

**Umowa nr UM\_.....2024**

zawarta w dniu ..... 2024 r. pomiędzy **Województwem Kujawsko - Pomorskim** z siedzibą w Toruniu, zwanym dalej „Dotującym”, reprezentowanym przez:

1. ....
2. ....

**a**

.....

zwanym dalej „Dotowanym”, reprezentowanym przez:

.....

Na podstawie art. 114 ust. 1 pkt 1 oraz art. 115 ust. 1 pkt 1 i ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.).

**§ 1**

1. Przedmiotem umowy jest udzielenie przez Dotującego w roku 2024 dotacji z budżetu województwa w kwocie ..... **zł** (słownie: ..... złotych) na sfinansowanie wydatków określonych szczegółowo w ofercie stanowiącej załącznik nr ... do niniejszej umowy dotyczących **koordynacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”** w szczególności:

1) opracowania, projektu graficznego, przygotowania do druku i druku oraz dostarczenia do podmiotów leczniczych realizujących program, jednostek samorządu terytorialnego będących partnerami programu oraz Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu materiałów informacyjnych, edukacyjnych i niezbędnych formularzy:

- a) plakatów( B2 - 480x 690mm,
- b) ulotek (A4 - 210x297mm),
- c) formularzy zgody na udział w programie wraz z oświadczeniem osoby szczepionej o zamieszkanu na terenie zadeklarowanego powiatu/gminy – zgodnie z załącznikiem nr .... do niniejszej umowy,
- d) formularzy zaświadczenia o przeprowadzonym szczepieniu – zgodnie z załącznikiem nr .... do niniejszej umowy,
- e) formularzy pre-test/post-testu wiedzy dotyczącego chorób pneumokokowych, - zgodnie z załącznikiem nr ... do niniejszej umowy,
- f) formularzy ankiety satysfakcji pacjenta – zgodnie z załącznikiem nr ... do niniejszej umowy)

w ilościach zgodnych z ofertą stanowiącą załącznik nr .... do niniejszej umowy;

- 2) podejmowanie innych działań edukacyjno-informacyjnych (np. spot telewizyjny, audycja radiowa, ogłoszenie prasowe, spotkania edukacyjne itp.);
- 3) przygotowania i przeprowadzenia co najmniej jednego spotkania edukacyjno-informacyjnego (zgodnie z zakresem tematycznym zawartym w Programie) dla lekarzy i pielęgniarek będących pracownikami podmiotów leczniczych wybranych w drodze konkursu ofert do przeprowadzania szczepień ochronnych w ramach realizacji Programu (możliwe do przeprowadzenia on-line);
- 4) utworzenie w domenie pocztowej Dotowanego adresu e-mail na potrzeby komunikacji z beneficjentami Programu;

- 5) zaprojektowania, uruchomienia, prowadzenia i aktualizowania (co najmniej raz w miesiącu) w okresie trwania programu strony/podstrony internetowej dotyczącej Programu zawierającej co najmniej następujące informacje i dokumenty: nazwa programu, cele i przedmiot programu, populacja docelowa, Partnerzy programu i podmioty finansujące, realizatorzy wraz z liczbą osób objętych szczepieniami (w tym już zaszczepionych), wszystkie formularze niezbędne do realizacji Programu oraz ulotka, plakat i ankieta satysfakcji pacjenta do pobrania w wersji elektronicznej;
  - 6) zebranie od wszystkich podmiotów leczniczych przeprowadzających szczepienia ochronne w ramach realizacji Programu pre-testów wiedzy dotyczących chorób pneumokokowych wypełnionych przez uczestników programu i dostarczenie ich do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu wraz ze sprawozdaniem końcowym,
  - 7) nadzór merytoryczny nad realizacją Programu i jego obsługa administracyjna,
  - 8) sporządzanie i przekazywanie do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego miesięcznych sprawozdań z realizacji całości programu;
2. Termin realizacji zadania ustala się od dnia ..... r. do dnia ..... r.
  3. Przyznana kwota dotacji przekazana zostanie na rachunek bankowy podany przez Dotowanego i przeznaczony do operacji związanych z realizacją zadania:  
nr rachunku .....
  4. Środki, o których mowa w §1 ust. 1, przekazane zostaną przez Dotującego w terminie 14 dni roboczych od podpisania umowy przez obie strony i przekazania jej do Urzędu Marszałkowskiego;
  5. Dotowany zobowiązany jest załączyć oświadczenie, że realizując zadanie, o którym mowa w § 1 ust. 1 nie może odzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku VAT naliczonego w fakturach dotyczących zakupu towarów i usług dokonywanych w związku z realizacją tego zadania.
  6. Wszystkie kserokopie dokumentów winny być potwierdzone na każdej stronie „Za zgodność z oryginałem” przez Dotowanego należycie reprezentowanego.

