

**U M O W A NR .....**

**o realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-  
edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r.**

zawarta w Poznaniu dnia .....<sup>1</sup>

pomiędzy:

*Powiatem Poznańskim z siedzibą w Poznaniu, ul Jackowskiego 18, reprezentowanym przez Zarząd, w imieniu którego działają:*

1) .....

2).....,

z kontrasygnatą Skarbnika Powiatu Poznańskiego

zwanym dalej „**Zamawiającym**”

a

....., wpisanym do ..... pod numerem ....., NIP ....., REGON .....

reprezentowanym przez .....

zwanym dalej „**Wykonawcą**”

o następującej treści:

## **Rozdział I**

### **Przepisy ogólne**

**§ 1.** 1. *Zamawiający*, na podstawie art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.), w wyniku rozstrzygnięcia przeprowadzonego konkursu ofert, zgodnie z ofertą *Wykonawcy* złożoną w dniu .....

zleca, a *Wykonawca* przyjmuje do realizacji program polityki zdrowotnej w zakresie określonym w ofercie oraz § 2 niniejszej umowy. Formularz ofertowy (**załącznik nr 1** do niniejszej umowy) stanowi integralną część umowy.

2. W przypadku realizacji Programu w partnerstwie z innym podmiotem (zwanym dalej „*Partnerem*”) konieczne jest zawarcie umowy o partnerstwie na rzecz realizacji Programu zawierającej postanowienia wskazane w „Szczegółowych warunkach konkursu” stanowiących załącznik nr 2 do Uchwały nr 1843/2026 Zarządu Powiatu w Poznaniu z dnia 23 kwietnia 2026 r. (zwanej dalej „*umową o partnerstwie*”), która stanowić będzie **załącznik nr 1A** do niniejszej umowy.

3. Odpowiedzialność za poprawność realizacji Programu oraz przestrzeganie postanowień niniejszej umowy ponosi w całości *Wykonawca*.

---

<sup>1</sup> Należy wypełnić w przypadku zawarcia umowy w wersji papierowej.

4. W przypadku zawarcia umowy o partnerstwie, Partner ponosi odpowiedzialność wobec Wykonawcy i wobec osób trzecich na zasadach określonych w umowie, o której mowa w ust. 2.

§ 2. 1. Program polityki zdrowotnej „Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r. adresowany jest w zakresie działań:

1) **diagnostycznych** do: **kobiet w wieku 50-64 i mężczyzn w wieku 65-74 lat** bez dodatkowych czynników ryzyka złamania, **kobiet w wieku 40-49 lat i mężczyzn w wieku 50-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego, które zostały określone w pkt III. 2. Programu**, spełniających poniższe kryteria udziału w Programie, w odniesieniu do:

– **wizyty kwalifikacyjnej z oceną ryzyka wystąpienia poważnego złamania osteoporotycznego** przy wykorzystaniu narzędzia FRAX (kalkulator ryzyka złamania kości):

**A) kryteria włączenia (traktowane łącznie punkty od a do g):**

- a) miejsce zameldowania/zamieszkania na terenie powiatu poznańskiego (zgodnie ze złożonym oświadczeniem, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu),
- b) zgłoszenie udziału w Programie u Wykonawcy Programu (ze względu na ograniczoną liczbę osób możliwych do przebadania w ramach Programu oraz założenia Programu, Wykonawca potwierdzi przyjęcie zgłoszenia),
- c) wyrażenie zgody na udział w Programie (druk zgody zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu),
- d) wiek (zgodnie ze złożonym oświadczeniem, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu, przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia) i płeć:
- e) brak w wywiadzie wcześniej zdiagnozowanej osteoporozy (na podstawie oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu),
- f) niepozostawanie pod opieką poradni leczenia osteoporozy (na podstawie oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu),
- g) aktualnie brak udziału w innym programie o podobnych charakterze (na podstawie oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu),

**B) kryteria wyłączenia (traktowane rozdzielnie):** niespełnienie minimum jednego z kryteriów określonych w pkt 1. lit. A,

– **badanie gęstości kości techniką DXA (badania densytometryczne):**

**A) kryteria włączenia** - zakwalifikowanie w ramach wizyty kwalifikacyjnej z oceną ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych tj.:

- a) uzyskanie wyniku FRAX PL (10-letniego ryzyka poważnych złamań osteoporotycznych) wynoszącego  $\geq 5\%$  (wartość obliczana i wpisywana przez personel medyczny przyjmujący formularz zgłoszeniowy na podstawie zawartych w nim danych),
- b) stwierdzenie obecności klinicznych czynników ryzyka złamań nieujętych w kalkulatorze FRAX PL oraz złamańiskoenergetycznych obejmujących, w szczególności:
  - liczbę przebytych złamań i ich rodzaj oraz upadków,
  - stosowanie używek,
  - czas stosowania i dawki glikokortykosteroidów,
  - obecność chorób przewlekłych z określeniem ich stopnia zaawansowania,
  - rodzaj trybu życia (np. siedzący/aktywny),
  - stwierdzenie wyraźnego obniżenia wzrostu;

**B) kryterium wyłączenia:**

- a) brak kwalifikacji do badania gęstości kości w ramach Programu podczas wizyty kwalifikacyjnej z oceną ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych,
- b) wykonane u świadczeniobiorcy w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu badanie z wykorzystaniem densytometrii DXA (na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu),
- c) obecność przeciwwskazań do wykonania badania np. obecność materiału obcego (implanty, endoproteza biodra itp.),
- d) aktualny udział w innym programie o podobnym charakterze (na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu).

– **lekarskiej wizyty podsumowującej (konsultacja lekarska):**

**A) kryterium włączenia** - dostępny wynik densytometrii DXA wykonanej w ramach realizowanego Programu;

**B) kryterium wyłączenia** – brak.

2) **informacyjno-edukacyjnych** obejmujących: **edukację zdrowotną realizowaną on-line** w formie opracowanego i udostępnionego na stronie internetowej Wykonawcy Programu filmu edukacyjnego oraz ulotek edukacyjnych adresowanych do osób dorosłych.

**A) kryterium włączenia:** wiek (osoba dorosła),

**B) kryterium wyłączenia** – brak.

3) **indywidualnej edukacji zdrowotnej** realizowanej podczas lekarskiej wizyty podsumowującej.

Szczegółowo kryteria włączenia i wyłączenia udziału w ww. edukacji określono poniżej:

**A) kryterium włączenia:** zdiagnozowana osteoporoza w ramach Programu,

**B) kryterium wyłączenia:** brak;

4) **szkolenia/szkoleń dla personelu medycznego:** osób zaangażowanych w realizację Programu, spełniających poniższe kryteria udziału w Programie:

**A) kryterium włączenia** - personel medyczny zaangażowany w realizację Programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, fizjoterapeuci, koordynatorzy opieki medycznej,

**B) kryterium wyłączenia:** ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich dwóch lat.

2. **Maksymalną liczbę osób uczestniczących w określonych interwencjach możliwych do przeprowadzenia w ramach umowy**, dla osób z poszczególnych gmin określa **załącznik nr 2** do niniejszej umowy. W przypadku niewykonania badań u osób z poszczególnych gmin, zgodnie z załącznikiem nr 2, z powodu braku zgłoszeń osób spełniających kryteria kwalifikujące do udziału w Programie, *Wykonawca* zobowiązuje się odpowiednio zwiększyć liczbę badań w innych gminach.

3. *Wykonawca* niezwłocznie zawiadamia *Zamawiającego* w formie pisemnej o zmianach liczby badań o których mowa w ust. 2.

**§ 3. 1.** Przedmiotem umowy jest realizacja programu polityki zdrowotnej pn. **„Nie daj się osteoporozie – program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego”** w 2026 r.” (zwany dalej „Programem”), obejmującego:

- 1) **przeprowadzenie szkolenia/szkoleń dla personelu medycznego** zaangażowanego w realizację Programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami).

