

ZARZĄDZENIE NR^{48/2026}
BURMISTRZA CZAPLINKA
z dnia ..^{8 CZERWCA} 2026 r.

w sprawie ogłoszenia o przeprowadzeniu konkursu ofert na wybór realizatora Programu profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czaplinek na lata 2026-2029 w roku 2026.

Na podstawie art. 48b ust. 1, 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, poz. 1083, poz. 1537 i poz. 1739 oraz z 2026 r. poz. 203), zarządza się, co następuje:

§1. Ogłasza się konkurs ofert na wybór realizatora „Programu profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czaplinek na lata 2026-2029” w roku 2026, zwany dalej „konkuresem”.

§2. Ogłoszenie o konkursie stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

§3. Wykonanie zarządzenia powierza się Kierownikowi Referatu Sportu Turystyki i Promocji Urzędu Miejskiego w Czaplinku.

§4. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Burmistrz Czaplinka

Katarzyna Szłońska-Getka

Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany przez Jolanta
Czepe
Data: 2026.06.07 18:43:58 CEST

OGŁOSZENIE

Na podstawie art. 48b ust. 1, 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, poz. 1083, poz. 1537 i poz. 1739 oraz z 2026 r. poz. 203).

BURMISTRZ CZAPLINKA

Ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czapliska na lata 2026-2029” w roku 2026

1. Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora zadania w zakresie realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czapliska na lata 2026-2029” w roku 2026, zwanego dalej „Programem” zgodnie z warunkami szczegółowymi konkursu wraz z udzieleniem finansowania na jego realizację.

1) Organizatorem konkursu jest Gmina Czapliska z siedzibą ul. Rynek 6, 78-550 Czapliska.

2) Udział w konkursie mogą brać podmioty wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2026 poz. 156), gwarantujące udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach programu na terenie gminy Czapliska.

3) Czas realizacji zadania: od daty zawarcia umowy do **31.12.2026 r.**

4) Wykaz zadań, zasady ich realizacji oraz wymagania stawiane realizatorom zadania określają szczegółowe warunki konkursu, stanowiące załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia.

5) Ofertę należy wysłać na adres Urząd Miejski w Czaplisku ul. Rynek 6, 78-550 Czapliska lub złożyć w Urzędzie Miejskim w Czaplisku, ul. Rynek 6, 78-550 Czapliska, w Biurze Obsługi Interesanta (BOI). Oferenci są zobowiązani do ponumerowania każdej strony oferty oraz wymaganych załączników. Oferta musi być złożona w zamkniętej kopercie, opatrzonej pieczęcią oferenta oraz napisem „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czapliska na lata 2026-2029” w roku 2026. Otwarcie kopert tylko w obecności komisji konkursowej. Wykonawcy ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

6) Termin składania ofert upływa w dnia **1 lipca 2026 r. o godz. 10:00**

7) Przewidywany termin i miejsce otwarcia kopert w ramach postępowania konkursowego: pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czapliska na lata 2026-2029”, **2 lipca 2026 r. godz. 10:00** w Urzędzie Miejskim w

Czaplinku, z siedzibą ul. Rynek 6, 78-550 Czaplinek. Organizator nie przewiduje publicznego otwarcia złożonych ofert.

8) Przewidywany termin rozstrzygnięcia konkursu ofert: **10 lipca 2026 r.**

9) W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.

2. Oferta na realizację zadania powinna zawierać:

1) Formularz ofertowy, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia wraz z dołączonymi poświadczonymi przez oferenta za zgodność z oryginałem kopiami dokumentów:

a) wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,

b) wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej określający aktualny stan prawny i faktyczny,

c) polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych ważna w okresie wykonywania umowy, bądź zobowiązanie Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia, w przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy,

2) Formularz kalkulacji cenowej, stanowiący załącznik 3 do niniejszego ogłoszenia.