## § 2

Dotowany oświadcza, że nie zawierał i nie zawrze innych umów na realizację zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1, w części finansowanej przez Dotującego.

## § 3

Strony ustalają, że wszelkie zagadnienia dotyczące ochrony danych osobowych przekazywanych Dotującemu w związku z realizacją zadań, o których mowa w § 1 ust. 1 zostaną uregulowane w ramach odrębnej Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

## § 4

1. Dotowany zobowiązuje się do:
  - 1) przekazania materiałów, o których mowa § 1 ust. 1 pkt 1 realizatorom „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” w terminie:  
do dnia ..... r. realizatorom wybranym w konkursie ofert na wybór realizatorów w 2024 r. ww. programu,  
albo
    - a) do dnia ..... r. realizatorom wybranym w pierwszym konkursie ofert na wybór realizatorów w 2023 r. ww. programu,
    - b) do dnia ..... r. realizatorom wybranym w uzupełniającym konkursie ofert na wybór realizatorów w 2023 r. ww. programu;

- 2) prawidłowego zrealizowania zadania;
  - 3) dostarczania w terminie **do dnia 10 każdego miesiąca** za miesiąc poprzedni do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu miesięcznych raportów z działań podejmowanych w ramach realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr ... do niniejszej umowy;
  - 4) dostarczenia w terminie do dnia ..... **stycznia 2025 roku** do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu sprawozdania końcowego z realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 wraz z załącznikami oraz wszelkiej innej dokumentacji potwierdzającej wywiązanie się z umowy;
  - 5) zwrotu niewykorzystanych środków w terminie 15 dni po upływie terminu realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 2, tj. do dnia **15 stycznia 2025 roku** na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9802 0119 5700.
2. Od niewykorzystanej kwoty dotacji zwróconej po terminie, o którym mowa w ust. 1 pkt 5, naliczane są odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonych od następnego dnia po tym terminie do dnia ich wpływu na konto Dotującego. Dotowany zobowiązuje się do zwrotu tych odsetek na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9702 0201 8794.
3. Wzór sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, stanowi załącznik nr ... do niniejszej umowy.
4. Dotowany do sprawozdania końcowego jest zobowiązany załączyć:
- 1) kserokopie potwierdzonych dwustronnie przez Dotowanego „Za zgodność z oryginałem dokumentów finansowych (rachunków, faktur) dotyczących wydatków finansowych z dotacji Województwa. Dokumenty finansowe powinny być opatrzone przez Dotowanego:
    - a) pieczęcią Dotowanego, opisem merytorycznym uzasadniającym poniesione wydatki wraz ze wskazaniem numeru umowy,
    - b) klauzulą „Płatne ze środków Województwa Kujawsko-Pomorskiego w wysokości (kwota)” oraz w przypadku dzielenia wydatku, wskazanie wysokości środków własnych,
    - c) stwierdzeniem, że dokument sprawdzono pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym,
    - d) stwierdzeniem, o tym które przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych zastosowano przy wydatkowaniu dotacji.
- powyższe stwierdzenia winny być potwierdzone podpisami osób uprawnionych.
- 2) kserokopie przelewów odnoszących się do wydatków realizowanych w formie bezgotówkowej;
  - 3) sprawozdanie merytoryczne z realizacji Programu na terenie całego województwa zawierające m.in. dane dotyczące liczby szczepień przeprowadzonych przez poszczególne podmioty lecznicze, ogólne dane dotyczące zaszczepionych osób (struktura płci i wieku), wyniki ankiet satysfakcji pacjenta, wnioski z realizacji Programu;
  - 4) listę uczestników szkoleń;
  - 5) zebrane od wszystkich podmiotów leczniczych przeprowadzających szczepienia ochronne w ramach realizacji programu pre-testy wiedzy dotyczące chorób pneumokokowych wypełnione przez uczestników programu;
  - 6) materiały szkoleniowe, edukacyjne i promocyjno-informacyjne wykorzystywane podczas realizacji zadania;
  - 7) zdjęcia, płyty i inne nośniki informacji związane z realizowanym zadaniem;
  - 8) inne dokumenty, mogące mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonania zadania.
5. Dopuszcza się możliwość przesunięć między pozycjami wydatków określonych w kosztorysie zadania, na które przyznano dotację do wysokości **20%** powyżej i poniżej kwoty przypisanej danej pozycji, bez sporządzania aneksu.
6. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się wydatkowanie środków finansowych w okresie 7 dni przed datą rozpoczęcia realizacja zadania.

