UCHWAŁA NR 78/20
ZARZĄDU POWIATU W STASZOWIE

z dnia 6 października 2020 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert wraz z zaproszeniem do składania ofert na wybór realizatora: „PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIWKO GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW POWIATU STASZOWSKIEGO W WIEKU 65+ W ROKU 2020 w ramach projektu pn. Zwalczanie i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się epidemii COVID-19 w powiecie staszowskim"

Na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz.U z 2020 r. poz. 920 oraz na podstawie oraz 48b ust. 1,2,3 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) Zarząd Powiatu w Staszowie uchwala, co następuje:

§ 1. 1. Ogłasza się konkurs ofert oraz zaprasza podmioty lecznicze do składania ofert na wybór realizatora**: „PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIWKO GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW POWIATU STASZOWSKIEGO W WIEKU 65+ W ROKU 2020 w ramach projektu pn. Zwalczanie i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się epidemii COVID-19 w powiecie staszowskim"**.

2. Treść ogłoszenia konkursu ofert stanowi Załącznik nr 1 do uchwały.

§ 2. 1. Powołuje się komisję konkursową w składzie:

1) Przewodniczący – Jan Sikora

2) Zastępca Przewodniczącego – Magdalena Fila

3) Sekretarz – Aleksandra Drogosz

4) Członek Komisji – Magdalena Tomporowska.

2. Regulamin pracy Komisji Konkursowej stanowi Załącznik nr 2 do uchwały.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Przewodniczącemu Zarządu Powiatu w Staszowie.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Zarząd Powiatu w Staszowie:

Przewodniczący Zarządu: Józef Żółciak

Wicestarosta: Leszek Guzal

Członek Zarządu: Janusz Bąk

Członek Zarządu: Krystyna Semrau

Członek Zarządu: Zbigniew Wiącek

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr 78/20
Zarządu Powiatu w Staszowie
z dnia 6 października 2020 r.

OGŁOSZENIE

na podstawie art. 48b ust. 1,2,3 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.)

Zarząd Powiatu w Staszowie

ogłasza z dniem 6 października 2020 roku konkurs ofert na wybór realizatora: „PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCEJ PROFILAKTYKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIWKO GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW POWIATU STASZOWSKIEGO W WIEKU 65+ W ROKU 2020" w ramach projektu pn. Zwalczanie i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się epidemii COVID-19 w powiecie staszowskim"

Organizatorem konkursu jest Zarząd Powiatu w Staszowie.
Do składania ofert i uczestnictwa w konkursie zaprasza się podmioty lecznicze w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) - zwanym dalej Realizatorem.
Termin realizacji programu zdrowotnego: od dnia zawarcia umowy do dnia **30 listopada 2020 r.**

I CEL KONKURSU I WARUNKI OGÓLNE

1. Przedmiotem konkursu jest realizacja programu zdrowotnego, określonego w załączniku do Uchwały Nr XXIV/49/20 Rady Powiatu w Staszowie z dnia 25 września 2020 roku w sprawie uchwalenia **„PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCEJ PROFILAKTYKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIWKO GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW POWIATU STASZOWSKIEGO W WIEKU 65+ W ROKU 2020".** Działania mają na celu obniżenie liczby zachorowań na grypę u osób w wieku 65 + oraz powikłań pogrypowych, mieszkańców terenu Powiatu Staszowskiego.
2. Celem konkursu jest wybór realizatora, który przedstawi najkorzystniejszą ofertę. Głównym kryterium wyboru realizatora jest cena jednostkowa – koszt badania lekarskiego, zakupu i podania szczepionki (100%).
3. Miejsce realizacji zadania: teren Powiatu Staszowskiego w poszczególnych gminach.
4. Dokumentację ofertową należy składać w zamkniętej kopercie z napisem: Konkurs Ofert na: **wybór realizatora: „PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCEJ PROFILAKTYKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIWKO GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW POWIATU STASZOWSKIEGO W WIEKU 65+ W ROKU 2020" w ramach projektu pn. Zwalczanie i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się epidemii COVID-19 w powiecie staszowskim" PAKIET Nr ……"**