W szczególności należy uwzględnić, co następuje:

- realizację szkolenia/szkoleń przez lekarza (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii, endokrynologii, geriatrici lub chorób wewnętrznych) posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom (tzw. ekspert) w celu zapewnienia wysokiej jakości interwencji w ramach Programu,
- w ramach szkoleń/szkolenia należy zapoznać personel medyczny z poniższymi zagadnieniami:
  - metody profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia osteoporozy,
  - strategie zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom,
  - rozpoznawanie i definicje złamańiskoenergetycznych,
  - zasady postępowania diagnostycznego i wywiadu w zakresie identyfikacji czynników ryzyka,
  - ocena ryzyka złamań za pomocą kalkulatora FRAX (w formie zajęć praktycznych - warsztatów),
  - budowa i metabolizm tkanki kostnej, patofizjologia, przebieg i powikłania osteoporozy, mechanizm złamań oraz prawidłowy pomiar wzrostu i masy ciała(BMI),
  - ocena ryzyka upadków i ich przyczyn,
  - prezentacja konkretnych przypadków klinicznych,
  - ogólne zasady kompleksowej terapii,
- forma/formy szkolenia/szkoleń winna/winny być dostosowane do potrzeb personelu medycznego. Zaleca się, aby szkolenia obejmowały bezpośredni kontakt wykładowcy i słuchaczy (np. wykłady, warsztaty). Dopuszcza się możliwość realizacji szkoleń w ramach e-learningów,
- warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniu jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu;

- 2) **realizację działań informacyjno-edukacyjnych** tj.:

- a) edukacji zdrowotnej on-line w formie opracowanego i udostępnionego na stronie internetowej Wykonawcy Programu **filmu edukacyjnego** skierowanego do osób dorosłych,

W szczególności należy uwzględnić, co następuje:

- działania edukacyjne skierowane na podniesienie poziomu wiedzy populacji na temat osteoporozy powinny obejmować poniższy zakres tematyczny:
  - opis choroby i czynniki ryzyka;
  - informacje o dostępności do badań przesiewowych z wykorzystaniem densytometrii DXA oraz korzyści z nich wynikających;
  - korzyści wynikające z podjęcia działań w kierunku minimalizacji wpływu czynników ryzyka związanych ze stylem życia (palenie tytoniu, picie alkoholu, siedzący tryb życia, stosowanie restrykcyjnych diet, które nie dostarczają odpowiedniej ilości makroskładników, witamin itp.);
  - potrzeby ograniczenia/eliminacji czynników ryzyka złamań, z uwzględnieniem sposobów na zmniejszenie ryzyka upadków;
  - rola aktywności fizycznej na zdrowie i gęstość mineralną kości, ze wskazaniem zalecanych form ćwiczeń (np. ćwiczeń siłowych, oporowych, poprawiających równowagę, a także wzmacniających siłę mięśniową);

- rola prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, z uwzględnieniem optymalizacji podaży makroskładników (wapń, magnez), witaminy D oraz białka;
  - nauka oceny ryzyka złamań z użyciem kalkulatora FRAX;
  - ogólne informacje o zasadach leczenia osteoporozy.
- warunkiem udziału w edukacji realizowanej on-line jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w edukacji zobowiązana jest do wypełnienia post-testu;
  - działania edukacyjne powinny być prowadzone prostym i zrozumiałym językiem dla adresatów oraz w przystępnej formie;
  - opracowanie merytoryczne przez personel medyczny, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych;
  - w przypadku, gdy dostępne są gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy je wykorzystać w pierwszej kolejności przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich (np.: Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/cichy-zlodziej-kosci>, Polski Portal Osteoporozy: <https://osteoporoza.pl/materiay-edukacyjne-dla-pacjentow/> ),
- b) **opracowanie, wydrukowanie oraz dystrybucje ulotek edukacyjnych** uwzględniających wymagania określone w lit. a (z wyłączeniem tiretu drugiego) (nakład min. 1 000 sztuk). Zakłada się dystrybucję ulotek wśród uczestników Programu oraz ich przekazane do miejsc użyteczności publicznej na terenie gmin powiatu poznańskiego (np. do urzędów gmin, przychodni lekarskich);
- 3) **przeprowadzenie, podczas lekarskiej wizyty podsumowującej, indywidualnej edukacji zdrowotnej dla osób ze zdiagnozowaną w ramach Programu osteoporozą.**
- W szczególności należy uwzględnić, co następuje:
- prowadzenie przez personel medyczny wyspecjalizowany w profilaktyce osteoporozy,
  - zakres tematyczny obejmujący zagadnienia wskazane w pkt 2 lit. a tiret pierwsze,
  - podczas edukacji należy podkreślać konieczność dążenia do ograniczenia lub eliminacji modyfikowalnych czynników ryzyka złamań,
  - w ramach modyfikacji stylu życia należy wskazać pacjentowi dostosowane do jego indywidualnych potrzeb i możliwości z zakresu:
    - zwiększenia aktywności fizycznej (poprzez ćwiczenia wykonywane samodzielnie lub w kombinacji różnych rodzajów), obejmującej m.in.: ćwiczenia wytrzymałościowe, ćwiczenia siłowe z wykorzystaniem ciężarów, ćwiczenia balansu ciałem, ćwiczenia rozciągające, ćwiczenia statyczne z obciążeniem, eliminację zjawiska długotrwałego pozostawiania w pozycji siedzącej,
    - prawidłowych nawyków żywieniowych, opierających się głównie na: dobrze zbilansowanej diecie oraz odpowiedniej podaży: wapnia, witaminy D, białka, potasu, magnezu, a także ograniczeniu spożycie kawy do nie więcej niż 4 filiżanek dziennie,
  - warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w indywidualnej edukacji zdrowotnej jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do działań edukacyjnych, zobowiązana jest do wypełnienia post-testu.
- 4) **działań diagnostycznych, w tym:**

- a) **prowadzenie rejestracji telefonicznej**, przyjmowanie zgłoszeń, informowanie o terminach wizyt kwalifikacyjnych badań, lekarskich wizyt podsumowujących, we własnym zakresie poprzez udostępnienie, co najmniej 2 linii telefonicznych, minimum przez 5 dni w tygodniu po 5 godzin dziennie;
- b) **przeprowadzenie wywiadu kwalifikacyjnego** podczas rejestracji telefonicznej (wstępna kwalifikacja);
- c) **przeprowadzenie wizyty kwalifikacyjnej z oceną wystąpienia ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego obejmującej w zakresie:**
- **wywiadu i wyznaczenia ryzyka wystąpienia złamań osteoporotycznych za pomocą FRAX PL** przez personel medyczny posiadający odpowiedni poziom wiedzy dla realizowanych działań:
    - **opracowanie formularza zgłoszeniowego**, który uwzględni m.in. wszystkie dane niezbędne dla narzędzia FRAX, tj.: wiek (w latach), płeć (kobieta lub mężczyzna), masę ciała (w kg), wzrost (w cm) oraz pytania „tak”/”nie” dotyczące wystąpienia dodatkowych czynników ryzyka złamania osteoporotycznego: przebyte złamania, złamania biodra u co najmniej jednego z rodziców, obecne palenie tytoniu, stosowanie glikokortykosteroidów, zdiagnozowane reumatoidalne zapalenie stawów, obecność schorzenia silnie związanego z osteoporozą, spożywanie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie. Obok każdego z pytań o obecność dodatkowego czynnika ryzyka złamania osteoporotycznego należy zamieścić stosowne wyjaśnienie. Dodatkowo w formularzu zgłoszeniowym świadczeniobiorca wskazuje preferowany przez siebie sposób dostarczenia przez Wykonawcę wyniku badania oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania (w przypadku gdy konsultacja lekarska nie została zrealizowana lub gdy została ona zrealizowana w formie teleporady);
    - poinformowanie osób, które zgłosiły się do Programu o jego celach i etapach,
    - aktywny udział personelu medycznego w trakcie wypełniania formularza zgłoszeniowego przez uczestnika Programu,
    - weryfikacja przez personel medyczny przyjmujący formularz zgłoszeniowy kompletności zamieszczonych w nim informacji oraz **wyliczenie 10-letniego prawdopodobieństwo poważnego złamania osteoporotycznego przy wykorzystaniu kalkulatora FRAX dla populacji polskiej** („FRAX PL”: <https://www.fraxplus.org/pl/calculation-tool>) (wynik wpisywany jest do formularza zgłoszeniowego),
    - udostępnienie świadczeniobiorcy wyniku FRAX w formie wydruku lub dokumentu elektronicznego,
    - przeprowadzenie **pogłębionego wywiadu** w celu stwierdzenia obecności istotnie klinicznych czynników ryzyka złamania, które wykraczają poza parametry uwzględniane w kalkulatorze FRAX, w szczególności: liczbę przebytych złamań i ich rodzaj oraz upadków, stosowanie używek, czas stosowania i dawek glikokortykosteroidów, obecność chorób przewlekłych z określeniem ich stopnia zaawansowania, rodzaj trybu życia (np. siedzący/aktywny), stwierdzenie wyraźnego obniżenia wzrostu,
    - wykonanie pomiaru wzrostu i wagi ciała oraz wybranych testów czynnościowych (np. „wstań i idź”) oraz ocena siły mięśniowej.
  - **skierowanie na badanie techniką DXA w ramach Programu - ostateczną decyzję** podejmuje lekarz, biorąc pod uwagę:
    - oszacowane w ramach kalkulatora FRAX PL 10-letnie ryzyko poważnych złamań osteoporotycznych, wynoszące  $\geq 5\%$ ,

- obecność klinicznych czynników ryzyka złamań nieuwjętych w kalkulatorze FRAX PL oraz złamań niskoenergetycznych.
  - poinformowanie uczestnik Programu o zakwalifikowaniu do badania oraz o miejscu i terminie planowanego pomiaru DXA, a także o sposobie przygotowania się do badania i przeciwwskazaniach do jego wykonania. Dodatkowo świadczeniobiorca powinien zostać poinformowany, że uzyskany wynik FRAX nie jest tożsamy ze stwierdzeniem osteoporozy.
  - w przypadku stwierdzenia niskiego ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego (FRAX PL <5%, brak innych istotnych klinicznie czynników ryzyka), przekazanie uczestnikowi materiałów edukacyjnych oraz informację zwrotną o niskim prawdopodobieństwie złamania osteoporotycznego i braku potrzeby wykonania pomiaru DXA.
- d)  **pomiar gęstości kości za pomocą techniką DXA** u uczestników Programu, którzy, uzyskali wynik FRAX  $\geq 5\%$  i zostali zakwalifikowani do badania w ramach wizyty kwalifikacyjnej z oceną ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego tj. otrzymali skierowanie na badanie w ramach Programu.