3) Oświadczenia, stanowiące załącznik 4 do niniejszego ogłoszenia, dotyczące:

a) zapoznania się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i opisem programu,

b) dysponowania personelem o kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do realizacji zadania objętego konkursem,

c) spełnienia wszystkich wymagań zawartych w szczegółowych warunkach konkursu oraz w punkcie IV.2 PPZ.

d) zgodności danych zawartych w formularzu ofertowym ze stanem faktycznym i prawnym,

e) posiadania niezbędnej wiedzy i doświadczenia do wykonania przedmiotu konkursu oraz dysponowania potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu,

f) potwierdzenia faktu, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, Oferent nie będzie wykazywał świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia,

g) niepodlegania wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2025 r. poz. 514 z późn. zm.),

h) zapoznania się z klauzulą informacyjną, która stanowi załącznik nr 6 do wzoru umowy.

3. Oferent zobowiązany jest przedstawić opis sposobu realizacji zadania zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu z podaniem:

a) miejsca i czasu przeprowadzenia poszczególnych działań w ramach realizacji programu (dane teleadresowe oraz dni i godziny udzielania świadczeń),

- b) planowany harmonogram poszczególnych etapów realizacji programu.
4. Oferty niespełniające wymogów określonych w ogłoszeniu oraz złożone po terminie zostaną odrzucone. Dopuszcza się oferty zawierające drobne uchybienia formalne pod warunkiem uzupełnienia w terminie do następnego dnia roboczego po powiadomieniu o niekompletności oferty.
5. Złożone w Konkursie oferty kierowane są pod obrady Komisji Konkursowej. Komisja Konkursowa po dokonaniu oceny ofert zgodnie z przytoczonymi niżej kryteriami wybierze najlepszą ofertę, w tym realizatora programu.
6. Kryteria wyboru Oferty: Cena całkowita brutto - 100%
- Sposób dokonywania oceny według kryterium:
- a) za kryterium można maksymalnie uzyskać 100 punktów
- b) ilość punktów przyznanych ofercie = najniższa cena całkowita brutto ze wszystkich ważnych ofert/cena całkowita brutto badanej oferty x 100 pkt
7. Oferta, która uzyska największą liczbę punktów, zostanie uznana za ofertę najkorzystniejszą.
8. Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Czaplinku, w Biuletynie Informacji Publicznej (czaplinek.bip.net.pl) i pisemne powiadomienie Oferentów.
9. Burmistrz Czaplinka zastrzega sobie prawo bez podania przyczyny do zmiany warunków konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, odwołania konkursu oraz zamknięcia konkursu bez wyboru oferty.
10. W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości założonych przez nich ofert.
11. Burmistrz Czaplinka ma prawo do wyboru jednej oferty na realizację całego zadania.
12. W terminie 7 dni od dnia ogłoszenia wyników postępowania konkursowego Oferentom przysługuje prawo do złożenia do organizatora konkursu umotywowanego protestu, który Komisja Konkursowa rozpatruje w terminie 7 dni od daty jego złożenia. W przypadku składania protestu za pośrednictwem poczty, o jego przyjęciu do rozpatrzenia decyduje data wpływu do Urzędu Miejskiego w Czaplinku.
13. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.
14. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zawartej pomiędzy Gminą Czaplinek, a wyłonionym w drodze postępowania konkursowego Oferentem.
15. Do postępowania konkursowego stosuje się przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.).
16. W zakresie nieuregulowanym w ustawach, o których mowa w ust. 16, do trybu przeprowadzania konkursu ofert i zawarcia umów na realizację programu stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.
17. Realizator zadania ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji zadania.

18. Maksymalna wysokość środków finansowych przeznaczonych ze strony Urzędu Miejskiego w Czaplunku na realizację całego zadania nie może przekroczyć kwoty 17 000,00 zł brutto (słownie siedemnaście tysięcy złotych brutto).

