

Ogłoszenie konkursu ofert na realizację w 2025 roku i w 2026 roku „Programu polityki zdrowotnej – wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2025-2026”

1. Przedmiotem konkursu jest realizacja w 2025 roku i w 2026 roku „Programu polityki zdrowotnej- wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2025-2026”. Badaniem objęci będą mieszkańcy Kalisza:
 - 1) w 2025 roku: w wieku od 35 do 49 lat (roczniki 1976-1990);
 - 2) w 2026 roku: w wieku od 35 do 49 lat (roczniki 1977-1991)z grupy podwyższonego ryzyka.
2. Zakres programu obejmuje:
 - 1) przygotowanie materiałów informacyjno- edukacyjnych,
 - 2) przygotowanie i weryfikacja ankiety skuteczności akcji edukacyjnej,
 - 3) kwalifikowanie uczestników do części diagnostycznej (weryfikacja kryterium wieku, zamieszkania, wypełnionej ankiety obciążającego wywiadu, wyrażenia zgody na badanie oraz przetwarzanie danych osobowych),
 - 4) wykonanie badań diagnostycznych:
 - a) wykonanie badania kału na krew utajoną,
 - b) w przypadku dodatniego wyniku i/lub obciążającego wywiadu wynikającego z przeprowadzonej ankiety - konsultacja lekarza gastroenterologa,
 - c) wykonanie badania kolonoskopowego jeżeli występowało wskazanie medyczne wraz z usunięciem polipów poniżej 10 mm.
 - 5) konsultacja celem omówienia dalszego postępowania w przypadku wystąpienia niekorzystnych zmian chorobowych,
 - 6) przeprowadzenie ankiety satysfakcji z programu (ankietę przygotowuje podmiot wyłoniony w konkursie),
 - 7) sporządzenie sprawozdania z realizacji programu.
3. Wysokość środków przeznaczonych na realizację programu wynosi 100.000,00 zł w tym koszt akcji informacyjno-edukacyjnej mającej na celu wydanie materiałów w ilości ok. 3000 szt. to kwota ok. 3000 zł. Planowane kwoty na poszczególne lata:
2025: 50 000 zł
2026: 50 000 zł

Przewiduje się zawarcie umowy na okres od dnia jej podpisania do dnia 16 grudnia 2026r.
Dopuszcza się możliwość zrealizowania badań w okresie krótszym niż czas trwania umowy.

4. Oferty mogą być składane przez podmioty lecznicze, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024r., poz. 799 z późn. zm.).

5. Oferenci zobowiązani są złożyć następujące dokumenty:

- 1) ofertę na przygotowanym przez organizatora konkursu formularzu ofertowym – formularz ofertowy dostępny jest na stronie internetowej Urzędu Miasta Kalisza, w Biuletynie Informacji Publicznej oraz w Wydziale Spraw Społecznych i Mieszkaniowych Urzędu Miasta Kalisza,
- 2) opracowany wstępnie materiał informacyjno- edukacyjny (materiał edukacyjny ma na celu zwiększenie świadomości zdrowotnej nt. raka jelita grubego, materiał powinien zawierać informacje nt. Populacyjnego Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego w celu zwiększenia zgłaszalności na badania). Uwaga! Miasto zastrzega, że w przypadku wyboru oferty może wykorzystać opracowany materiał edukacyjny w ramach kampanii informacyjno- edukacyjnej programu.

- 3) aktualny odpis z rejestru,
- 4) kopię statutu lub regulaminu organizacyjnego,
- 5) kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej,
- 6) Oświadczenia:
 - a) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu i regulaminem organizowania konkursu określonym w Zarządzeniu Nr 2/2022 Prezydenta Miasta Kalisza z dnia 4 stycznia 2022 roku.
 - b) oświadczenie oferenta, że sprzęt medyczny, używany do realizacji badań, spełnia wymogi, określone w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2024 poz. 1620 z późn. zm.),
 - c) oświadczenie oferenta, że osoby, które będą wykonywały badania – świadczenia zdrowotne - w ramach programu będącego przedmiotem konkursu posiadają odpowiednie kwalifikacje i aktualne uprawnienia do ich wykonywania,
 - d) oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych,
 - e) oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
 - f) oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,
 - g) oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

6. Ofertę w zaklejonej kopercie z podaną nazwą i adresem podmiotu składającego ofertę opatrzoną napisem: **„Oferta na realizację w Kaliszu „Programu polityki zdrowotnej – wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2025-2026”** *(nie otwierać przed terminem otwarcia ofert)* należy złożyć do dnia 30.04.2025r. do godziny 10.00. Oferty można wysłać pocztą kurierską lub składać w zaklejonych kopertach, od pon. do pt. w godz. 7.30-15.30 z wyjątkiem dni wolnych od pracy, w Wydziale Spraw Społecznych i Mieszkaniowych Urzędu Miasta Kalisza ul. Kościuszki 1a pok. 120. Pracownik Wydziału Spraw Społecznych i Mieszkaniowych potwierdzi złożenie oferty z datą i godziną jej przyjęcia. W przypadku przesłania oferty o dotrzymaniu terminu decyduje data wpływu do Urzędu Miasta Kalisza. Wszystkie koszty związane ze sporządzeniem i złożeniem oferty ponosi Oferent. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

7. Wyboru oferty dokona Prezydent Miasta Kalisza w formie zarządzenia Prezydenta Miasta Kalisza - na podstawie formalnej i merytorycznej oceny ofert dokonanej przez Komisję Konkursową do dnia 15.05.2025r.