- Ofertę należy złożyć w siedzibie Organizatora:
- Starostwo Powiatowe w Staszowie, 28-200 Staszów, ul. Józefa Piłsudskiego 7, Kancelaria - pokój 15.
- Termin składania ofert upływa w dniu: **22.10.2020 r. o godz. 10:00**
- Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Starostwa Powiatowe w Staszowie, 28-200 Staszów, ul. Józefa Piłsudskiego 7, w dniu **22.10.2020 r. o godz. 10:30**
- ***Realizator może złożyć jedną ofertę na każdy pakiet (od 1 do 8).***

A – **Pakiet nr 1** obejmuje zaszczepienie osób z terenu Miasta i gminy Staszów w punkcie znajdującym się na terenie Miasta i gminy Staszów.
B - **Pakiet nr 2** obejmuje zaszczepienie osób z terenu Miasta i gminy Połaniec w punkcie znajdującym się na terenie Miasta i gminy Połaniec.
C - **Pakiet nr 3** obejmuje zaszczepienie osób z terenu Miasta i gminy Osiek w punkcie znajdującym się na terenie Miasta i gminy Osiek.
D - **Pakiet nr 4** obejmuje zaszczepienie osób z terenu Miasta i gminy Oleśnica w punkcie znajdującym się na terenie Miasta i gminy Oleśnica.
E - **Pakiet nr 5** obejmuje zaszczepienie osób z terenu Miasta i gminy Szydłów w punkcie znajdującym się na terenie Miasta i gminy Szydłów.
F - **Pakiet nr 6** obejmuje zaszczepienie osób z terenu Gminy Bogoria w punkcie znajdującym się na terenie Gminy Bogoria.
G - **Pakiet nr 7** obejmuje zaszczepienie osób z terenu Gminy Rytwiany w punkcie znajdującym się na terenie Gminy Rytwiany.
F – **Pakiet nr 8** obejmuje zaszczepienie osób z terenu Gminy Łubnice w punkcie znajdującym się na terenie Gminy Łubnice.

5. Wyniki konkursu zostaną podane do publicznej wiadomości w formie informacji zamieszczonej na stronie BIP www.bip.staszowski.eu, na stronie internetowej Starostwa www.staszowski.eu oraz na tablicy ogłoszeń Starostwa Powiatowego w Staszowie.

6. Dokumenty dotyczące konkursu ofert na realizację ww. programu, można odebrać osobiście w pok. nr A218 Starostwa Powiatowego w Staszowie, ul. Józefa Piłsudskiego 7 lub pobrać w formie elektronicznej ze strony internetowej Urzędu www.staszowski.eu, www.bip.staszowski.eu
7. Organizator zastrzega sobie prawo dokonania wyboru oferty na każdy pakiet przedmiotu zamówienia osobno. W przypadku unieważnienia konkursu Organizator unieważni konkurs dla danego pakietu.
8. Organizator zastrzega sobie prawo do wprowadzania zmian do ogłoszenia, odwołania i unieważnienia konkursu bez podania przyczyny.

II OFERTA

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:
A. Formularz ofertowy - ***Załącznik nr 1 do ogłoszenia*** przygotowany przez organizatora konkursu wraz z dołączonymi do niego uwierzytelnionymi kopiami dokumentów wraz z załącznikami:
a) wypisem z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) zgodnie z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany,
b) odpisem z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzającym m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej działalności i sposób reprezentacji, zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany, jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom,
c) decyzją w sprawie nadania numeru NIP,
d) zaświadczeniem o numerze identyfikacyjnym REGON,

e) polisą ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej;
2. Podpis pod ofertą i załącznikami do oferty składa osoba upoważniona do składania w imieniu realizatora oświadczeń woli, zgodnie z KRS lub zgodnie z innym dokumentem potwierdzającym status prawny podmiotu i umocowanie osób go reprezentujących.
3. W formularzu oferty należy wypełnić wszystkie pola czytelnie.
4. Załączniki przedkładane w formie kserokopii muszą być uwierzytelnione przez osobę uprawnioną do złożenia oferty.
5. Ofertę należy sporządzić pod rygorem nieważności w języku polskim, w sposób czytelny i przejrzysty.
6. Oświadczenia stanowiące ***Załącznik Nr 2 do niniejszego ogłoszenia*** dotyczące:
- zapoznania się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu
- zapewnienia personelu medycznego realizującego zadania objęte programem,
- spełnienia wszystkich wymagań zawartych w warunkach szczegółowych konkursu,
- zgodności danych zawartych w formularzu ofertowym z ich stanem faktycznym i prawnym,
7. Formularz ofertowy dla każdego PAKIETU…….. przygotowany przez organizatora konkursu.
8. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
9. Organizator unieważnia konkurs, jeśli w określonym terminie nie otrzyma żadnej oferty konkursowej.
10. Organizator nie pokrywa kosztów przygotowania oferty.