19. Osobą uprawnioną do kontaktów z oferentami oraz do udzielania szczegółowych informacji w przedmiocie postępowania konkursowego jest Joanna Kucharska, inspektor ds. promocji i turystyki, tel.: 94 375 47 90, e-mail: zdrowie@czaplinek.pl

Załączniki:

- 1) Załącznik nr 1 Szczegółowe warunki konkursu
- 2) Załącznik nr 2 Formularz ofertowy – Informacje o ofercie
- 3) Załącznik nr 3 Formularz kalkulacji cenowej
- 4) Załącznik nr 4 Oświadczenia oferenta

Szczegółowe warunki konkursu

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czaplinek na lata 2026-2029” w roku 2026

1. Nazwa zadania: Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czaplinek na lata 2026-2029” w roku 2026; świadczenia zdrowotne udzielane w ramach programu będą stanowiły uzupełnienie świadczeń gwarantowanych na terenie Gminy Czaplinek i będą finansowane z budżetu Gminy Czaplinek.
2. Cel zadania: Celem głównym programu jest podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy wśród co najmniej 70% uczestników szkoleń skierowanych do osób z grup ryzyka w zakresie przeciwdziałania wystąpieniu zdarzenia mózgowo-naczyniowego oraz konieczności przestrzegania zaleceń lekarskich.
3. Realizator: podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2026 poz. 156) – gwarantujący realizację świadczeń w programie na terenie Gminy Czaplinek.
4. Realizator zadania zatrudnia, na zasadzie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, wykwalifikowany personel realizujący działania zaplanowane w programie.
5. Miejsce realizacji zadania: infrastruktura pozostająca w dyspozycji Wykonawcy znajdująca się na terenie gminy Czaplinek. Realizator programu dysponuje odpowiednimi zasobami kadrowymi oraz rzeczowymi, które są niezbędne do realizacji programu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Zaplanowane działania i świadczenia zdrowotne będą udzielane w miejscu/miejscach wskazanym/wskazanych przez realizatora programu z podaniem dostępności do zaplanowanych działań i interwencji tj. danych teleadresowych oraz dni i godzin miejsca realizacji programu.
6. Adresaci zadania: mieszkańcy Gminy Czaplinek, spełniający kryteria kwalifikacji do programu.
7. Zakres zadania: Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czaplinek na lata 2026-2029” w roku 2026 poprzez:
 - I. przeprowadzenie programu zgodnie z programem polityki zdrowotnej (PPZ pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czaplinek na lata 2026-2029” – uchwalony uchwałą Nr XXIV/233/26 Rady Miejskiej w Czaplinku z dnia 27 maja 2026 r.):
 - 1) zrealizowanie szkolenia dla personelu medycznego, zgodnie z punktem III.3.1 PPZ
 - 2) zrealizowanie działań informacyjno-edukacyjnych, zgodnie z punktem III.3.2 PPZ,
 - 3) zrealizowanie lekarskich wizyt diagnostycznych wraz z analizą wyników badań, zgodnie z punktem III.3.3 PPZ,
 - 4) zrealizowanie badań diagnostycznych, zgodnie z punktem III.3.3 PPZ,

5) zrealizowanie szkolenia dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru, zgodnie z punktem III.3.4 PPZ,

- wraz z wypełnianiem formularzy zgłoszeniowych (zał. 1 PPZ) oraz przekazywaniem pacjentom ankiet satysfakcji uczestnika (zał. 3 PPZ).

II. Prowadzenie sprawozdawczości z realizacji programu w ramach monitoringu i ewaluacji, w formie pisemnej oraz elektronicznej edytowalnej, w tym zbieranie, opracowywanie, przetwarzanie i analiza danych, w tym danych wrażliwych i ochrony danych osobowych oraz pozostawanie administratorem tych danych na podstawie 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 2016 Nr 119, str. 1 oraz innymi przepisami w tym zakresie, na potrzeby programu, zgodnie z zapisami wynikającymi z Umowy.