Wyniki konkursu zostaną podane oferentom na piśmie oraz przekazane do publicznej wiadomości w formie informacji zamieszczonej na tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta Kalisza Główny Rynek 20, na stronie internetowej Urzędu Miasta: www.kalisz.pl oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.

8. Komisja Konkursowa dokona oceny złożonych ofert wg następujących kryteriów:

Kryteria formalne

- 1) Oferta została złożona przez uprawniony podmiot;
- 2) Oferta została podpisana przez osobę/y upoważnioną/e do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta;
- 3) Oferta została złożona i wypełniona prawidłowo zgodnie ze wzorem, stanowiącym załącznik do ogłoszenia;
- 4) Oferent zapewnił warunki kadrowe i lokalowe do realizacji zadania;
- 5) Oferent zapewnił kwalifikacje osób realizujących zadanie;

6) Złożono wszystkie wymagane załączniki do oferty;
Dopuszcza się poprawienie błędów formalnych przez oferenta w wyznaczonym terminie.

Ocenie merytorycznej podlega każda oferta oceniona pozytywnie na etapie oceny formalnej.

Kryteria merytoryczne

- 1) Kalkulacja kosztów wykonywanych świadczeń na 1 osobę (0-10)
- 2) Dostępność do usług (liczba dni w tygodniu oraz godziny dotyczące realizacji) (0-10)
- 3) Dotychczasowa działalność w dziedzinie objętej konkursem - doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej organizowanych przez Miasto lub inne podmioty, w tym ocena współpracy z Miastem – ocena efektywności i rzetelności wykonywania realizowanych wcześniej programów (0-5)
- 4) Określenie sposobu przeprowadzenia akcji informacyjno- edukacyjnej realizacji zadania (0-05)

Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania wynosi 30.

Ocena poszczególnych członków Komisji przedstawiana jest w postaci liczb całkowitych. Ostateczna liczba punktów to średnia sumy punktów przyznanych przez poszczególnych członków Komisji. Oferty, które w wyniku oceny merytorycznej uzyskały średnią liczbę punktów poniżej 15 nie kwalifikują się do finansowania w konkursie.

9. W przypadku gdy oferent wyłoniony w konkursie jest stroną umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, umowa zawarta pomiędzy Miastem, a Oferentem, może obejmować wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec Oferenta w danym zakresie.

10. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Prezydenta Miasta Kalisza odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania, w terminie 7 dni licząc od dnia ogłoszenia Komunikatu o rozstrzygnięciu konkursu. Odwołanie od rozstrzygnięcia konkursu składa się w formie pisemnej. Prezydent Miasta Kalisza rozpatruje odwołanie w ciągu 14 dni. Rozstrzygnięcie odwołania podawane jest do publicznej wiadomości w sposób określony w §8 Regulaminu organizowania konkursów ofert na realizację miejskich programów polityki zdrowotnej w mieście Kaliszu.

PREZYDENT
MIASTA KALISZA
/---/
Krystian Kinastowski

KLAUZULA INFORMACYJNA:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” pragniemy poinformować, że:

Administratorem danych osobowych będzie Prezydent Miasta Kalisza mający swoją siedzibę w Kaliszu przy Głównym Rynku 20, z którym można skontaktować się listownie: Główny Rynek 20, 62-800 Kalisz, e-mailowo: umkalisz@um.kalisz.pl lub telefonicznie: 62/765 43 00. Administrator powołał Inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się telefonicznie: +48 62/765 43 56 lub e-mailowo: iod@um.kalisz.pl.

Przekazane dane osobowe będą przetwarzane w celu wyłonienia wykonawcy a w przypadku jego wyłonienia w celu zawarcia umowy i jej realizacji (art. 6 ust. 1 lit. b RODO) oraz realizacji obowiązków prawnych ciążących na administratorze w związku z zawarciem tej umowy (art. 6 ust. 1 lit. c). Ponieważ realizacja umowy finansowana będzie ze środków publicznych informacje dotyczące realizacji umowy mogą być udostępniane w trybie przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa. Dane mogą być udostępnione firmie Asseco Data Systems S.A. mającej siedzibę w Gdyni przy ul. Podolskiej 21, świadczącej usługi wsparcia technicznego systemu informatycznego Zintegrowanego Systemu Informatycznego OTAGO wspierającego realizację zadania, w zakresie jakim jest to niezbędne do zapewnienia właściwego funkcjonowania tego systemu.

Administrator zobowiązany jest stosować przepisy rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych zatem dane osobowe będą przechowywane, po załatwieniu sprawy i przekazaniu do archiwum zakładowego, przez czas określony dla danej kategorii archiwalnej wskazanej w „Jednolitym rzeczowym wykazie akt organów gminy i związków międzygminnych oraz Urzędów obsługujących te organy i związki” stanowiącym załącznik nr 2 do tego rozporządzenia - dokumentacja z realizacji zadań po 10 latach przechowywania w archiwum zakładowym podlegają ekspertyzie przeprowadzonej przez archiwum państwowe co do zasadności dalszego jej przechowywania

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
4. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
5. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

Podanie danych jest niezbędne do podjęcia działań związanych z wyłonieniem wykonawcy, zawarciem umowy z wykonawcą i spełnienia obowiązków ciążących na Administratorze w związku z jej zawarciem. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości zawarcia umowy i jej rozliczenia. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą wykorzystywane do profilowania.

dotyczący realizacji w Kaliszu „Programu polityki zdrowotnej- wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2025-2026”.