7. W rozliczeniu dotacji nie będą uwzględniane:
- 1) wydatki z tytułu opłat i kar umownych, a także podatek od towarów i usług, jeżeli Dotowany ma prawo do jego odliczenia;
  - 2) dokumenty księgowe wystawione przed lub po terminie realizacji zadania określonym w § 1 ust. 2, z zastrzeżeniem §4 ust. 6;
  - 3) wydatki nieokreślone w kosztorysie zadania;
  - 4) wydatki, z zastrzeżeniem §4 ust. 5, przekraczające kwoty poszczególnych pozycji kosztorysu.

## § 5

1. Dotującemu przysługuje prawo kontroli Dotowanego w zakresie:
  - 1) sposobu wydatkowania dotacji;
  - 2) oceny prawidłowości dokonanego rozliczenia.
2. Dotowany zobowiązuje się do:
  - 1) prowadzenia dokumentacji dotyczącej kosztów realizacji zadania w sposób umożliwiający ocenę jego wykonania pod względem rzeczowym i finansowym;
  - 2) przekazywania do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia informacji z tygodniowym wyprzedzeniem o planowanych działaniach związanych z realizacją zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1;
  - 3) umieszczania we wszystkich drukach związanych z realizacją zadania (plakatach, ulotkach, zaproszeniach, formularzach, komunikatach, materiałach edukacyjnych i szkoleniowych itp.) a także w ogłoszeniach prasowych, reklamach, wykazach sponsorów, na banerach oraz stronach internetowych herbu Województwa Kujawsko-Pomorskiego, znaku promocyjnego województwa oraz informacji o dofinansowaniu zadania z budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego – zgodnie z wytycznymi dostępnymi na stronie internetowej [www.kujawsko-pomorskie.pl](http://www.kujawsko-pomorskie.pl) (zakładka „Promocja”);
  - 4) przekazywania do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia celem akceptacji:
    - a) projektów materiałów informacyjnych, edukacyjnych i niezbędnych formularzy, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1 przed ich drukiem i wysyłką do podmiotów leczniczych realizujących program i Partnerów programu,
    - b) projektów spotów telewizyjny, audycji radiowych, ogłoszeń prasowych, strony internetowej itp., o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 2 i 5 przed ich publikacją, uruchomieniem lub emisją;
  - 5) udokumentowania wywiązania się z obowiązków informacyjnych określonych w pkt 3.
3. Niewywiązanie się z obowiązku wskazanego w ust. 2 pkt 3 skutkuje zapłatą kary umownej w wysokości ..... **zł.**

## § 6

Dotującemu przysługuje prawo do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku stwierdzenia wykorzystania nawet części dotacji na inne cele niż określone w umowie.

## § 7

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, w tym w przypadku siły wyższej w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2023 r. poz. 1610 z późn. zm.), które uniemożliwiają wykonanie umowy.
2. W przypadku rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 1 skutki finansowe i obowiązek zwrotu środków finansowych Strony określą w protokole.

## § 8

1. W przypadku stwierdzenia wykorzystania dotacji niezgodnie z przeznaczeniem lub pobrania w nadmiernej wysokości Dotowany zobowiązany jest do jej zwrotu w terminie 15 dni

od dnia zakończenia realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 2 na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9802 0119 5700.

2. Odsetki od dotacji w przypadku:
  - 1) wykorzystania jej niezgodnie z przeznaczeniem nalicza się od dnia przekazania środków z budżetu województwa do dnia ich wpływu na konto Dotującego, na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9702 0201 8794;
  - 2) pobrania jej w nadmiernej wysokości nalicza się od dnia następującego po upływie terminu, o którym mowa w ust 1 i przekazuje na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9702 0201 8794.
3. Tryb zwrotu dotacji następuje na podstawie przepisów ustawy o finansach publicznych.