III WARUNKI SZCZEGÓŁOWE

1. Realizator musi zapewnić personel posiadający specjalistyczne kwalifikacje oraz sprzęt i wyposażenie niezbędne do realizacji programu.
2. Program musi być realizowany **od dnia zawarcia umowy do 30 listopada 2020 roku.**
3. Realizator programu, zobowiązany jest do dokumentowania wszystkich zadań i czynności wykonywanych w ramach programu, a dokumentacja musi być prowadzona zgodnie z regulacjami prawnymi w tym zakresie.
4. Realizator zapewni:
a) Zakup szczepionek przeciw grypie;
b) Badanie lekarskie;
c) Szczepienie według przyjętego schematu, zgodnego ze wskazaniem producenta szczepionki;
d) Wydanie osobie poddanej szczepieniu zaświadczenia o wykonaniu zaleconego szczepienia ochronnego;
e) Utylizację zużytych materiałów zgodnie z obowiązującymi przepisami;
f) Odebranie wypełnionej ankiety od uczestników programu i dostarczenie wraz ze sprawozdaniem do organizatora programu;
g) Sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych szczepień;
5. Organizator zapewni akcję informacyjną i promocyjną o programie. Realizator programu jest zobowiązany do umieszczenia w miejscu realizacji programu niezbędnych informacji dotyczących świadczonych usług dostarczonych przez organizatora.
6. Uzyskanie pisemnej zgody na przeprowadzenie szczepień ***załącznik nr 3 do ogłoszenia*** wraz z pisemnym oświadczeniem uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przekazanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji programu ***(wg załącznika Nr 4 do ogłoszenia)***;
7. Dostarczenie arkusza sprawozdawczego z realizacji programu zdrowotnego – ***załącznik nr 5 do ogłoszenia***
8. Sporządzenie i złożenie na żądanie organizatora informacji na temat realizacji zadania;
9. Inne ważne czynności niezbędne dla realizacji szczepień.
Przy opracowaniu oferty należy uwzględnić do realizacji wszystkie ww. przedsięwzięcia.

IV 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:

1. Administratorem Państwa danych osobowych przetwarzanych w Starostwie Powiatowym w Staszowie (ul. Piłsudskiego 7; 28-200 Staszów) jest Starosta Staszowski.
2. Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym można się skontaktować:
   - Osobiście w pokoju P3 budynku Starostwa Powiatowego w Staszowie
   - Telefonicznie – (15) 866-50-91
   - Mailowo – iod@staszowski.eu
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem prowadzone w trybie konkursu na podstawie art. 48 ust. 1, 3 i 4 oraz 48b ust. 1,2,3 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.);
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą
   - osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o przepisy prawa;
   - inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Powiatem Staszowskim przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Starosta Staszowski.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane,
   - przez niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3.
   - a po tym czasie przez czas określony na podstawie przepisów prawa -USTAWA z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U.2018.217 z późn. zm.)
6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe - dane osobowe przetwarzane są w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
7. 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;
8. 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 konkursu.*

Załącznik nr 1 do ogłoszenia

FORMULARZ OFERTOWY (pakiet nr …….)

na Realizatora „PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCEJ PROFILAKTYKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIWKO GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW POWIATU STASZOWSKIEGO W WIEKU 65+ W ROKU 2020” w ramach projektu pn. Zwalczanie i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się epidemii COVID-19 w powiecie staszowskim”

Pakiet nr ……obejmujące zaszczepienie osób z terenu……..