<i>1. I. DANE OFERENTA</i>			
Pełna nazwa oferenta zgodna z wpisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą			
Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą			
Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru /ewidencji			
Dane adresowe siedziby podmiotu leczniczego, a w przypadku osoby fizycznej adres do korespondencji	Kod :	Miejscowość:	Ulica i numer domu:
	Numer telefonu:	Numer faksu :	e-mail:
Nazwa podmiotu leczniczego			
Dane adresowe podmiotu leczniczego	Kod:	Miejscowość:	Ulica i numer domu:
	Numer telefonu:	Numer faksu :	e-mail:
Osoby upoważnione do reprezentacji podmiotu leczniczego:	Imię:	Nazwisko:	Funkcja:
	Imię:	Nazwisko:	Funkcja:
Osoba upoważniona do prowadzenia rozliczenia finansowego	Imię:	Nazwisko:	Funkcja:
Numer NIP:	Numer REGON:		
Nazwa banku:	Numer rachunku bankowego:		
Rozliczenie realizacji zadania będzie dokonywane na podstawie: a) rachunku * b) faktury VAT * <i>*niepotrzebne skreślić</i>			

**II KALKULACJA KOSZTÓW w latach 2025 – 50 000 zł, w 2026 – 50 000 zł łącznie
100 000zł (w tym 3 000 zł akcja informacyjno– edukacyjna)**

1) Akcja informacyjno- edukacyjna (3 000zł)

Poszczególne składowe kosztu jednostkowego	Koszt w zł (brutto)
1.	
2.	
3.	
4.	
Koszt ogółem (brutto)	

2) Kalkulacja kosztów wykonywanych świadczeń na 1 osobę

Poszczególne składowe kosztu jednostkowego	Koszt w zł (brutto)
1. Badanie kału na krew utajoną	
2. Konsultacja gastroenterologa	
3. Wykonanie badania kolonoskopowego	
4.	
Koszt ogółem (brutto)	

***III.LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB WYKONUJĄCYCH BADANIA I KONSULTACJE
W RAMACH PROGRAMU***

liczba personelu:			liczba etatów:	
Lp.	Imię	Nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Uzyskany stopień specjalizacji

IV. INNE INFORMACJE		
1) WARUNKI LOKALOWE		
Pomieszczenia do udzielania świadczeń	Liczba	Powierzchnia (w m²)
2) SPOSÓB REJESTRACJI PACJENTÓW:		
3) CZAS I MIEJSCE REALIZACJI PROGRAMU:		
Czas wykonywania badań w ramach programu:	dni tygodnia:	Godziny (od..do.):
Miejsce wykonywania badań w ramach programu:	Ulica, numer domu, nr pokoju itp.:	
4) PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY:		
5) PROPONOWANA LICZBA OSÓB OBJĘTYCH PROGRAMEM		
2025		
2026		
6) DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ		
7) OPIS REALIZACJI AKCJI INFORMACYJNO-EDUKACYJNEJ		

V. Podpisy osób uprawnionych do reprezentacji podmiotu zgodnie z dokumentacją :

1.....

2.....

3.....

Wymagane załączniki do oferty :

1) aktualny odpis, informację z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub innego właściwego rejestru, ewidencji,

2) kopia statutu lub regulaminu organizacyjnego,

3) kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej,

4) Oświadczenia:

a) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu i regulaminem organizowania konkursu, określonym w Zarządzeniu 2/2022 Prezydenta Miasta Kalisza z dnia 4 stycznia 2022 roku w sprawie określenia Regulaminu organizowania konkursów ofert na realizację miejskich programów polityki zdrowotnej w mieście Kaliszu.

b) oświadczenie oferenta, że sprzęt medyczny, używany do realizacji badań, spełnia wymogi, określone w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2024 poz. 1620 z późn. zm.),

c) oświadczenie oferenta, że osoby, które będą wykonywały badania – świadczenia zdrowotne - w ramach programu będącego przedmiotem konkursu posiadają odpowiednie kwalifikacje i aktualne uprawnienia do ich wykonywania.

d) oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych

e) oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,

f) oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,

g) oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

PREZYDENT
MIASTA KALISZA

/---/

Krystian Kinastowski

Ramowy projekt umowy

UMOWA nr/WSSM/2025

zawarta w dniuw Kaliszu

pomiędzy:

Miastem Kalisz z siedzibą w Kaliszu Główny Rynek 20, NIP 618-001-59-33 zwanym dalej **"Miastem"**, w imieniu którego działają :

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

a.....
zwanym w dalszej treści umowy **"Podmiotem leczniczym"**

o udzielenie przez Miasto zamówienia na świadczenie zdrowotne wykonywane przez Podmiot leczniczy w ramach „Programu polityki zdrowotnej- wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2025-2026”.