## § 9

1. Strony oświadczają, iż wszelkie dane osobowe pozyskane od siebie w związku z zawarciem niniejszej Umowy, podlegać będą ochronie przed dostępem osób nieupoważnionych, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych, w tym 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L. 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz. Urz. UE L. 127 z 23 maja 2018 r., str. 2), zwanego rozporządzeniem 2016/679.
2. Dane osób reprezentujących każdą ze Stron oraz osób zaangażowanych w realizację niniejszej Umowy przetwarzane będą wyłącznie w celu i w czasokresie niezbędnym do jej zawarcia i/lub wykonania oraz dochodzenia roszczeń z niej wynikających.
3. Strony oświadczają, że wprowadziły odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, aby przetwarzanie danych osobowych odbywało się zgodnie z przepisami prawa, w szczególności rozporządzenia 2016/679.
4. Strony zobowiązują się do wykonania obowiązku informacyjnego określonego w art. 14 rozporządzenia 2016/679 wobec osób wskazanych w niniejszej Umowie, w imieniu drugiej Strony.
5. Klauzula informacyjna dla dotowanych dostępna jest na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego – [www.bip.kujawsko-pomorskie.pl/ochrona-danych-osobowych](http://www.bip.kujawsko-pomorskie.pl/ochrona-danych-osobowych).

## § 10

Zmiany umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

## § 11

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Dotowany.

**Dotowany**

**Dotujący**

**Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych  
z województwa kujawsko-pomorskiego**

Koordynator Programu: ....., strona www .....

Nr samorządu	Nazwa samorządu	Liczba badań	Nr samorządu/numer porządkowy pacjenta

„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” skierowany jest do osób po 65 r.ż., które nie były szczepione przeciwko pneumokokom będące mieszkańcami samorządów, które w ..... r. biorą udział Programie.

Dane osobowe uczestnika programu:

Imię i nazwisko: ..... wiek pacjenta .....

Adres zamieszkania: .....

e-mail: ..... nr tel. ....

Podmiot leczniczy sprawujący nad uczestnikiem opiekę medyczną w ramach POZ:

.....  
(nazwa i adres)

**Oświadczenie**

1. Wyrażam zgodę na udział w „Programie profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”;
2. Oświadczam, że mieszkam<sup>1</sup> na terenie samorządu biorącego udział w programie;
3. Oświadczam, że nie byłam/em wcześniej szczepiona/y przeciwko zakażeniom pneumokokowym;
4. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o przebiegu szczepienia i wystąpieniu możliwych powikłań;
5. Wyrażam zgodę na szczepienie 20-walentą szczepionką przeciwko zakażeniom pneumokokowym (PCV20);
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora Programu oraz przekazanie moich danych (w tym danych kontaktowych), tylko w zakresie niezbędnym do ich wykorzystania w celach statystycznych i do oceny efektywności programu, do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu.

Czytelny podpis uczestnika programu .....

Wszelkie dane osobowe pozyskane w związku z realizacją niniejszego Programu, podlegać będą ochronie przed dostępem osób nieupoważnionych, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych, w tym 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L. 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz. Urz. UE L. 127 z 23 maja 2018 r., str. 2), zwanego rozporządzeniem 2016/679. Informacja o administratorze danych osobowych i inspektorze ochrony danych osobowych znajduje się u realizatora Programu oraz na stronach internetowych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu [www.bip.kujawsko-pomorskie.pl/ochrona-danych-osobowych](http://www.bip.kujawsko-pomorskie.pl/ochrona-danych-osobowych)

Samorząd Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego



Marszałek Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego  
Piotr Calbecki

Dofinansowano z budżetu  
Samorządu Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego

<sup>1</sup>Zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. Jednocześnie zgodnie z art. 28 Kodeksu cywilnego można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania

**Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych  
z województwa kujawsko-pomorskiego**

(pieczęć świadczeniodawcy)

**ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM SZCZEPIENIU**

**Dane szczepionej osoby:**

Imię:		Nazwisko:	
PESEL:			
Adres zamieszkania: (miejscowość, kod pocztowy, ulica i nr)			
Nr telefonu:			