W szczególności należy uwzględnić, co następuje:

- pomiar dokonywany jest w szyjce kości udowej oraz w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (L1-L4) przez technika radiologa przygotowanego do obsługi densytometru (po ukończeniu specjalistycznego kursu);
  - aparat i jego oprogramowanie w zakresie standardów referencyjnych T-score powinien wykorzystywać odpowiednie bazy danych dla mieszkanek i mieszkańców Europy;
  - w trakcie badania istotnym jest prawidłowe pozycjonowanie pacjenta przez osobę wykonującą badanie;
  - wyniki powinny zostać zinterpretowane w ciągu 3 tygodni od wykonania badania;
  - wszystkie pozostałe wymagania dotyczące badania oraz aparatu należy spełnić zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wytycznymi.
- e)  **lekarską wizytę podsumowującą** u uczestników Programu, u których wykonano pomiar gęstości kości w ramach Programu (niezależnie od wyniku badania) realizowana przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach Programu przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.

W szczególności należy uwzględnić, co następuje:

- w trakcie wizyty lekarz omawia ze świadczeniobiorcą wynik badania DXA (interpretacja zgodnie z kryteriami WHO: T-score > -1 SD – wartość prawidłowa; T-score od -1 do -2,5 SD – osteopenia; T-score  $\leq$  -2,5 SD – osteoporoza; T-score  $\leq$  -2,5 SD i złamanie osteoporotyczne – osteoporoza zaawansowana). Następnie wykonuje ponowną ocenę ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL – tym razem uwzględniając wynik uzyskany w DXA. Lekarz omawia ze świadczeniobiorcą uzyskany końcowy wynik.
- w przypadku wykrycia osteoporozy i/lub obecności wysokiego/bardzo wysokiego ryzyka złamania, pacjent kierowany jest do leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych, celem rozpoczęcia terapii mającej na celu redukcję ryzyka złamań. W trakcie wizyty lekarz przekazuje pacjentowi informację na temat jego bieżącego stanu zdrowia, zalecenia

odnośnie dalszego postępowania oraz wskazuje wszystkie dostępne ścieżki postępowania specjalistycznego w ramach systemu opieki zdrowotnej.

- po otrzymaniu skierowania na leczenie, pacjent kierowany jest na indywidualną edukację zdrowotną w ramach Programu, w której wskazane zostaną także zalecenia dotyczące modyfikacji stylu życia. Zaleca się, aby indywidualna edukacja zdrowotna była przeprowadzona bezpośrednio po lekarskiej wizycie podsumowującej.
- dodatkowo osoby, u których stwierdzono w trakcie wizyty kwalifikacyjnej obniżenie wzrostu o >3 cm powinny zostać poinformowane o konieczności wykonania RTG w ramach świadczeń gwarantowanych w celu potwierdzenia/wykluczenia złamania kręgu.
- w przypadku niestwierdzenia osteoporozy, pacjent informowany jest o wyniku ujemnym. Przekazywane są zalecenia odnośnie dążenia do ograniczenia lub eliminacji modyfikowalnych czynników ryzyka złamań. Świadczeniobiorca jest informowany o tym, że jeśli nie pojawią się dodatkowe czynniki ryzyka, to kolejne badanie DXA powinno zostać przeprowadzone nie wcześniej niż za 2 lata. Świadczeniobiorca kończy swój udział w Programie
- w przypadku realizacji badań densytometrycznych w pracowni mobilnej, dopuszcza się możliwości realizacji lekarskiej wizyty podsumowującej w innym terminie niż zostało wykonane badanie densytometryczne. W takiej sytuacji Wykonawca Programu ustali telefonicznie z uczestnikiem Programu termin konsultacji lekarskiej oraz wskaże miejsce jej realizacji.
- w przypadku braku zgłoszenia uczestnika Programu, w ustalonym miejscu i terminie, na konsultację lekarską realizowaną w formie stacjonarnej, Wykonawca Programu umożliwi realizację konsultacji z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych (tzw. teleporada) oraz prześle wynik badania wraz z zaleceniami dotyczącymi dalszego postępowania na wskazany przez uczestnika Programu adres korespondencyjny lub adres poczty elektronicznej (w zależności od wskazań uczestnika Programu określonych w formularzu zgłoszeniowym). Świadczeniobiorca kończy swój udział w Programie.
- sytuacji braku zgłoszenia uczestnika Programu na konsultację lekarską realizowaną w formie stacjonarnej oraz braku możliwości jej realizacji z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych, z przyczyn niezależnych od Wykonawcy, wynik badania oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania, zostaną przesłane przez Wykonawcę na wskazany przez uczestnika Programu adres korespondencyjny lub adres poczty elektronicznej (w zależności od wskazań uczestnika Programu określonych w formularzu zgłoszeniowym). Świadczeniobiorca kończy swój udział w Programie.

**5) opracowanie druku zgody na udział w Programie** obejmującego wyrażenie zgody na:

- a) wizytę kwalifikacyjną z oceną ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX,
- b) wykonanie badania gęstości kości,
- c) przeprowadzenie lekarskiej wizyty podsumowującej,
- d) indywidualną edukację zdrowotną w przypadku zdiagnozowania osteoporozy,
- e) udostępnienie danych osobowych,
- f) udostępnienie danych teleadresowych (nr telefonu oraz adresu korespondencyjnego, adresu e-mail);

**6) przeprowadzenie ankiety oceniającej jakość świadczeń udzielanych w ramach Programu wśród odbiorców Programu na podstawie załączników do Programu;**

- 7) **ocenę poziomu satysfakcji z realizacji Programu** na podstawie przeprowadzonych ankiet wśród odbiorców Programu, o których mowa w pkt 6;
  - 8) wymagane do opracowania druki, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 i 2, § 3 ust. 1 pkt 5 oraz formularz zgłoszeniowy, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 4 lit. c tiret pierwsze mogą stanowić jeden dokument;
  - 9) **przyjmowania zgłoszeń od uczestników Programu o rezygnacji z udziału w Programie**, wraz ze wskazaniem przyczyny rezygnacji.
2. *Wykonawca* jest zobowiązany do:
- 1) przeprowadzenia, na min. 14 dni przed rozpoczęciem działań diagnostycznych, **kampanii informacyjno-promocyjnej** na terenie 17 gmin Powiatu Poznańskiego o realizacji Programu tj.: miejscu, terminie i czasie, w formie plakatów (nakład min. 200 sztuk, format A3), udostępnienia informacji na stronach internetowych, w mediach, mediach społecznościowych, informacji przekazanych do przychodni lekarskich oraz innych miejsc użyteczności publicznej. Wszelkie materiały informacyjno-promocyjne winny zawierać treść: *„Nie daj się osteoporozie – program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r.” finansowany ze środków budżetowych Powiatu Poznańskiego* oraz logo Powiatu Poznańskiego;
  - 2) wykonania przedmiotu umowy z należytą starannością i poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i umiejętnościami zawodowymi oraz zasadami etyki zawodowej;
  - 3) przestrzegania:
    - a) przepisów określających prawa i obowiązki pacjentów,
    - b) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami;
  - 4) prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej, na zasadach określonych przepisami prawa oraz innej dokumentacji odzwierciedlającej realizację zadania w sposób umożliwiający przeprowadzenie kontroli;
  - 5) przestrzegania przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 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.U.UE.L.119. z 4.05.2016 r. ze zm.) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. *o ochronie danych osobowych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 ze zm.);
  - 6) zapewnienia przez cały czas realizacji umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa:
    - a) personelu posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania umowy,
    - b) warunków lokalowych,
    - c) sprzętu i aparatury medycznej posiadającej niezbędne certyfikaty, spełniające określone normy,
    - d) sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji Programu;
  - 7) zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156) i rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2025 r. poz. 272) oraz dostarczenia kopii tej polisy w terminie