§1

1. Miasto zleca, a Podmiot leczniczy przyjmuje do realizacji dla osób zamieszkałych w Kaliszu:

1) w 2025 roku od 35 do 49 roku życia (roczniki 1976-1990);

2) w 2026 roku od 35 do 49 roku życia (roczniki 1977-1991)

z grupy podwyższonego ryzyka, udzielenie świadczenia zdrowotnego polegającego na wykonywaniu badania kału na krew utajoną, a w przypadku dodatniego wyniku i/lub obciążającego wywiadu wynikającego z przeprowadzonej ankiety- konsultacji lekarza gastroenterologa i wykonanie badania kolonoskopowego, jeżeli występowało wskazanie medyczne wraz z usunięciem polipów poniżej 10mm.

2. Zakres programu obejmuje:

1) przygotowanie i wydruk materiałów informacyjno- edukacyjnych,

2) przygotowanie i weryfikacja ankiety skuteczności akcji edukacyjnej,

3) kwalifikowanie uczestników do części diagnostycznej (weryfikacja kryterium wieku, zamieszkania, wypełnionej ankiety obciążającego wywiadu, wyrażenia zgody na badanie oraz przetwarzanie danych osobowych),

4) wykonanie badań diagnostycznych:

a) wykonanie badania kału na krew utajoną,

b) w przypadku dodatniego wyniku i/lub obciążającego wywiadu wynikającego z przeprowadzonej ankiety - konsultacja lekarza gastroenterologa,

c) wykonanie badania kolonoskopowego jeżeli występowało wskazanie medyczne wraz z usunięciem polipów poniżej 10 mm.

5) konsultacja celem omówienia dalszego postępowania w przypadku wystąpienia niekorzystnych zmian chorobowych,

6) przeprowadzenie ankiety satysfakcji z programu (ankietę przygotowuje podmiot wyłoniony w konkursie),

7) sporządzenie sprawozdania z realizacji programu.

3. Badania kału na krew utajoną wykonywane będą w ramach limitu o którym mowa w §7 ust.1 umowy, bez skierowania mieszkańcom Kalisza, którzy spełnią warunki – kwalifikacji wiekowej, miejsca zamieszkania oraz przynajmniej jedno kryterium określone w ankiecie obciążającego wywiadu (ankieta stanowi załącznik nr 1 do umowy) i zgłoszą się bezpośrednio do Podmiotu leczniczego celem wykonania badania. Konsultacje lekarza gastroenterologa wykonywane będą w przypadku dodatniego wyniku i/lub obciążającego wywiadu wynikającego z przeprowadzonej ankiety, w ramach limitu o którym mowa w §7 ust. 1. Wykonanie badania kolonoskopowego na podstawie skierowania lekarza gastroenterologa w ramach limitu określonego w §7 ust. 1.

4. W ramach realizacji programu Podmiot leczniczy zobowiązany jest do przygotowania materiału informacyjno- edukacyjnego zawierającego logotyp Miasta oraz wydruk materiałów, które rozdysponowane będą przy współudziale Miasta.
5. Dopuszcza się skorzystanie ze świadczeń zdrowotnych określonych w ust.3 przez tego samego pacjenta tylko raz w danym roku kalendarzowym.
6. Podmiot leczniczy zobowiązany jest do osobistego świadczenia usług objętych niniejszą umową, a na ewentualne zlecenie świadczenia zdrowotnego w zakresie objętym umową do wykonania przez podwykonawcę wymagana jest pisemna zgoda Miasta. Zgoda nie jest wymagana w przypadku podwykonawców wskazanych w ofercie.
7. Podmiot leczniczy ponosi pełną odpowiedzialność za udzielenie świadczenia zdrowotnego przez osoby trzecie, które udzielają świadczeń zdrowotnych w zastępstwie Podmiotu leczniczego. Osoby trzecie zastępujące Podmiot leczniczy powinny być ubezpieczone od odpowiedzialności cywilnej. Koszty zastępstwa ponosi Podmiot leczniczy.
8. Informacja o organizacji udzielania przedmiotowego świadczenia zdrowotnego zamieszczona zostanie przez Miasto na stronie internetowej: www.kalisz.pl . Podmiot leczniczy zobowiązuje się do informowania, że program jest finansowany ze środków Budżetu Miasta Kalisza.

§2

1. Podmiot leczniczy zobowiązuje się realizować świadczenie zdrowotne stanowiące przedmiot umowy w następujący sposób:
 - przekazanie próbek- materiału do badań kału na krew utajoną przez pacjenta nastąpić może
 - w przypadku dodatniego wyniku badania i/lub obciążającego wywiadu wynikającego z przeprowadzonej ankiety obciążającego wywiadu pacjent będzie zapraszany na konsultacje lekarza gastroenterologa i badanie kolonoskopoweW przypadku wyczerpania limitu o których mowa w §7 ust. 1 pacjent będzie informowany o możliwości skorzystania z badań na zasadach ogólnych.
2. Umowa obowiązuje od dnia jej zawarcia do 16.12.2026r.

§3

Podmiot leczniczy oświadcza , iż osoby wykonujące świadczenia zdrowotne w ramach niniejszej umowy posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia oraz, że osoby te udzielają świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§4

W razie niemożności udzielenia świadczeń przez osoby, o których mowa w §3, spowodowanej urlopem, zwolnieniem lekarskim lub inną przyczyną, Podmiot leczniczy zobowiązuje się do zapewnienia we własnym zakresie ciągłości udzielania świadczenia w ramach środków finansowych określonych w umowie.