I. DANE REALIZATORA Konkursu	
Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (lub innego właściwego rejestru/ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu)	
Nr NIP realizatora	
Nr REGON realizatora	
Telefon kontaktowy	
II. Dostępność do świadczeń zdrowotnych (szczepień) oraz charakterystyka działań, aby realizować program:	
1. Oferowane miejsce realizacji szczepień (dokładny adres, nr tel./fax)	
2. Skrócony opis sposobu, w jaki realizator przeprowadzi akcje edukacyjną skierowana do adresatów programu:	
3. Skrócony opis sposobu, w jaki realizator przeprowadzi badania ankietowe dot. satysfakcji udziału w programie:	
III. Kalkulacja kosztów:	
1. Cena jednostkowa brutto za wykonanie szczepienia wraz z usługą (PLN/brutto)	**…… zł**
2. Oferowana ilość osób do zaszczepienia przez realizatora (możliwości szczepienne realizatora).	**…… osób**

Jednocześnie oświadczam, że:

1) zapoznałem się i nie wnoszę uwag do ogłoszenia o konkursie ofert;
2) spełniam wszystkie wymagania zawarte w ogłoszeniu o konkursie;
3) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnymi faktycznym;
4) osoby realizujące szczepienia posiadają kwalifikacje wymagane przez Organizatora;

……

……

Miejscowość, data

podpis i pieczątką przedstawiciela/-li oferenta lub osób upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

Do oferty załączono:

1. Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2020r. poz. 295 z późn.zm.) zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydany.
2. Kopię odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzający/-e m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji oferenta, zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowane upoważnienia udzielone tym organom.
3. Polisę bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Decyzję w sprawie nadania numeru NIP.
5. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
6. Oświadczenie – załącznik nr 2 do ogłoszenia.

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez realizatora poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu realizatora.

Załącznik Nr 2 do ogłoszenia

Dane oferenta lub pieczęć firmowa

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y oświadczam, w imieniu realizatora, że realizator:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu.

2. Posiada sprzęt oraz wyposażenie niezbędne do realizacji programu.

3. Personel posiada właściwe, udokumentowane uprawnienia i kwalifikacje.

4. Dane w formularzu ofertowym są zgodne za stanem faktyczno-prawnym.

……..

data: ..... podpis osoby uprawnionej

Załącznik Nr 3 do ogłoszenia

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCEJ PROFILAKTYKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIWKO GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW POWIATU STASZOWSKIEGO W WIEKU 65+ W ROKU 2020 w ramach projektu pn. Zwalczanie i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się epidemii COVID-19 w powiecie staszowskim".

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

PESEL……
nr telefonu komórkowego……...

Uczestnik/Uczestniczka programu:

……..
.....……

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) — Data i czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

…….. ……
Data i czytelny podpis — pieczątka

Załącznik nr 4 do ogłoszenia –
Wzór oświadczenia uczestnika projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Zwalczanie i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się epidemii COVID-19 w powiecie staszowskim”** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce*;*
2) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
    a) udzielenia wsparcia,
    b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
    c) monitoringu,
    d) ewaluacji,
    e) kontroli,
    f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
    g) sprawozdawczości,
    h) rozliczenia projektu,
    i) zachowania trwałości projektu,
    j) archiwizacji.
4) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)
5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - **Powiatowi Staszowskiemu ul. Piłsudskiego 7, 28-200 Staszów** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu- ……(nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;

6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postepowań administracyjnych.
7) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu **„Zwalczanie i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się epidemii COVID-19 w powiecie staszowskim”** oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

…..…… ……

MIEJSCOWOŚĆ I DATA *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*[*]

Załącznik Nr 5 do ogłoszenia

Arkusz sprawozdawczy

z realizacji „PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCEJ PROFILAKTYKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIWKO GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW POWIATU STASZOWSKIEGO W WIEKU 65+ W ROKU 2020 w ramach projektu pn. Zwalczanie i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się epidemii COVID-19 w powiecie staszowskim”.

1. Nazwa placówki medycznej realizującej program

.....

2. Dokładny adres placówki, telefon

.....

3. Liczba osób zaszczepionych……..…….

4. Koszty dotyczące realizacji programu :

4.1. Rozliczenie finansowe programu zdrowotnego w okresie sprawozdawczym

od ..... do .....

4.2 Wysokość kwoty za realizację zadań programu ……..... zł.

słownie zł …….....

.....

Data i podpis realizatora programu

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr 78/20

Zarządu Powiatu w Staszowie

z dnia 6 października 2020 r.

Regulamin pracy Komisji Konkursowej

§ 1.