- 30 dni od dnia zawarcia umowy bądź jej przedłużenia oraz utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej;
- 8) przestrzegania przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411 ze zm.), co najmniej w zakresie określonym przez minimalne wymagania, o których mowa w art. 6 cytowanej ustawy;
  - 9) zbierania danych osób: imię i nazwisko, numer PESEL, data urodzenia, wiek, miejscowość zameldowania/zamieszkania, adres do korespondencji, nr telefonu do kontaktu, informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik Programu, wynik badań, data wyrażenia zgody na uczestnictwo w Programie, w tym zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz udostępnienie danych do kontaktu (np. numer telefonu, adres korespondencyjny, adres e-mail), data zakończenia udziału w Programie wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji Programu, wycofanie zgody na uczestnictwo w Programie);
  - 10) informowania o zaangażowaniu do realizacji Programu dodatkowego personelu wraz z podaniem informacji dotyczących tych osób oraz oświadczeniem według **załącznika nr 3** do umowy;
  - 11) przedkładania **comiesięcznych sprawozdań z realizacji Programu**, zgodnie ze wzorem określonym **w załączniku nr 4** do umowy, **w terminie 7 dni po zakończeniu każdego miesiąca** wraz z informacją o należnym wynagrodzeniu zgodnie **z załącznikiem nr 6** do umowy. W przypadku gdy, termin przypada w dzień ustawowo wolny od pracy lub sobotę termin ten wówczas upływa ostatniego dnia, który nie jest dniem wolnym od pracy ani sobotą, i który poprzedza sobotę lub dzień ustawowo wolny od pracy;
  - 12) sprawozdanie, o którym mowa w pkt. 11 należy złożyć:
    - a) osobiście w Kancelarii Starostwa Powiatowego w Poznaniu przy ul. Słowackiego 8 (parter, pok. 018) lub przesłać Poczta Polska /poczta kurierską na wskazany powyżej adres lub elektronicznie za pośrednictwem usługi e-doręczeń (w przypadku złożenia sprawozdania elektronicznie dokument winien zostać opatrzony podpisem elektronicznym kwalifikowany, zaufany lub osobisty).
    - b) **dotatkowo**, przesyłając sprawozdanie na wskazany przez Zamawiającego adres poczty elektronicznej, w **formie edytowalnego pliku Excel**, zabezpieczonego hasłem. Hasło należy przesłać na wskazany przez *Zamawiającego* adres poczty elektronicznej. *Zamawiający* poinformuje *Wykonawcę* drogą pisemną o wskazanych powyżej adresach e-mail;
  - 13) niezwłocznego informowania, w formie pisemnej, o wszystkich zdarzeniach mogących skutkować zagrożeniem realizacji zadania oraz udzielania dodatkowych informacji i wyjaśnień w związku z realizowanym Programem;
  - 14) koordynowanie realizacji Programu przez Wyznaczoną osobę;
  - 15) bieżącej współpracy w zakresie realizacji Programu z Wydziałem Spraw Społecznych i Zdrowia Starostwa Powiatowego w Poznaniu, w tym m.in. uzyskania akceptacji dla przygotowanych w ramach Programu materiałów informacyjno-promocyjnych.
3. Program Wykonawca zobowiązany jest wykonać w zakresie:
- 1) wizyty kwalifikacyjnej z oceną ryzyka: na terenie 17 gmin powiatu poznańskiego,
  - 2) badań densytometrycznych: na terenie wszystkich 17 gmin powiatu poznańskiego (mobilne lub stacjonarne pracownie densytometryczne spełniające ogólne warunki dla pracowni radiologicznych). W sytuacji braku możliwości realizacji badań na terenie poszczególnych gmin,

z przyczyn niezależnych od Wykonawcy, mieszkańcy tych gmin będą mogli skorzystać z badań realizowanych na terenie innej gminy powiatu poznańskiego. Poza obowiązkową realizacją badań densytometrycznych na terenie gmin powiatu poznańskiego, o której mowa w zdaniu pierwszym, dodatkowo dopuszcza się możliwość realizacji badań na terenie m. Poznania,

- 3) konsultacji lekarskich (realizowanych stacjonarnie):
    - a) bezpośrednio po wykonanym badaniu densytometrycznym: miejsce realizacji badania na terenie powiatu poznańskiego,
    - b) w innym terminie niż zostało wykonane badanie densytometryczne: powiat poznański lub m. Poznań (min. jedna lokalizacja wskazana przez Wykonawcę Programu);
  - 4) edukacji realizowanej stacjonarnie: miejsca realizacji badań densytometrycznych/ konsultacji lekarskiej.
4. Miejsca, o których mowa w ust. 3 winny być oznaczone jako miejsce realizacji Programu (np. poprzez wyeksponowanie plakatu informacyjnego).
  5. Program będzie realizowany w okresie od dnia podpisania umowy **do dnia 30 listopada 2026 r.** w dni powszednie, w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych (zgodnie z harmonogramem określonym przez Wykonawcę po podpisaniu umowy). Dopuszcza się realizację Programu również w soboty.
  6. Harmonogram realizacji zadania ustalony przez *Wykonawcę* zostanie dostarczony *Zamawiającemu* w terminie do 14 dni od dnia podpisania umowy. Ewentualną aktualizację harmonogramu *Wykonawca* bez zbędnej zwłoki prześle *Zamawiającemu*.
  7. W sytuacji, gdy w terminie i miejscu ustalonym z uczestniczką/uczestnikiem Programu nie zostanie zrealizowana wizyta kwalifikacyjna z oceną ryzyka/wykonane badanie/przeprowadzona lekarska wizyta podsumowująca, z przyczyn niezależnych od *Wykonawcy*, jest on zobowiązany zaproponować inny termin wykonania badania biorąc w szczególności pod uwagę konieczność terminowej realizacji niniejszej umowy.
  8. W sytuacji, gdy uczestniczka/uczestnik zrezygnuje z udziału w dalszej części Programu, rezygnacja winna zostać złożona w formie pisemnej wraz ze wskazaniem przyczyny. W przypadku nie złożenia rezygnacji w formie określonej w zdaniu pierwszym *Wykonawca* sporządzi notatkę w przedmiotowym zakresie (np. gdy uczestniczka/uczestnik Programu poinformuje o swojej rezygnacji telefonicznie). Ww. dokument zostanie dołączony do dokumentacji medycznej.
  9. *Wykonawca* realizując Program, zobowiązuje się do zamieszczania w materiałach informacyjno-promocyjnych, publikacjach, mediach informacji o treści: „*Nie daj się osteoporozie – program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego*” w 2026 r.” finansowany ze środków budżetowych Powiatu Poznańskiego” oraz logo Powiatu Poznańskiego;
  10. O udziale w Programie w poszczególnych gminach **decyduje kolejność zgłoszeń**. Maksymalną liczbę osób objętych badaniami w ramach niniejszego Programu w poszczególnych gminach określa **załącznik nr 2** do umowy.
  11. Badanie gęstości kości techniką DXA zostanie wykonane u uczestników Programu, którzy zostaną zakwalifikowani do badania przez lekarza w ramach wizyty kwalifikacyjnej z oceną ryzyka wystąpienia poważanego złamania osteoporotycznego.

12. Wykonawcę obowiązuje bezwzględny zakaz pobierania opłat oraz innych dóbr od pacjentów, członków ich rodzin lub osób trzecich działających w imieniu bądź na rzecz wcześniej wymienionych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.

**§ 4. 1.** Całkowita cena brutto za wykonanie u jednej osoby działań diagnostycznych obejmujących wizytę kwalifikacyjną z oceną ryzyka wystąpienia poważnego złamania osteoporotycznego, badania gęstości kości techniką DXA, lekarskiej wizyty podsumowującej, wynosi ..... **zł brutto**, w tym:

- 1) jednostkowa cena brutto wizyty kwalifikacyjnej z oceną ryzyka wystąpienia poważnego złamania osteoporotycznego wynosi ..... zł,
  - 2) jednostkowa cena brutto badania gęstości kości techniką DXA w szyjce kości udowej oraz w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (L1-L4) wynosi ..... zł
  - 3) jednostkowa cena brutto lekarskiej wizyty podsumowującej realizowanej stacjonarnie/ z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych (w przypadku tzw. teleporady cena ta uwzględnia połączenie telefoniczne oraz przesłania na wskazany przez świadczeniobiorcę adres korespondencyjny lub adres e-mail wyniku badania oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania) wynosi ..... zł..
2. Jednostkowa cena brutto indywidualnej edukacji zdrowotnej dla osób ze zdiagnozowaną osteoporozą w ramach Programu (wraz z wykonaniem pre-testu i post-testu), wynosi ..... zł
3. W sytuacji niezgłoszenia się uczestniczki/uczestnika Programu na konsultacje lekarską, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 4 lit. e, realizowanej stacjonarnie oraz w przypadku braku możliwości jej realizacji z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych, całkowita cena brutto wykonania u jednej osoby działań diagnostycznych obejmujących wizytę kwalifikacyjną z oceną ryzyka wystąpienia poważnego złamania osteoporotycznego, badania gęstości kości techniką DXA, wykonania opisu badania, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 4 lit. e tiret ósme, wynosi ..... **zł**, w tym:
- 1) jednostkowa cena brutto wizyty kwalifikacyjnej z oceną ryzyka wystąpienia poważnego złamania osteoporotycznego, zgodnie z ust. 1 pkt 1,
  - 2) jednostkowa cena brutto badania gęstości kości techniką DXA, zgodnie z ust. 1 pkt 2,
  - 3) jednostkowa cena brutto wykonania opisu wyniku badania DXA, ponownej oceny ryzyka złamania osteoporotycznego z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, wydania przez lekarza zaleceń dotyczących dalszego postępowania wraz z przesłaniem dokumentów na wskazany przez świadczeniobiorcę adres korespondencyjny lub adres e-mail wynosi ..... zł.
4. Całkowite ceny **brutto** usług, związanych z realizacją Programu, innych niż określone w ust. 1 - 3, wynosi:
- 1) przeprowadzenia szkolenia/szkoleń dla personelu medycznego (wraz z wykonaniem pre-testu i post-testu): ..... **zł**,
  - 2) realizacji kampanii informacyjno-promocyjnej: ..... **zł**,
  - 3) opracowania, druku i dystrybucji ulotek edukacyjnych: ..... **zł**,
  - 4) realizacji edukacji zdrowotnej on-line poprzez opracowany i udostępniony na stronie internetowej Wykonawcy film edukacyjny (wraz z wykonaniem pre-testu i post-testu): ..... **zł**,
  - 5) realizacji działań administracyjno-organizacyjnych niezbędnych dla prawidłowej realizacji Programu (np. koszty rejestracji telefonicznej, koszty obsługi kadrowo i finansowej, zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do ewaluacji i monitorowania): ..... **zł**.