§5

Pomieszczenia, w których będą wykonywane świadczenia zdrowotne oraz aparatura i sprzęt medyczny muszą odpowiadać standardom określonym w obowiązujących przepisach oraz posiadać krajowe atesty.

§6

Podmiot leczniczy ma obowiązek zaopatrywania się we własnym zakresie i na własny koszt w materiały i artykuły sanitarne, sprzęt jednorazowego użytku oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń na podstawie niniejszej umowy.

§7

1. Podstawą wystawienia faktury przez Podmiot leczniczy będzie ilość wykonanych badań diagnostycznych pacjentów ustalona według rejestru prowadzonego przez Podmiot leczniczy z zastrzeżeniem, że przewidywana :
 - 1) w 2025r.:
 - a) ilość badań kału na krew utajoną wyniesie
 - b) ilość konsultacji lekarza gastroenterologa wyniesie
 - c) ilość badań kolonoskopowych wyniesie
 - 2) w 2026r.:
 - a) ilość badań kału na krew utajoną wyniesie
 - b) ilość konsultacji lekarza gastroenterologa wyniesie
 - c) ilość badań kolonoskopowych wyniesie
2. Podmiot leczniczy zobowiązany jest do prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji finansowo – księgowej środków otrzymanych na realizację zadania zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy z dnia 29 września 1994r. o rachunkowości (Dz.U. z 2023r. poz. 120) w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.

§8

1. Za zdiagnozowanie jednego pacjenta, obejmujące pełny zakres usług zdrowotnych określonych w §1, Miasto przekaze środki finansowe w wysokości:
 - a)zł (słownie:00/100) brutto w tym podatek VAT- za wykonanie jednego badania kału na krew utajoną,
 - b)zł (słownie:00/100) brutto w tym podatek VAT- za przeprowadzenie konsultacji lekarza gastroenterologa,
 - c) zł (słownie:00/100) brutto w tym podatek VAT- za badanie kolonoskopowe
2. Łączna wartość świadczeń zdrowotnych nie może przekroczyć kwoty00zł (słownie złotych:.....) brutto w tym podatek VAT, z tego w:
 - a) 2025r. - zł (słownie:..... 00/100)
 - b) 2026r. - zł (słownie:..... 00/100)
3. Za wykonanie świadczeń obejmujących przygotowanie i wydruk materiałów informacyjno-edukacyjnych Miasto przekaze środki w wysokości 3000 zł (słownie: trzy tysiące złotych) brutto
 - a) 2025r. - zł (słownie:..... 00/100)
 - b) 2026r. - zł (słownie:..... 00/100)
4. Łączna wartość umowy nie może przekroczyć kwotyzł (słownie:) brutto w tym podatek VAT z tego w:
 - a) 2025r. - zł (słownie:..... 00/100)
 - b) 2026r. - zł (słownie:..... 00/100)
5. Środki finansowe należne za wykonane świadczenia zdrowotnego przekazane będą przelewem bankowym miesięcznie na **rachunek bankowy Podmiotu leczniczego nr**na podstawie faktury i wykazu imiennego uczestników programu - wzór wykazu stanowi załączniki nr 4 do umowy, w terminie 21 dni od daty doręczenia faktury.
6. Faktura za wykonanie świadczeń w miesiącu grudniu dostarczona zostanie najpóźniej do
 - a) 17 grudnia 2025r.
 - b) 17 grudnia 2026r.
7. Dane Miasta potrzebne do wystawienia faktury: **Miasto Kalisz, Główny Rynek 20, NIP 618 - 001 - 59 - 33.**
8. Za dzień zapłaty wynagrodzenia przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Miasta.
9. Podmiotowi leczniczemu nie przysługuje przekazanie przez Miasto środków finansowych za wykonanie świadczenia zdrowotnego innego niż określone w §1 umowy oraz z naruszeniem

warunków w nim określonych.

10. Niezależnie od obowiązków ciążyących na Podmiocie leczniczym wynikających z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) Podmiot leczniczy zbierając dane o których mowa w ust. 2 zobowiązuje się zapoznać pacjentów z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która stanowi załącznik nr 5 do umowy.

§9

1. Podmiot leczniczy zobowiązany jest do przedłożenia Miastu sprawozdania rocznego z wykonania programu do:
 - a) 17 grudnia 2025r.
 - b) 17 grudnia 2026r.
2. Podmiot leczniczy zobowiązany jest do przedłożenia Miastu sprawozdania końcowego z wykonania programu do 22 grudnia 2026r.
3. Wzór sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 stanowi załącznik nr 2 do umowy, a wzór sprawozdania końcowego, o którym mowa w ust. 2 stanowi załącznik nr 3 do umowy.

§10

1. Należności wypłacone na podstawie umowy nie mogą być przeznaczone na inne cele, niż związane z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Podmiot leczniczy zobowiązany jest wydatkować je w sposób najbardziej racjonalny i celowy, przy jednoczesnym zapewnieniu świadczeń zgodnych z przyjętymi standardami.
3. W przypadku gdy Podmiot leczniczy jest w w/w zakresie stroną umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, umowa zawarta pomiędzy Miastem a Podmiotem leczniczym, obejmuje wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec Podmiotu leczniczego w danym zakresie.