**Podmiot leczniczy sprawujący nad osobą szczepioną opiekę medyczną w ramach POZ:**

Nazwa:		Adres:	
--------	--	--------	--

**Dane dotyczące lekarskiego badania kwalifikacyjnego:**

Data badania:		Imię i nazwisko lekarza kwalifikującego:	
<input type="checkbox"/>	stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia przeciwko zakażeniom pneumokokowym		
<input type="checkbox"/>	stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia przeciwko zakażeniom pneumokokowym		
Rodzaj przeciwwskazania:			

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

**Dane dotyczące szczepienia:**

Wiek osoby szczepionej	Data i godzina wykonania szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki

.....  
(czytelny podpis wykonującego szczepienie)

Wszelkie dane osobowe pozyskane w związku z realizacją niniejszego Programu, podlegać będą ochronie przed dostępem osób nieupoważnionych, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych, w tym 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L. 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz. Urz. UE L. 127 z 23 maja 2018 r., str. 2), zwanego rozporządzeniem 2016/679. Informacja o administratorze danych osobowych i inspektorze ochrony danych osobowych znajduje się u realizatora Programu oraz w podmiocie leczniczym sprawującym nad osobą szczepioną opiekę medyczną w ramach POZ.

**Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych  
z województwa kujawsko-pomorskiego**

**TEST WIEDZY DOTYCZĄCY CHOROÓB PNEUMOKOKOWYCH**

Dane osobowe uczestnika programu:

Imię i nazwisko: .....

Gmina/powiat zamieszkania: .....

e-mail: ..... nr tel. ....

**Zaznacz X przy prawidłowej odpowiedzi. Prawidłowych może być więcej niż jedna odpowiedź.**

**1. Pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*) to bakterie wywołujące:**

- zapalenie ucha środkowego
- zawał serca
- zapalenie płuc
- sepsę (inaczej posocznicę)

**2. Jakie osoby są najbardziej narażone na choroby wywołane przez pneumokoki?**

- osoby w średnim wieku
- dzieci do 2 r. ż.
- osoby po 65 r. ż.
- osoby z chorobami przewlekłymi

**3. Najskuteczniejszą metodą zapobiegania zakażeniom pneumokokowym są:**

.....

**4. Czy inwazyjna choroba pneumokokowa - IChP (czyli m.in. wywołane przez pneumokoki zapalenie opon mózgowych czy sepsa) może być śmiertelna?**

- tak
- nie

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na kontakt ze strony Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu/Koordinatora Programu w celach statystycznych i do oceny efektywności programu

Czytelny podpis uczestnika programu .....

Wszelkie dane osobowe pozyskane w związku z realizacją niniejszego Programu, podlegać będą ochronie przed dostępem osób nieupoważnionych, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych, w tym 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L. 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz. Urz. UE L. 127 z 23 maja 2018 r., str. 2), zwanego rozporządzeniem 2016/679. Informacja o administratorze danych osobowych i inspektorze ochrony danych osobowych znajduje się u realizatora Programu oraz na stronach internetowych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu - [www.bip.kujawsko-pomorskie.pl/ochrona-danych-osobowych](http://www.bip.kujawsko-pomorskie.pl/ochrona-danych-osobowych)



**Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych  
z województwa kujawsko-pomorskiego**

**ANKIETA SATYSFAKcji**

**Szanowni Państwo,**

Zachęcamy do wypełnienia anonimowej ankiety satysfakcji z realizowanego programu polityki zdrowotnej. Zebrane informacje pomogą nam określić mocne i słabe punkty podjętych działań i wykorzystane będą dla poprawy jakości realizowanych programów.

1. Płeć             kobieta         męczyzna
2. Wykształcenie     podstawowe  zawodowe         średnie     wyższe
3. Miejsce zamieszkania     wieś         miasto (do 10 tys. mieszkańców)  
    miasto (do 50 tys. mieszkańców)  
    miasto (powyżej 50 tys. mieszkańców)
4. Czy Pani/a zdaniem Program odpowiada na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności  
    tak             nie
5. Skąd dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o możliwości wzięcia udziału w programie?  
  
 z informacji przekazanej przez lekarza/pielęgniarkę w przychodni lekarskiej;  
 z ogłoszenia w przychodni lekarskiej, z plakatów/ ulotek znajdujących się w przychodni lekarskiej;  
 od rodziny/znajomych;  
 ze środków masowego przekazu:  
    prasy,  
    radia,  
    telewizji,  
    internetu;  
  