5. Na realizację Programu Powiat Poznański przeznacza w roku **2026** kwotę nieprzekraczającą **150.000,00 zł** (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy złotych) brutto, w tym nie więcej niż **30.000,00 zł** (słownie: trzydzieści tysięcy złotych) brutto na działania związane z realizacją Programu obejmujące w szczególności: kampanię promocyjno-informacyjną, działania edukacyjne i administracyjno-organizacyjne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu. Maksymalne wynagrodzenie brutto przysługujące Wykonawcy na realizację Programu **określa załącznik nr 5** do umowy.
6. Zapłata za realizację Programu przekazywana będzie Wykonawcy w kwotach określonych w rachunkach lub fakturach VAT zgodnie ze sprawozdaniami miesięcznymi według wzoru stanowiącego **załącznik nr 4** do umowy, przedkładanymi przez Wykonawcę w terminach wskazanych w § 3 ust. 2 pkt 11, z uwzględnieniem ceny poszczególnych usług wskazanych w ust. 1-4.
7. Środki będą przekazywane na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany w fakturze/rachunku w terminie do 14 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku, nie wcześniej jednak niż po otrzymaniu przez Zamawiającego dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 11, z zastrzeżeniem ust. 8. Za dzień dokonania zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
8. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w otrzymanych dokumentach, o których mowa w ust. 6 Zamawiający wezwie Wykonawcę do ich usunięcia jednocześnie wstrzymując do tego czasu przekazanie środków, bez obowiązku zapłaty odsetek ustawowych z tytułu opóźnienia w zapłacie.
9. Wykonawcy nie przysługuje wynagrodzenie, jeśli nie wykonał usługi.
10. Wykonawca wystawia faktury VAT ustrukturyzowane, tj. faktury wystawione przy użyciu Krajowego Systemu e-Faktur (KSeF) wraz z przydzielonym numerem identyfikującym tę fakturę w tym systemie oraz danymi Zamawiającego:
  - a) w polu Nabywca „Podmiot2”:

Nazwa: Powiat Poznański  
NIP nabywcy: 7811840766  
Adres nabywcy: ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań  
Oznaczenie w polu „Status nabywcy”: faktura dotyczy jednostki samorządu terytorialnego (jednostki podrzędnej jednostki samorządu terytorialnego).
  - b) w polu Podmiot Inny „Podmiot3”:

Nazwa: Starostwo Powiatowe w Poznani  
NIP odbiorcy: 78 11619671  
Adres odbiorcy: ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań  
Oznaczenie roli dla „Podmiot3” - Podmiot inny: JST- odbiorca (Rola - „8”)  
Pozostałe informacje albo Dodatkowy opis: Umowa nr..... .
11. Za dzień doręczenia faktury ustrukturyzowanej Zamawiającemu uznawać się będzie dzień przydzielenia w Krajowym Systemie e-Faktur numeru identyfikującego tę fakturę (tzw. numer KSeF) pod warunkiem wystawienia faktury ustrukturyzowanej w sposób uwzględniający zasadę wskazaną w ust. 10.

12. W przypadku wystawienia przez Wykonawcę faktur ustrukturyzowanych w sposób nieuwzględniający zasady wskazanej w ust. 10, przewidziane terminy płatności nie rozpoczynają się (nie zaczynają biec) do momentu dokonania przez Wykonawcę korekty tak wystawionych faktur ustrukturyzowanych i ich doręczenia Zamawiającemu, które to korekty będą uwzględniały zasadę określoną w ust. 10.
13. W przypadku, gdy po wystawieniu przez Wykonawcę faktury ustrukturyzowanej oraz przydzieleniu tej fakturze numeru identyfikującego w Krajowym Systemie e-Faktur (KSeF) wystąpi:
- 1) niedostępność KSeF zgodnie z art. 106nh ust. 1 oraz art. 106ne ust. 4 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług,
  - 2) awaria KSeF zgodnie z art. 106nf ust. 1 oraz art. 106ne ust. 1 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług,
  - 3) awaria całkowita KSeF zgodnie z art. 106ng oraz art. 106ne ust. 3 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług,
- termin płatności wynagrodzenia przez Zamawiającego ulega wydłużeniu o czas (okres) niedostępności KSeF, awarii KSeF lub awarii całkowitej KSeF. Okres ten zaokrąglą się wzwyż do pełnego dnia kalendarzowego.
14. W przypadku, gdy ze względu na wystąpienie sytuacji, o których mowa w ust. 13 (niedostępność KSeF, awaria KSeF, awaria całkowita KSeF) Wykonawca nie będzie miał możliwości wystawienia i doręczenia faktury przy użyciu KSeF, faktury będą wystawiane zgodnie z obowiązującymi przepisami regulującymi skutki wystąpienia takich sytuacji. W takim przypadku faktury (wizualizacje faktur) będą doręczane na adres poczty elektronicznej (e-mail): e-faktury@powiat.poznan.pl. Termin płatności w odniesieniu do takich faktur liczony jest od dnia otrzymania faktury (wizualizacji faktury) przez Zamawiającego przy wykorzystaniu adresu poczty elektronicznej pod warunkiem, że faktura zawiera dane Zamawiającego, o których mowa w ust. 10. W przeciwnym wypadku termin płatności nie rozpoczyna się (nie zaczyna biec) do momentu dokonania przez Wykonawcę korekty wystawionej faktury, która to korekta będzie uwzględniać dane Zamawiającego wskazane w ust. 10.
15. Jeżeli Wykonawca nie jest zobowiązany do wysyłania faktur do KSeF, fakturę bądź rachunek należy wystawić na:
- Nabywca: Powiat Poznański, ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań, NIP: 78 11 840 766,  
Odbiorca: Starostwo Powiatowe w Poznaniu. ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań, NIP: 78 11 619 671.  
Fakturę należy doręczyć na adres poczty elektronicznej wskazany w ust. 14.
16. Wykonawca zobowiązany jest do umieszczenia numeru umowy i nazwy zadania w treści rachunku lub faktury VAT.
17. Niedozwolone jest finansowanie Programu z dwóch źródeł finansowania (tzw. „podwójne finansowanie”), przez co należy rozumieć jakiegokolwiek podwójne zrefundowanie (lub rozliczenie) całkowite lub częściowe tego samego wydatku lub uzyskanie zaliczki na poczet tego samego wydatku w programie albo w zadaniach zbieżnych merytorycznie, realizowanych w ramach innych projektów ze środków publicznych, w tym krajowych (w tym NFZ) lub pochodzących z budżetu Unii Europejskiej oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

18. Wykonawca oświadcza, że rachunek bankowy, na który będą przekazywane środki z tytułu realizacji Programu jest rachunkiem wskazanym dla Wykonawcy w wykazie informacji o podatnikach VAT, prowadzonym przez Szefa Krajowej Administracji Skarbowej, na tzw. *Białej liście*.

19. W terminie do dnia **7 grudnia 2026 r. należy przedłożyć w formie pisemnej lub elektronicznej** za pośrednictwem e-doręczeń:

- 1) sprawozdanie końcowe, zgodnie z **załącznikiem nr 4** do umowy (dodatkowo należy przesać **edytowalny plik Excel**, w sposób określony w § 3 ust. 2 pkt 12 lit. b),
- 2) oświadczenie Wykonawcy dotyczące tzw. podwójnego finansowania, zgodnie z **załącznikiem nr 7** do umowy,
- 3) informację dotyczącą oceny poziomu wiedzy odbiorców edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, na podstawie przeprowadzonych ankiet przed i po edukacji, obejmującą dane dotyczące:
  - a) liczby udzielonych odpowiedzi na poszczególne pytania oraz analizę porównawczą w tym zakresie,
  - b) odsetka odbiorców edukacji, u których uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy, z uszczegółowieniem danych dotyczących personelu medycznego oraz świadczeniobiorców,
  - c) liczby osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy (na podstawie przeprowadzanego pre-testu i post-testu),
  - d) liczby uczestników działań informacyjno-edukacyjnych (dot. odbiorców filmu edukacyjnego), u których uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy (na podstawie przeprowadzonego pre-testu i post-testu);
  - e) liczby osób poddanych indywidualnej edukacji zdrowotnej, u których uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy (na podstawie przeprowadzonego pre-testu i post-testu);
- 4) oświadczenie o zrealizowaniu obowiązku informacyjnego w imieniu Zamawiającego według wzoru określonego **w załączniku nr 8** do niniejszej umowy;
- 5) informacja o problemach, które wystąpiły podczas realizacji Programu (jeśli dotyczy).