§11

1. Miasto zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wyrywkowej kontroli - przez osoby upoważnione przez Miasto, bez konieczności wcześniejszego zawiadomienia Podmiotu leczniczego, w godzinach, w których powinny być realizowane prace objęte umową. Kontrola dotyczy w szczególności:
 - 1) sposobu korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, dostępności i jakości świadczeń oraz zasad organizacji ich udzielania,
 - 2) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń.
2. Podmiot leczniczy zobowiązany jest do przedłożenia wszelkich niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i okazania pomocy upoważnionym przez Miasto osobom podczas i w związku z przeprowadzaną kontrolą.
3. Podmiot leczniczy zobowiązany jest do wykonania zaleceń pokontrolnych w wyznaczonych terminach.
4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości związanych z wykonywaniem umowy i nie zastosowaniem się do zaleceń pokontrolnych Miasto może dokonać pomniejszenia należności Podmiotu leczniczego zagwarantowanych niniejszą umową.
5. Kontrole dokumentacji medycznej i jakości świadczeń zdrowotnych mogą być przeprowadzone tylko przez osoby, upoważnione przez Miasto.

§12

1. W razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami z przyczyn leżących po stronie Podmiotu leczniczego, a także nie usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych w czasie kontroli, Podmiot leczniczy zapłaci Miastu karę umowną w wysokości 5% łącznej wartości umowy, określonej w §8 ust.4 za każdy przypadek.

2. Podmiot leczniczy wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z przysługujących środków finansowych przekazywanych przez Miasto za wykonanie świadczenia zdrowotnego

§13

1. Podmiot leczniczy zobowiązany jest do:
 - 1) ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem i zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w §1 ust. 2.
 - 2) okazania polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w pkt. 1 przy podpisywaniu umowy oraz niezwłocznego dostarczenia kopii polisy stanowiącej kontynuację ubezpieczenia w przypadku gdy termin jej obowiązywania upływa przed terminem na jaki zawarta została umowa, a określonym w §2 ust. 2.
2. Miasto nie ponosi jakiegokolwiek odpowiedzialności za szkody wyrządzone osobom trzecim przez Podmiot leczniczy w związku z wykonywaniem, czy zaniechaniem wykonywania świadczeń zdrowotnych.

§14

Podmiot leczniczy zobowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania wynikającego z umowy, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania jest następstwem okoliczności, za które Podmiot leczniczy odpowiedzialności nie ponosi.

§15

Podmiot leczniczy zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej oraz na zasadach wynikających z odrębnych przepisów.

§16

Stronom przysługuje prawo rozwiązania umowy na zasadzie porozumienia stron w przypadku braku możliwości realizacji programu zgodnie z §1 niniejszej umowy szczególnie ze względu na sytuację epidemiczną.

§17

1. Umowa może być wypowiedziana w całości lub w części przedmiotu umowy, przez każdą ze stron, za jednomiesięcznym wypowiedzeniem dokonany na koniec miesiąca kalendarzowego. Podstawą wypowiedzenia umowy może być naruszenie obowiązków wynikających z niniejszej umowy a w szczególności:
 - 1) ograniczenie dostępności do wykonywanych świadczeń zdrowotnych, zawężenie ich zakresu lub nieodpowiednia jakość,
 - 2) rażące niewywiązywanie się z obowiązku zabezpieczenia świadczeń diagnostycznych w ramach programu polityki zdrowotnej,
 - 3) nie przekazywanie wymaganych przez Miasto informacji,
 - 4) skarg pacjentów wskazujących na rażące naruszenia Umowy,
 - 5) w razie nieuzasadnionej zwłoki w zapłacie za wykonane świadczenia zdrowotne.
2. Miasto może wypowiedzieć umowę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 1, w razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
3. Wypowiedzenie umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§18

1. Miasto może wypowiedzieć Umowę w całości lub w części przedmiotu Umowy, bez zachowania terminu wypowiedzenia w przypadkach:
 - 1) przerwy w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych powyżej 14 dni,
 - 2) wykorzystywania środków pieniężnych przekazanych przez Miasto na inne cele niż określone w Umowie,

- 3) podania przez Podmiot leczniczy niezgodnych ze stanem faktycznym danych i informacji będących podstawą finansowania świadczeń zdrowotnych lub wysokości poszczególnych płatności,
 - 4) odmowy poddania się kontroli bieżącej realizacji Umowy lub przeprowadzenia niezbędnych czynności kontrolnych,
 - 5) nieuwzględnienie zaleceń pokontrolnych,
 - 6) pobierania nienależnych opłat od uczestników programu,
 - 7) utraty przez Podmiot leczniczy zdolności do realizacji świadczeń na rzecz Miasta,
 - 8) nie przedłożenia aktualnej polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w §13.
2. Wypowiedzenie umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
3. W wypadku wypowiedzenia umowy w trybie opisanym w ust.1, Miasto może naliczyć Podmiotowi leczniczemu karę umowną w wysokości 30% łącznej wartości umowy określonej w §8 ust.4.

§19

Miasto zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonych w umowie kar umownych.