1. Komisja Konkursowa, zwana dalej Komisją obraduje na posiedzeniu zamkniętym bez udziału realizatorów.
2. Posiedzenia Komisji prowadzi Przewodniczący, a w przypadku jego nieobecności zastępca lub wyznaczony przez Przewodniczącego członek Komisji.
3. Prace Komisji są prowadzone jeżeli w posiedzeniu bierze udział co najmniej połowa jej członków.
4. Komisja ogłosi wyniki konkursu nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od upływu terminu składania ofert wskazanego w ogłoszonym konkursie.

§ 2.

1. Członek Komisji podlega wyłączeniu z udziału w Komisji, gdy:
   1) jest realizatorem i pozostaje z realizatorem w takim stosunku prawnym, że wynik przedmiotowego konkursu może mieć wpływ na jego prawa lub obowiązki.
   2) jest małżonkiem oraz krewnym i powinowatym do drugiego stopnia z przedstawicielem realizatora w przedmiotowym konkursie.
   3) pozostaję z realizatorem w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności
2. Przed przystąpieniem do pracy członkowie Komisji składają stosowne oświadczenie na ww. okoliczność Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 1 do regulaminu.
3. Zarząd Powiatu w Staszowie w sytuacji, o której mowa w ust.1, dokonuje wyłączenia i powołuje nowego członka Komisji.

§ 3.

1. Komisja w pierwszej kolejności sprawdza, czy złożone oferty spełniają wymogi formalne:

a/ czy oferty zostały złożone w terminie

b/ zgodność ofert z zakresem ogłoszonego Konkursu

c/ prowadzenie przez podmiot składający ofertę działalności statutowej w dziedzinie objętej konkursem.

2. Oferty nie spełniające przynajmniej jednego z wymogów formalnych określonych w ust.1 zostają odrzucone.
3. Konkurs jest przeprowadzany nawet, gdy wpłynie jedna oferta z zastrzeżeniem ust. 2.

§ 4.

1. Z prac Komisja sporządza protokół, który podpisuje przewodniczący i wszyscy członkowie komisji.
2. Protokół przedstawia się Zarządowi Powiatu w Staszowie celem wyboru oferty.

§ 5.

Wyniki konkursu ofert zamieszcza się na stronie internetowej Starostwa www.staszowski.eu, www.bip.staszowski.eu oraz na tablicy ogłoszeń Starostwa Powiatowego w Staszowie.

Załącznik Nr 1
do Regulaminu pracy
Komisji Konkursowej

Oświadczenie członka Komisji Konkursowej

powołanej dla przeprowadzenia konkursu ofert na wybór realizatora: „PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCEJ PROFILAKTYKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIWKO GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW POWIATU STASZOWSKIEGO W WIEKU 65+ W ROKU 2020" w ramach projektu pn. Zwalczanie i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się epidemii COVID-19 w powiecie staszowskim"

Imię ……
Nazwisko ……...

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania oświadczam, iż nie jestem związany/a z podmiotami biorącymi udział w otwartym konkursie ofert na realizację programów zdrowotnych na 2020 rok oświadczam co następuje:

1. Jestem/nie jestem* realizatorem i pozostaje/nie pozostaje* z realizatorem w takim stosunku prawnym, że wynik przedmiotowego konkursu może mieć wpływ na jego prawa lub obowiązki.
2. Jestem/nie jestem* małżonkiem oraz krewnym i powinowatym do drugiego stopnia z przedstawicielem realizatora w przedmiotowym konkursie.
3. Nie pozostaję z żadnym realizatorem w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności
4. W razie zmiany jakiejkolwiek z informacji, podanej w moim oświadczeniu, zobowiązuję się do niezwłocznego złożenia nowego oświadczenia we wskazanej formie. Nowe oświadczenie zostanie przeze mnie złożone w terminie najpóźniej 3 dni od zajścia zmian.

Staszów, dnia ……..

……..
podpis

* niepotrzebne skreślić

Uzasadnienie

Rada Powiatu w Staszowie Uchwałą Nr XXIV/49/20 z dnia 25 września 2020 roku uchwaliła **„PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCY PROFILAKTYKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIWKO GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW POWIATU STASZOWSKIEGO W WIEKU 65+ W ROKU 2020”**. Zgodnie z art. 48b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398z późn. zm.) w przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert, a jednostka samorządu terytorialnego ogłasza w swojej siedzibie i na stronie internetowej przeprowadzenie konkursu ofert co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert. W związku z tym zasadne jest podjęcie uchwały w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu oraz powołanie komisji konkursowej.