20. W przypadku złożenia dokumentów, o których mowa w ust. 19 drogą elektroniczną, winny one zostać złożone **w formie odrębnych plików opatrzonych podpisem elektronicznym** (kwalifikowany, zaufany lub osobisty).

21. W przypadku stwierdzenia przez *Zamawiającego* nieprawidłowości w dokumentach, o których mowa w ust. 19, w szczególności w zakresie sprawozdania końcowego *Zamawiający* wezwie *Wykonawcę* do ich usunięcia, lub złożenia wyjaśnień w wyznaczonym terminie oraz ewentualnego wystawienia faktury korygującej oraz zwrotu nadpłaconych środków na rachunek bankowy *Zamawiającego* nr **14 1030 1247 0000 0000 3491 6017**.

22. *Wykonawca* zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją niniejszej umowy przez okres 5 lat od końca roku, w którym *Wykonawca* realizował niniejszą umowę tj. do dnia **31 grudnia 2031 r.**

**§ 5. 1.** *Zamawiający* sprawuje kontrolę prawidłowości wykonywania niniejszej umowy przez *Wykonawcę*, w szczególności w zakresie oceny zakresu realizacji przedmiotu umowy, sposobu i rodzaju prowadzonej dokumentacji związanej z merytorycznym rozliczeniem umowy oraz stanu wykonania umowy. Kontrola może być przeprowadzona zarówno w toku realizacji umowy oraz po jej zakończeniu do czasu ustania obowiązku, o którym mowa w § 4 ust. 22.

2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, osoby upoważnione przez *Zamawiającego* mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonywania umowy oraz żądać udzielenia, ustnie lub na piśmie, informacji dotyczących wykonania umowy.

3. *Wykonawca* na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.

4. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez *Zamawiającego* zarówno w siedzibie *Wykonawcy*, jak i w miejscu realizacji umowy.

5. O wynikach kontroli, o której mowa w ust. 1, *Zamawiający* poinformuje *Wykonawcę*, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.

6. *Wykonawca* jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń pokontrolnych, o których mowa w ust. 5, do ich wykonania i powiadomienia o tym *Zamawiającego*.

7. W razie stwierdzenia w trakcie realizacji Programu rażących uchybień lub niezastosowania się do wniosków lub zaleceń, o których mowa w ust. 5, *Zamawiający* może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia.

**§ 6. 1.** *Wykonawca* oświadcza, iż posiada zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2026 r. poz. 156).

2. *Wykonawca* zobowiązany jest posiadać zawartą umowę ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 przez cały okres realizacji niniejszej umowy.

3. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją Programu odpowiedzialność ponosi *Wykonawca*.

## Rozdział II

### Udostępnianie danych osobowych

**§ 7. 1.** *Wykonawca* i *Zamawiający* są odrębnymi „Administratorami Danych” w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 ze zm.) zwanego dalej „Rozporządzeniem”. Udostępnienie danych osobowych następuje zgodnie z Rozporządzeniem oraz innymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, chroniącymi prawa osób, których dane dotyczą.

2. *Wykonawca* i *Zamawiający* zobowiązani są realizować obowiązek informacyjny wynikający z Rozporządzenia.

3. *Zamawiający* zobowiązuje *Wykonawcę* do realizacji w imieniu *Zamawiającego* obowiązku informacyjnego, poprzez przekazanie osobom uczestniczącym w Programie informacji o przetwarzaniu danych osobowych stanowiącej **załącznik nr 9** do niniejszej umowy. *Wykonawca* pobiera od osób biorących udział w Programie potwierdzenia o zapoznaniu się z obowiązkiem informacyjnym *Zamawiającego* i przechowuje je przez okres wskazany w § 4 ust. 22.

4. *Zamawiający* zobowiązuje *Wykonawcę* do przekazania, w imieniu *Zamawiającego*, obowiązku informacyjnego personelowi uczestniczącemu w realizacji Programu ze strony *Wykonawcy*, określonego **w załączniku nr 10** do niniejszej umowy.

5. *Wykonawca* przedkłada wraz ze sprawozdaniem oświadczenie o spełnieniu, w imieniu *Zamawiającego*, obowiązku informacyjnego, wobec osób, o którym mowa w ust. 3 i 4, stanowiące **załącznik nr 8** do niniejszej umowy, zgodnie z § 4 ust. 19 pkt 4 umowy.

## Rozdział III

**Rozdział III**  
**Przepisy końcowe**

**§ 8.** Zamawiającemu przysługuje prawo żądania zapłaty kar umownych od Wykonawcy:

- 1) w przypadku odstąpienia od Umowy przez Zamawiającego z przyczyn zależnych od Wykonawcy lub rozwiązania umowy przez Zamawiającego bez wypowiedzenia - w wysokości 10% kwoty określonej w § 4 ust. 5,
- 2) w przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego, iż Wykonawca realizuje Program przez osoby inne niż wskazane pisemnie Zamawiającemu - w wysokości **500,00 zł** za każde stwierdzone naruszenie,

**§ 9.** Jeżeli wartość szkody przewyższy wartość należnych kar umownych, Zamawiający będzie mógł dochodzić od Wykonawcy odszkodowania do wysokości poniesionej szkody.

**§ 10.** Zmiana postanowień umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu Stron, w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

**§ 11.** Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonania umowy.

**§ 12.** W przypadku gdy Wykonawca rażąco naruszy istotne postanowienia umowy, Zamawiający wezwie Wykonawcę w formie pisemnej pod rygorem nieważności do usunięcia tego rażącego naruszenia istotnego postanowienia umowy w terminie 14 dni od doręczenia tego wezwania, zamieszczając w treści wezwania szczegółowy opis rażącego naruszenia istotnego postanowienia umowy, którego usunięcia domaga się od Wykonawcy. Jeżeli Wykonawca w terminie 14 dni od otrzymania tego wezwania nie usunie rażącego naruszenia istotnego postanowienia umowy opisanego w wezwaniu, wówczas Zamawiający może odstąpić od umowy, składając Wykonawcy oświadczenie o odstąpieniu od umowy w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 13.** W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie ma ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny* (Dz. U. z 2025 r. poz. 1071 ze zm.).

**§ 14.** Wszelkie spory związane z niniejszą umową podlegają rozpoznaniu przez sąd właściwy dla siedziby *Zamawiającego*.

**§ 15.** Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa egzemplarze dla *Zamawiającego* i jeden dla *Wykonawcy*./ Umowę sporządzono i podpisano w wersji elektronicznej kwalifikowanymi podpisów elektronicznych<sup>2</sup>.

**§ 16.** Umowa wchodzi w życie z dniem podpisania przez ostatnią ze Stron umowy<sup>3</sup>.

**ZAMAWIAJĄCY**

**WYKONAWCA**

.....

.....

.....

---

<sup>2</sup> Niewłaściwe skreślić.

<sup>3</sup> W przypadku zawarcia umowy w wersji elektronicznej wymagane jest opatrzenie podpisu datą.

**Maksymalna liczba osób objętych programem polityki zdrowotnej pn. „Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r.  
(§ 2 ust. 2 umowy)**

Maksymalna liczba osób objętych Programem, w zakresie działań diagnostycznych obejmujących: badanie gęstości kości, lekarską wizyty podsumowującą		
Lp.	w tym w poszczególnych gminach:	
1.	Buk	
2.	Czerwonak	
3.	Dopiewo	
4.	Kleszczewo	
5.	Komorniki	
6.	Kostrzyn	
7.	Kórnik	
8.	Luboń	
9.	Mosina	
10.	Murowana Goślina	
11.	Pobiedziska	
12.	Puszczykowo	
13.	Rokietnica	
14.	Stęszew	
15.	Suchy Las	
16.	Swarzędz	
17.	Tarnowo Podgórne	

1) Należy wypełnić w przypadku zawarcia umowy w wersji papierowej. W przypadku zawarcia umowy w wersji elektronicznej data zgodna z datą podpisania przez ostatnią ze Stron umowy.

.....  
miejscowość

.....  
data

**Zgłoszenie dodatkowego personelu do udziału w programie polityki zdrowotnej pn.  
„Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego”  
w 2026 r.  
(§ 3 ust. 2 pkt 10 umowy)**

Na podstawie § 3 ust. 2 pkt 10 umowy ws. realizacji objętych programem polityki zdrowotnej pn. „Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r. zgłaszam do udziału w ww. Programie **dodatkowy personel**, który odpowiedzialny będzie za:

**1) wywiad i wyznaczenie ryzyka wystąpienia poważnego złamania osteoporotycznego<sup>2)</sup>:**

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe
1.				