§20

Zmiana postanowień zawartej umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu stron wyrażoną w formie pisemnej aneksu, pod rygorem nieważności takiej zmiany.

§21

Ewentualne spory wynikłe na tle niniejszej umowy będzie rozstrzygał sąd powszechny właściwy dla siedziby Miasta.

§22

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawne, a w szczególności Kodeksu Cywilnego, ustawy o finansach publicznych, ustawy o rachunkowości oraz ustawy o działalności leczniczej.

§23

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Miasta i jeden dla Podmiotu leczniczego.

/ Miasto /

/ Podmiot leczniczy

PREZYDENT
MIASTA KALISZA
/---/
Krystian Kinastowski

Ankieta obciążającego wywiadu: Programu polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Imię..... Nazwisko.....płeć.....data
urodzenia..... wzrost (cm)..... waga (kg).....
Adres.....
(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, numer mieszkania)
Telefon: dom..... praca..... kom.....

Czy występują u Pana(i) następujące objawy (zaznaczyć krzyżykiem właściwą odpowiedź):		
1. Obecność krwi w stolcu (jeśli masz hemoroidy zawsze zaznacz NIE)	TAK	NIE
2. Bez powodu biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach	TAK	NIE
3. Chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana	TAK	NIE
Czy miał(a) Pan(i) wykonaną pełną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat? (Jeżeli tak, proszę dostarczyć kserokopię wyniku poprzedniego badania)	TAK	NIE

Dane o krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci):

Czy ktoś z tych krewnych miał nowotwór w obrębie jamy brzusznej?	TAK	NIE	NIE WIEM
--	-----	-----	-------------

Jeśli TAK, proszę wypełnić poniższą tabelę:

Pokrewieństwo (np. ojciec, matka)	Lokalizacja nowotworu (np. odbytnica, żołądek itp. lub nie wiem)	Wiek tej osoby, gdy rozpoznano nowotwór (może być orientacyjnie)

Zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź:		
Czy rozpoznano u Pana(i) istotne choroby: Serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp., jeśli TAK, proszę wymienić	TAK	NIE
Czy choruje Pan(i) na cukrzycę:	TAK	NIE

Czy stosuje Pan(i) insulinę? Jeśli TAK: od ilu lat.....	TAK	NIE
Czy pali Pan(i) papierosy Jeśli TAK: od ilu lat..... ile sztuk dziennie.....	TAK	NIE
Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) papierosy: Jeśli TAK: ile lat..... ile sztuk dziennie od ilu lat nie pali.....	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmował(a) Pan(i) przewlekle (co najmniej przez 3 miesiące):		
- kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna)	TAK	NIE
- jeden z leków: (Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid, Omar, Gasec, Ortanol):	TAK	NIE
U kobiet: Czy stosuje (stosowała) Pani hormonalną terapię zastępczą?	TAK(ile lat.....)	NIE

Przebyte operacje brzuszne:.....

Uwagi:.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą, jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolonoskopii w ramach badań profilaktycznych. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji programu.

Data..... Podpis.....

Pacjent KWALIFIKUJE SIĘ/ NIE KWALIFIKUJE SIĘ do badania kolonoskopii.

.....

pieczętka + podpis lekarza kierującego

SPRAWOZDANIE ROCZNE

z realizacji umowy nr /WSSM/2025 z dniaw przedmiocie świadczenia usług zdrowotnych w ramach „Programu polityki zdrowotnej- wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2025-2026”.

Podmiot realizujący usługi zdrowotne:

.....

Okres realizacji umowy: od dnia.....

1. Liczba rozdysponowanych materiałów edukacyjnych

.....

2. Liczba wypełnionych ankiet obciążającego wywiadu

.....

3. Liczba wypełnionych ankiet skuteczności akcji edukacyjnej

.....

4. Liczba osób u których nastąpiło zwiększenie świadomości nt. raka jelita na podstawie weryfikacji ankiet dot. skuteczności materiałów edukacyjnych

.....

5. Liczba wypełnionych ankiet satysfakcji

.....

6. Analiza ankiet satysfakcji

.....

7. Liczba przeprowadzonych badań kału na krew utajoną

a) wiek 35-49 lat

8. Liczba konsultacji gastroenterologa

a) wiek 35-49 lat

9. Liczba wykonanych kolonoskopii:

- kolonoskopii diagnostycznych

a) wiek 35-49 lat

- kolonoskopii wraz z usunięciem polipa

a) wiek 35-49 lat

- kolonoskopii wykrywających inne zmiany chorobowe

a) wiek 35-49 lat

10. Liczba i rodzaj wykrytych zmian chorobowych

a) wiek 35-49 lat

11. W przypadku niewykonania umowy w 100% należy podać przyczynę:

.....

12. Ocena skuteczności programu polityki zdrowotnej „Programu polityki zdrowotnej-wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2025-2026”

.....

Inne uwagi, spostrzeżenia, propozycje zmian.....

.....

.....

Kalisz, dn.

Podpis i pieczęć
osoby składającej sprawozdanie

SPRAWOZDANIE KOŃCOWE

z realizacji umowy nr /WSSM/2025 z dniaw przedmiocie świadczenia usług zdrowotnych w ramach „Programu polityki zdrowotnej- wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2025-2026”.