 (inne - proszę wymienić) .....
6. Jak Pan/i ocenia dostępność informacji o realizowanym Programie?  
    bardzo dobrze     dobrze     przeciętnie         źle     bardzo źle
7. Jak Pan/i ocenia jakość otrzymanych informacji?  
    bardzo dobrze     dobrze     przeciętnie         źle     bardzo źle
8. Jak Pan/Pani ocenia dostępność do udzielanych w ramach programu świadczeń (miejsce, dni, godziny przyjęć)  
    bardzo dobrze     dobrze     przeciętnie         źle     bardzo źle
9. Jak Pan/i ocenia uprzejmość i życzliwość personelu?  
    bardzo dobrze     dobrze     przeciętnie         źle     bardzo źle
10. Jak Pan/i ocenia poszanowanie prywatności podczas udzielanych świadczeń?  
    bardzo dobrze     dobrze     przeciętnie         źle     bardzo źle
11. Jak Pan/i ocenia warunki panujące w miejscu udzielania świadczeń? (krzesła, wieszaki, czystość, dostęp do toalet)  
    bardzo dobrze     dobrze     przeciętnie         źle     bardzo źle

12. Czy udzielono Pani/ Panu informacji o korzyściach wynikających ze szczepienia przeciwko pneumokokom?

- tak                       nie

13. Czy udzielono Pani/ Panu informacji o ewentualnych niepożądanych odczynach poszczepiennych (NOP)?

- tak                       nie

14. Czy poleciłby Pan/i udział w Programie swoim bliskim, znajomym?

- tak                       nie                       nie mam zdania

15. Własne opinie (Jeżeli w trakcie udziału w Programie zetknęła się Pani/Pan z zagadnieniami, sytuacjami pozytywnymi lub negatywnymi nie ujętymi w ankiecie, prosimy opisać poniżej:

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

**Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.**

**Ankieta można przesłać w wersji elektronicznej do:**

- Koordynatora Programu e-mail: .....
- Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego  
w Toruniu, e-mail: [s.lemanska-gerc@kujawsko-pomorskie.pl](mailto:s.lemanska-gerc@kujawsko-pomorskie.pl)

Samorząd Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego



Marszałek Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego  
Piotr Całbecki

Dofinansowano z budżetu  
Samorządu Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego

.....  
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....  
Miejscowość, data

### FORMULARZ SPRAWOZDANIA MIESIĘCZNEGO

#### „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” koordynacja programu

**1. Okres realizacji świadczeń (miesiąc):**

--

**2. Sprawozdanie z realizacji programu przez poszczególne podmioty:**

Lp.	Samorząd	Realizator	Liczba osób zaplanowanych do szczepień	Liczba zrealizowanych badań kwalifikacyjnych do szczepień	Liczba osób zaszczepionych	Liczba osób pozostałych do szczepień
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
...						
...						

...						
...						
...						

### 3. Wskaźniki dotyczące realizacji zadań koordynatora:

Lp.	Rodzaj wskaźnika	
1.	Liczba przeprowadzonych spotkań edukacyjno-informacyjnych dla lekarzy i pielęgniarek	
2.	Liczba uczestników spotkań edukacyjno-informacyjnych dla lekarzy i pielęgniarek	
3.	Liczba przygotowanych i wydrukowanych materiałów:	
	a. plakatów	
	b. ulotek	
	c. zgód na udział w programie wraz z oświadczeniem osób szczepionych o zamieszkaniu na terenie zadeklarowanego powiatu/gminy	
	d. zaświadczeń o przeprowadzonym szczepieniu	
	e. pre-testów/post-testów wiedzy dotyczących chorób pneumokokowych	
	f. ankiet satysfakcji pacjenta	
4.	Liczba podmiotów, które otrzymały wydrukowane materiały	
5.	Liczba innych działań edukacyjno-informacyjnych (proszę wymienić)	

.....  
 podpis osoby upoważnionej

.....  
Pieczęć jednostki składającej sprawozdanie

## SPRAWOZDANIE KOŃCOWE

### z wykonania zadania pn. koordynacja w 2024 roku „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”

Data złożenia sprawozdania: .....