**2) skierowanie na badanie gęstości kości techniką DXA w ramach Programu<sup>2)</sup>:**

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe
1.				

**3) wykonanie badania gęstości kości techniką DXA<sup>2)</sup>:**

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe
1.				

**3) przeprowadzenie lekarskie wizyty podsumowującej<sup>2)</sup>:**

Lp.	Imię i nazwisko	Specjalizacja	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy
1.				

**4) realizację indywidualnej edukacji zdrowotnej<sup>2)</sup>:**

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe w zakresie realizacji działań informacyjno- edukacyjnych
1.				

5) przeprowadzenie szkolenia dla personelu uczestniczącego w Programie<sup>2)</sup>:

Lp.	Imię i nazwisko	Specjalizacja	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy
1.				

6) realizację działań administracyjno-organizacyjnych i innych<sup>2)</sup>:

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe	Zadania realizowane w ramach Programu
1.					

**Uwaga! Jeżeli dany punkt nie dotyczy lub ma wartość zerową należy wpisać odpowiednio „nie dotyczy” lub „0”.**

Jednocześnie oświadczam, iż osoby wskazane powyżej spełniają wymogi kadrowe, wymagane od świadczeniodawców, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie odpowiednim do przedmiotu ww. Umowy oraz w programie polityki zdrowotnej pn. „Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r.

Wobec wskazanych powyżej osób został zrealizowany obowiązek informacyjny Zamawiającego, o którym mowa w § 7 ust. 4 umowy.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

pieczęć Wykonawcy <sup>3)</sup>

(miejscowość i data)

Pieczęć <sup>3)</sup> i podpis osoby reprezentującej Wykonawcę

1) Należy wypełnić w przypadku zawarcia umowy w wersji papierowej. W przypadku zawarcia umowy w wersji elektronicznej data zgodna z datą podpisania przez ostatnią ze Stron umowy.

2) W miarę potrzeby możliwe jest dodanie kolejnych wierszy.

3) Należy wypełnić w przypadku złożenia dokumentu w wersji papierowej.



**Cześć B (informacje bez podziału na gminę zameldowania/zamieszkania)**

Rok	2026								
Miesiąc <sup>3)</sup>									
Liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci badaniami densytometrycznymi w ramach Programu, wraz ze wskazaniem powodów		Liczba świadczeniobiorców, którzy nie uczestniczyli w konsultacji lekarskiej w ramach Programu, wraz ze wskazaniem powodów		Liczba świadczeniobiorców, którzy uczestniczyli w indywidualnej edukacji zdrowotnej <sup>5)</sup>	Liczba świadczeniobiorców, którzy nie uczestniczyli w indywidualnej edukacji zdrowotnej w ramach Programu, wraz ze wskazaniem powodów <sup>5)</sup>		Liczba świadczeniobiorców skierowanych na dalszą diagnostykę i leczenie w ramach NFZ	Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie	Liczba osób, które zakończyły udział w Programie, zgodnie z zaplanowaną dla nich ścieżką
[12]	[13]	[14]	[15]	[16]	[17]	[18]	[19]	[20]	[21]
Powód	Liczba osób	Powód	Liczba osób	Liczba	Powód	Liczba osób			
<b>RAZEM</b>									

**Cześć C**

Rok	2026	
Miesiąc <sup>3)</sup>		
Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniu/szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne		
Zawód medyczny [22]	Liczba osób [23]	
<b>RAZEM</b>		

3) należy uzupełnić w przypadku sprawozdania miesięcznego

5) dotyczy osób ze zdiagnozowaną osteoporozą w ramach Programu

Cześć D

**Wykaz osób uczestniczących w programie polityki zdrowotnej pn.  
„Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r.**

Rok		2026						
Miesiąc <sup>3)</sup>								
Lp.	Inicjały imienia i nazwiska	Rok urodzenia	Wiek	Płeć	Miejscowość zameldowania/ zamieszkania	Gmina zameldowania/ zamieszkania	Data wizyty kwalifikacyjnej	Miejsce realizacji wizyty kwalifikacyjnej <sup>6)</sup>
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]

Data wykonania badania densytometrycznego	Miejsce wykonania badania densytometrycznego <sup>7)</sup>	Forma realizacji konsultacji lekarskiej <sup>8)</sup>	Data realizacji lekarskiej wizyty podsumowującej	Miejsce realizacji lekarskiej wizyty podsumowującej <sup>9)</sup>
[10]	[11]	[12]	[13]	[14]

3) należy uzupełnić w przypadku sprawozdania miesięcznego

6) należy określić adres miejsca realizacji wizyty kwalifikacyjnej

7) w przypadku pracowni stacjonarnej określić adres podmiotu, a w przypadku pracowni mobilnej określić miejsce postoju osteobusu (adres)

8) należy określić czy lekarska wizyta podsumowująca została zrealizowana stacjonarnie czy w formie tzw. teleporady

9) uzupełnić w przypadku stacjonarnej lekarskiej wizyty podsumowującej

## Cześć E

<b>Szczegółowe informacje dotyczące działań zrealizowanych w ramach Programu w zakresie:</b>		
1.	realizacji szkolenia/szkoleń dla personelu medycznego (z wykonaniem pre-testu i post-testu)	
2.	realizacji kampanii informacyjno-promocyjnej (obejmującej m.in. plakaty, informacje w mediach)	
3.	opracowania, wydrukowania i dystrybucji ulotek edukacyjnych	
4.	edukacji zdrowotnej realizowanej on-line w formie filmu edukacyjnego (z wykonaniem pre-testu i post-testu)	
5.	realizacji działań administracyjno-organizacyjnych niezbędnych dla prawidłowej realizacji Programu (rejestracja telefoniczna, obsługa kadrowa i finansowa, zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do ewaluacji i monitorowania)	

## Cześć F

<b>Informacja dotycząca oceny jakości świadczeń zdrowotnych zrealizowanych w ramach Programu na podstawie analizy ankiet przeprowadzonych anonimowo wśród odbiorców Programu oraz ewentualnych uwag zgłoszonych przez uczestników Programu:</b>

pieczęć Wykonawcy <sup>10)</sup>

(miejsowość i data)

Pieczęć <sup>10)</sup> i podpis osoby reprezentującej Wykonawcę

10) należy uzupełnić w przypadku złożenia dokumentu w wersji papierowej.

**Maksymalne wynagrodzenie brutto przysługujące Wykonawcy na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r.  
(§ 4 ust. 5 umowy)**

1.	Jednostkowa cena brutto <b>wizyty kwalifikacyjnej z ocenę ryzyka wystąpienia poważnego złamania osteoporotycznego</b> przy wykorzystaniu narzędzia FRAX PL wraz ze skierowaniem na badanie przez lekarza w ramach Programu, w tym udostępnienie wyniku FRAX świadczeniobiorcy w formie wydruku lub dokumentu elektronicznego	
2.	Maksymalna liczba osób uczestniczących w <b>wizycie kwalifikacyjnej z oceną ryzyka wystąpienia poważnego złamania osteoporotycznego</b> (zakłada się, że do 10% osób, które zgłoszą się do Programu nie zostanie zakwalifikowanych do badania)	
3.	Jednostkowa cena brutto <b>badania gęstości kości techniką DXA</b> w szyjce kości udowej oraz w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (L1-L4)	
4.	Jednostkowa cena brutto <b>przeprowadzenia lekarskiej wizyty podsumowującej</b> obejmującej ponowne wykonanie oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, omówieniem wyniku badania DXA oraz zaleceniami dotyczące dalszego postępowania	
5.	Maksymalna liczba osób, które wezmą udział w Programie (dot. badania gęstości kości, lekarskiej wizyty podsumowującej)	
6.	Jednostkowa cena brutto <b>przeprowadzenia indywidualnej edukacji zdrowotnej</b> dla osób ze zdiagnozowaną osteoporozą w ramach Programu	
7.	Maksymalna liczba osób, które wezmą udział w indywidualnej edukacji zdrowotnej (zakłada się, że osteoporoza zostanie stwierdzona u nie więcej niż 10% osób, u których zostanie wykonane badanie tj. 10% z pkt 5)	
8.	Cena brutto przygotowania i przeprowadzenia szkolenia/szkoleń dla personelu medycznego (z wykonaniem pre-testu i post-testu)	
9.	Cena brutto realizacji kampanii informacyjno-promocyjnej (w tym plakaty, informacje w mediach)	
10.	Cena brutto opracowania, wydrukowania i dystrybucji ulotek edukacyjnych	
11.	Cena brutto edukacji zdrowotnej realizowanej on-line w formie opracowanego i udostępnionego na stronie internetowej Wykonawcy Programu filmu edukacyjnego (z wykonaniem pre-testu i post-testu)	
12.	Cena brutto działań administracyjno-organizacyjnych niezbędnych dla prawidłowej realizacji Programu (np. koszty rejestracji telefonicznej, koszty obsługi kadrowo-	

	finansowej, koszty zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do ewaluacji i monitorowania)	
13.	<b>Maksymalne wynagrodzenie brutto przysługujące za realizację Programu</b> <b><math>W = (1 \times 2) + (3 \times 5) + (4 \times 5) + (6 \times 7) + 8 + 9 + 10 + 11 + 12</math></b>	

1) Należy wypełnić w przypadku zawarcia umowy w wersji papierowej. W przypadku zawarcia umowy w wersji elektronicznej data zgodna z datą podpisania przez ostatnią ze Stron umowy.