Podmiot realizujący usługi zdrowotne:

.....

Okres realizacji umowy: od dnia.....

1. Liczba rozdysponowanych materiałów edukacyjnych

.....

2. Liczba wypełnionych ankiet obciążającego wywiadu

.....

3. Liczba wypełnionych ankiet skuteczności akcji edukacyjnej

.....

4. Liczba osób u których nastąpiło zwiększenie świadomości nt. raka jelita na podstawie weryfikacji ankiet dot. skuteczności materiałów edukacyjnych

.....

5. Liczba wypełnionych ankiet satysfakcji

.....

6. Analiza ankiet satysfakcji

.....

7. Liczba przeprowadzonych badań kału na krew utajoną

a) wiek 35-49 lat

11. Liczba konsultacji gastroenterologa

a) wiek 35-49 lat

8. Liczba wykonanych kolonoskopii:

- kolonoskopii diagnostycznych

a) wiek 35-49 lat

- kolonoskopii wraz z usunięciem polipa

a) wiek 35-49 lat

- kolonoskopii wykrywających inne zmiany chorobowe

a) wiek 35-49 lat

9. Liczba i rodzaj wykrytych zmian chorobowych

a) wiek 35-49 lat

10. W przypadku niewykonania umowy w 100% należy podać przyczynę:

.....

11. Ocena skuteczności programu polityki zdrowotnej „Programu polityki zdrowotnej- wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2025-2026”.

.....

Inne uwagi, spostrzeżenia, propozycje zmian.....

.....

.....

Kalisz, dn.

Podpis i pieczęć
osoby składającej sprawozdanie

.....
Pieczętka Podmiotu Leczniczego

Wykaz imienny uczestników programu
w ramach „Programu polityki zdrowotnej- wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2025-2026”.

Wykaz imienny uczestników programu za okres.....

LP	NAZWISKO I IMIĘ	PESEL	DATA URODZENIA	PŁEĆ	WIEK	ADRES ZAMELDOWANIA	NAZWA ŚWIADCZENIA	DATA WYKONANIA ŚWIADCZENIA	CENA	WYKAZ KOSZTÓW DODATKOWYCH	WARTOŚĆ KOSZTÓW DODATKOWYCH ZW. Z PROGRAMEM	NAZWA KONTRAHENTA WYKONUJĄCEGO ŚWIADCZENIE
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												

.....
Podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania podmiotu leczniczego

.....
Podpis głównego księgowego

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH.

Administrator danych osobowych.

Administratorem zebranych i przekazanych przez Podmiot leczniczy w związku z realizacją świadczenia w ramach realizowanego przez Miasto Kalisz „Programu polityki zdrowotnej – wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2025-2026” danych osobowych będzie Prezydent Miasta Kalisza. Z Administratorem można skontaktować się:

- listownie: 62-800 Kalisz Główny Rynek 20,
- e-mailowo: umkalisz@um.kalisz.pl
- telefonicznie: 62 / 765 43 00.

Inspektor ochrony danych.

Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych. Z Inspektorem można skontaktować się:

- listownie: 62-800 Kalisz Główny Rynek 20,
- e-mailowo: iod@um.kalisz.pl
- telefonicznie: 62 / 765 43 56.

Źródło pochodzenia danych.

Dane osobowe zostaną przekazane Administratorowi przez Podmiot leczniczy, który zrealizował świadczenie zdrowotne w ramach realizowanego przez Miasto Kalisz „Programu polityki zdrowotnej – wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2020-2022”.

Cele i podstawy przetwarzania.

Przekazane dane osobowe będą przetwarzane w celu rozliczenia zrealizowanego przez Podmiot leczniczy świadczenia zdrowotnego w ramach realizowanego przez Miasto Kalisz „Programu polityki zdrowotnej – wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2020-2022” oraz przyznanego na ten cel dofinansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia. Podstawą prawną ich przetwarzania będzie wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym dotyczącego polityki zdrowotnej – wczesnego wykrywania raka jelita grubego tj. art. 6 ust. 1 lit. e) 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).

Odbiorcy danych osobowych.

Odbiorcą danych osobowych zebranych przez Podmiot leczniczy obok Administratora danych będzie Narodowy Fundusz Zdrowia z którego zostało pozyskane dofinansowanie na realizację przez Miasto Kalisz „Programu polityki zdrowotnej – wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2025-2026”.

Przechowywanie danych.

Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do osiągnięcia celu w którym zostały zebrane, a następnie, jeśli chodzi o materiały archiwalne, przez czas wynikający z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanego na jej podstawie rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych

Prawa osób, których dane dotyczą.

W związku z przetwarzaniem przez Prezydenta Miasta Kalisza danych przysługuje Państwu:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych jeżeli są nieprawidłowe oraz ich uzupełnienia;
- prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

Szczegółowych informacji na temat przysługujących praw i możliwości skorzystania z nich udziela Inspektor ochrony danych.

Informacja o wymogu podania danych.

Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem umownym wynikającym z zawartej przez Administratora danych umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na dofinansowanie Programu polityki zdrowotnej – wczesnego wykrywania raka jelita grubego 2020-2022”. Konsekwencją ich niepodania jest brak możliwości skorzystania ze świadczenia zdrowotnego w ramach tego Programu. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą wykorzystywane do profilowania.