacjentów z cukrzycą i zaburzeniami metabolicznymi do edukacji.
2. Prowadzenie edukacji zdrowotnej zgodnie z metodologią programu profilaktyki cukrzycy.
3. Prowadzenie i dokumentowanie pomiarów: ciśnienie tętniczego krwi, tętna, wagi ciała, wzrostu, wskaźników BMI i WHR.
4. Prowadzenie dokumentacji z działalności edukacyjnej w punkcie:
   - ewidencja przyjęć według ustalonego wzoru,
   - prowadzenie dokumentacji według przyjętego wzoru.
5. Ponoszenie odpowiedzialności za sprzęt i materiały stanowiące wyposażenie gabinetu.
6. Informowanie uczestników zadania o innych działaniach prowadzonych w ramach zadania: np. szkoleniach , poradach dietetycznych.
7. Obowiązkowy udział w szkoleniach dotyczących realizacji zadania.
8. Sporządzanie okresowych raportów sprawozdawczych.
9. Spełnianie obowiązków informacyjnych wynikających z RODO, w zakresie informacji o przekazywaniu listy uczestników do Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ oraz o przechowywaniu dokumentów przez Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ w okresie 5 lat, licząc od początku następującego po roku, w którym Wykonawca realizował zadanie.
10. Powiadamianie koordynatora programu o zaistniałych trudnościach w realizacji zadań programowych.

…….

Podpis Zleceniobiorcy