**Informacja dotycząca należnego wynagrodzenia brutto Wykonawcy związanego z realizacją programu polityki zdrowotnej pn. „Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r. w miesiącu: ..... 2026 r.**

**(§ 3 ust. 2 pkt 11 umowy)**

Lp.	Rodzaj kosztu	Liczba osób	Jednostkowa cena brutto	Całkowita cena usługi brutto
<b>Koszty bezpośrednie</b>				
1.	<b>Wizyta kwalifikacyjna z oceną ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego</b> przy wykorzystaniu narzędzia FRAX PL wraz ze skierowaniem na badanie przez lekarza w ramach Programu, w tym udostępnienie wyniku FRAX świadczeniobiorcy w formie wydruku lub dokumentu elektronicznego <i>(zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 1)</i>			
2.	<b>Badania gęstości kości techniką DXA</b> w szyjce kości udowej oraz w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (L1-L4) <i>(zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 2)</i>			
3.	<b>Przeprowadzenie lekarskiej wizyty podsumowującej</b> obejmującej ponowne wykonanie oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, omówieniem wyniku badania DXA oraz zaleceniami dotyczące dalszego postępowania <i>(zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 3)</i>			
4.	<b>Wykonanie opisu wyniku</b> badania DXA, ponownej oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, wydania przez lekarza zaleceń dotyczących dalszego postępowania wraz z przesłaniem dokumentów na wskazany przez świadczeniobiorcę adres korespondencyjny lub adres e-mail <i>(dotyczy osób, które nie zgłosiły się na lekarską wizytę podsumowującą)</i> <i>(zgodnie z § 4 ust. 3 pkt 3)</i>			
5.	<b>przeprowadzenia indywidualnej edukacji zdrowotnej</b> dla osób ze zdiagnozowaną osteoporozą w ramach Programu <i>(zgodnie z § 4 ust. 2)</i>			
<b>Koszty pośrednie</b>				
6.	Przygotowania i przeprowadzenia szkolenia/szkoleń dla personelu medycznego (z wykonaniem pre-testu i post-testu) <i>(nie więcej niż w § 4 ust. 4 pkt 1)</i>			

7.	Realizacja kampanii informacyjno-promocyjnej (w tym plakaty, informacje w mediach) <i>(nie więcej niż w § 4 ust. 4 pkt 2)</i>	
8.	Opracowanie, wydrukowania i dystrybucji ulotek edukacyjnych <i>(nie więcej niż w § 4 ust. 4 pkt 3)</i>	
9.	Edukacja zdrowotna realizowana on-line w formie opracowanego i udostępnionego na stronie internetowej Wykonawcy Programu filmu edukacyjnego (z wykonaniem pre-testu i post-testu) <i>(nie więcej niż w § 4 ust. 4 pkt 4)</i>	
10.	Działania administracyjno-organizacyjne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu (np. rejestracja telefoniczna, obsługa kadrowa i księgowość, zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do ewaluacji i monitorowania) <i>(nie więcej niż w § 4 ust. 4 pkt 5)</i>	
11.	<b>Całkowite wynagrodzenie brutto za realizację Programu w danym miesiącu</b> <b>pkt 1 + pkt 2 + pkt 3 + pkt 4+ pkt 5 + pkt 6 + pkt 7 + pkt 8 + pkt 9 + pkt 10</b>	

pieczęć Wykonawcy<sup>2)</sup>

miejsce i data

pieczęć<sup>2)</sup> i podpis osoby reprezentującej Wykonawcę

1) Należy wypełnić w przypadku zawarcia umowy w wersji papierowej. W przypadku zawarcia umowy w wersji elektronicznej data zgodna z datą podpisania przez ostatnią ze Stron umowy.

2) Należy uzupełnić w przypadku złożenia dokumentu w wersji papierowej.

**Oświadczenie Wykonawcy dotyczące rozliczenia wydatku w programie polityki zdrowotnej pn.  
„Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego”  
w 2026 r.  
(§ 4 ust. 19 pkt 2)**

Oświadczam, że wydatki związane z realizacją programu polityki zdrowotnej pn. „Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r. nie zostały sfinansowane z dwóch źródeł finansowania (tzw. „podwójne finansowanie”), przez co należy rozumieć jakiegokolwiek podwójne zrefundowanie (lub rozliczenie) całkowite lub częściowe tego samego wydatku lub uzyskanie zaliczki na poczet tego samego wydatku w programie albo w zadaniach zbieżnych merytorycznie, realizowanych w ramach innych projektów ze środków publicznych, w tym krajowych (w tym NFZ) lub pochodzących z budżetu Unii Europejskiej oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

pieczęć Wykonawcy <sup>2)</sup>

miejsowość i data

pieczęć <sup>2)</sup> i podpis osoby reprezentującej Wykonawcę

- 1) Należy wypełnić w przypadku zawarcia umowy w wersji papierowej. W przypadku zawarcia umowy w wersji elektronicznej data zgodna z datą podpisania przez ostatnią ze Stron umowy.  
2) Należy uzupełnić w przypadku złożenia dokumentu w wersji papierowej

**Oświadczenie Wykonawcy dotyczące obowiązku informacyjnego  
(§ 4 ust. 19 pkt 4 umowy)**

Oświadczam, że wobec osób, o którym mowa w § 7 ust. 3 i 4 umowy o realizacji **programu polityki zdrowotnej pn. „Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r.** został spełniony obowiązek informacyjny Zamawiającego wynikający z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 119 z 4.05.2016 r. ze zm.).

pieczęć Wykonawcy <sup>2)</sup>

miejscowość i data

pieczęć <sup>2)</sup> i podpis osoby reprezentującej Wykonawcę

1) Należy wypełnić w przypadku zawarcia umowy w wersji papierowej. W przypadku zawarcia umowy w wersji elektronicznej data zgodna z datą podpisania przez ostatnią ze Stron umowy.

2) Należy uzupełnić w przypadku złożenia dokumentu w wersji papierowej.

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**  
**(§ 7 ust. 3 umowy)**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Poznański z siedzibą przy ulicy Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
2. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: [iod@powiat.poznan.pl](mailto:iod@powiat.poznan.pl) lub pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Poznaniu ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w związku z realizacją programu polityki zdrowotnej pn. „*Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego*” w 2026 r., w tym dla celów sprawozdawczych, rozliczenia środków przekazanych na realizację Programu. Program realizowany jest na podstawie art. 8 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych przez Administratora.
5. Pani/Pan, których dane dotyczą, ma prawo do:
  - a) dostępu do swoich danych osobowych,
  - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
  - c) żądania usunięcia danych, gdy:
    - dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
    - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
  - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
    - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
    - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych
    - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
6. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek obowiązkowe, jeśli osoba deklaruje chęć uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn. „*Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego*” w 2026 r. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w ww. Programie.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
9. Odbiorcami danych osobowych są upoważnieni pracownicy Starostwa Powiatowego w Poznaniu.

**Oświadczam, że zapoznałam się z powyższą informacją o przetwarzaniu danych osobowych.**

.....  
Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

1) Należy wypełnić w przypadku zawarcia umowy w wersji papierowej. W przypadku zawarcia umowy w wersji elektronicznej data zgodna z datą podpisania przez ostatnią ze Stron umowy.

## KLAUZULA INFORMACYJNA (§ 7 ust. 4 umowy)

Zgodnie z art. 14 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) informuję, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Starosta Poznański z siedzibą przy ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
2. Wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych, z którym można kontaktować się poprzez e-mail: [iod@powiat.poznan.pl](mailto:iod@powiat.poznan.pl) lub pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Poznaniu ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
3. Pana/Pani dane osobowe zostały udostępnione przez wykonawcę umowy dotyczącej realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „*Nie daj się osteoporozie - program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego*” w 2026 r., jako niezbędne do jej realizacji. Program realizowany jest na podstawie art. 8 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 4. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane na podstawie art. 6 ust 1 lit. b i c RODO.**
5. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych przez Administratora.
6. Ma Pan/Pani prawo do żądania od Administratora:
  - a) dostępu do swoich danych osobowych,
  - b) sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
  - c) usunięcia danych, gdy :
    - dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
    - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
  - d) ograniczenia przetwarzania, gdy:
    - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
    - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych,
    - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
7. Ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
9. Odbiorcami danych są pracownicy Starostwa Powiatowego w Poznaniu.
10. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

1) Należy wypełnić w przypadku zawarcia umowy w wersji papierowej. W przypadku zawarcia umowy w wersji elektronicznej data zgodna z datą podpisania przez ostatnią ze Stron umowy.