8. Czas realizacji zadania: od dnia zawarcia umowy do dnia **31.12.2026 r.**

Formularz Ofertowy – Informacje o ofercie

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia -
program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w
Gminie Czaplinek na lata 2026-2029” w roku 2026

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....
.....

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

.....
.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.:

.....

b) adres e-mail:

.....

4. Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego
rejestru – imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu/fax, adres e-mail):

.....

5. Nr NIP Oferenta:

.....

6. Nr REGON Oferenta:

.....

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z
wpisem do właściwego rejestru):

.....

8. Nr wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności
gospodarczej:

.....

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta:

.....

10. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

11. Koordynator zadania (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

12. Informacja o wcześniejszej działalności w zakresie realizacji programów polityki zdrowotnej:

| Lp. | Okres realizacji | Strona umowy | Nazwa programu |
|-----|------------------|--------------|----------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

13. Miejsce udzielania świadczeń/realizowania usług w ramach realizacji programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach programu)

| Nazwa | Adres | tel. kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji | Dni i godziny realizacji zadania |
|-------|-------|---|----------------------------------|
| | | | |

14. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych, planowanych do wykorzystania w celu realizacji PPZ:

.....

15. Harmonogram realizacji programu z podziałem na kwartały.

| Lp. | Rok | Kwartał | Rodzaj działań w ramach realizacji programu |
|-----|------|---------|---|
| 1 | 2026 | II | |
| 2 | 2026 | III | |
| 3 | 2026 | IV | |

16. Informacja o podmiotach współpracujących (nazwa i zasady współpracy):

.....

17. Planowane działania informacyjne:

.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu:

.....

(data, pieczętka i podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji oferenta)

FORMULARZ KALKULACJI CENOWEJ

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia -
program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w
Gminie Czaplinek na lata 2026-2029” w roku 2026

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....

2. Kalkulacja kosztów zadania:

| Lp. | Rodzaj kosztu | Liczba osób /działań | Koszt jednostkowy brutto | Koszt całkowity brutto |
|---|---|----------------------|--------------------------|------------------------|
| 1 | Koszt szkolenia dla personelu medycznego (zgodnie z pkt. 7.1.1 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) | 1 | | |
| 2 | Koszt działań informacyjno-edukacyjnych (zgodnie z pkt. 7.1.2 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) | 1 | | |
| 3 | Koszt lekarskich wizyt diagnostycznych wraz z analizą wyników badań (zgodnie z pkt. 7.1.3 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) | 16 | | |
| 4 | Koszt badań diagnostycznych (zgodnie z pkt. 7.1.4 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) | 16 | | |
| 5 | Koszt szkoleń dla osób z grup wysokiego ryzyka udaru mózgu (zgodnie z pkt. 7.1.5 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) | 10 | | |
| Koszt całkowity brutto (suma z poz. 1-5) | | | | |

Koszt całkowity brutto : zł (słownie)

.....
(data, pieczęć i podpis osoby/osób
upoważnionych do reprezentacji oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERETNA

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czaplinek na lata 2026-2029” w roku 2026

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i opisem programu polityki zdrowotnej.
2. Potwierdzam, że dysponuję personelem o kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do realizacji zadania objętego konkursem.
3. Spełniam wszystkich wymagania zawarte w szczegółowych warunkach konkursu oraz w punkcie IV.2 PPZ.
4. Dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
5. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu.
6. Potwierdzam fakt, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, nie będę wykazywał świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.
7. Potwierdzam, że nie stwierdzono w stosunku do mnie niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
8. Nie jestem karany/a zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz za umyślne przestępstwo/przestępstwo skarbowe.
9. Jestem jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
10. Kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.
11. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2025 r. poz. 514 z późn. zm.).
12. Zapoznałem się z klauzulą informacyjną, która stanowi załącznik nr 6 do wzoru umowy.

.....
(data, pieczęć i podpis osoby/osób
upoważnionych do reprezentacji oferenta)