**1. Opis wykonania zadania:** (np. liczba osób objętych szczepieniami w poszczególnych powiatach/gminach, rodzaj i liczba działań informacyjno-edukacyjnych, liczba przeprowadzonych spotkań edukacyjno-informacyjnych, liczba osób biorących udział w spotkaniach, wykaz i kwalifikacje osób prowadzących spotkania, inne)

--

**2. Liczbowe określenie skali działań, zrealizowanych w ramach zadania:**

Lp.	Wskaźnik produktów/osiągnięcia celów	Ilość
1.	Liczba wydrukowanych plakatów	
2.	Liczba wydrukowanych ulotek	
3.	Liczba wydrukowanych zgód na udział w programie wraz z oświadczeniem osób szczepionych o zamieszkanu na terenie zadeklarowanego powiatu/ gminy	
4.	Liczba wydrukowanych zaświadczeń o przeprowadzonym szczepieniu	
5.	Liczba wydrukowanych pre-testów/post-testów wiedzy dotyczących chorób pneumokokowych	
6.	Liczba wydrukowanych ankiet satysfakcji pacjenta	
7.	Liczba przeprowadzonych spotkań edukacyjno-informacyjnych dla lekarzy i pielęgniarek	
8.	Liczba uczestników spotkań edukacyjno-informacyjnych	
9.	Liczba wypełnionych pre-testów wiedzy przekazana do UMWK-P w Toruniu	
10.	Liczba innych działań informacyjno-edukacyjnych (proszę wymienić): - -	

### 3. Rozliczenie finansowe dotacji:

#### a. rozliczenie ze względu na rodzaj kosztów:

l.p.	Rodzaj kosztów	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)	z tego do pokrycia z wnioskowanej dotacji (kwota brutto w zł)	z tego z finansowych środków własnych (kwota brutto w zł)
1.	Materiały edukacyjne i informacyjne: a) plakaty (B2 - 480x 690mm) b) ulotki (A4 - 210x297mm) c) zgodna na udział w programie wraz z oświadczeniem osoby szczepionej o zamieszkanu na terenie zadeklarowanego powiatu/gminy d) zaświadczenie o przeprowadzonym szczepieniu e) pre-test/post-test wiedzy o chorobach pneumokokowych f) ankieta satysfakcji pacjenta g) inne działania edukacyjno-informacyjne (np. spot telewizyjny, audycja radiowa, spotkania edukacyjne itp.)			szt.			
2.	Spotkanie edukacyjno-informacyjne dla lekarzy i pielęgniarek			spotkanie			
3.	Koszty bieżącego monitorowania, nadzoru nad realizacją programu i ewaluacji (np. delegacje, monitoring, sprawozdawczość, kontakty z realizatorami i jst, nadzór merytoryczny, raport końcowy itp.)			zł			
4.	Koszty administracyjne (obsługa spotkań, <u>utworzenie i obsługa strony internetowej</u> , obsługa księgową, zakup materiałów biurowych, usługi pocztowe/kurierskie, koszty telefonu, itp.)			zł			
5.	<b>Ogółem:</b>						

#### b. rozliczenie ze względu na źródła finansowania:

	Źródła finansowania	Wartości zgodne z umową		Wartości rzeczywiste (koszty faktycznie poniesione)	
		zł	%	zł	% - stosunek kosztów poniesionych do zaplanowanych wg wzoru (kol. 5/poz. 3.3)*100
1	2	3	4	5	6
1.	Dotacja z budżetu województwa				
2.	Środki finansowe własne				
<b>3.</b>	<b>Ogółem</b>		<b>100</b>		

**c. rachunki kosztów realizacji zadania:**

Lp.	Rodzaj kosztów	Nr pozycji kosztorysu (np.1a ...)	Nazwa i numer dokumentu księgowego (np. umowa nr....., faktura nr.....)	Data wystawienia dokumentu	Data zapłaty	Nazwa wydatku (np. koszty osobowe, koszty wynajmu sali, koszty materiałów edukacyjnych)	Koszt (zł)
<b>Ogółem</b>							

**4. Dodatkowe informacje:**

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

.....  
 podpis osoby upoważnionej

Do niniejszego sprawozdania załączyć należy dodatkowe materiały mogące dokumentować działania faktyczne podjęte przy realizacji zadania (np. listy uczestników projektu, publikacje wydane w ramach projektu, raporty, wyniki prowadzonych ewaluacji, wzory materiałów promocyjnych, protokoły i inne).

\* Niepotrzebne skreślić