

UMOWA NR W/UMWM-UU/UM/ZD/5276/2022

zawarta w Warszawie pomiędzy:

Województwem Mazowieckim, 03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 26, NIP: 1132453940, REGON: 015528910, zwanym dalej w treści umowy „Województwem”, reprezentowanym przez Zarząd Województwa, w imieniu którego na podstawie upoważnienia udzielonego uchwałą nr 1282/342/22 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 9 sierpnia 2022 r. w sprawie w rozstrzygnięcia konkursu ofert na realizatora „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego” na lata 2022–2024 działają:

- Wiesław Raboszuk – Wicemarszałek,
- Agnieszka Gonczaryk – Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie,

a

Samodzielnym Zespołem Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota ul. Szczęśliwicka 36, 02-353 Warszawa, NIP: 5261771472, REGON: 010202670, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem 00000007127, zwanym dalej w treści umowy „Realizatorem” reprezentowanym przez:

- Krzysztofa Marcina Zakrzewskiego – Kierownika Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej,

łącznie zwanymi „Stronami”.

Na podstawie art. 9 pkt 1 oraz zgodnie z art. 48b ust. 1, 4 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) i art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633), Strony niniejszej umowy ustalają, co następuje:

§ 1.

Postanowienia ogólne

1. Województwo zleca a Realizator zobowiązuje się do realizacji programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego” na lata 2022–2024 stanowiącego załącznik do uchwały nr 764/322/22 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 17 maja 2022 r. w sprawie przyjęcia do realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego” na lata 2022–2024, zwanego dalej „programem”.
2. Program jest realizowany zgodnie z „Kierunkami działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022-2026” oraz „Mazowieckim Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018 – 2023”.
3. Realizacja programu rozpocznie się od dnia zawarcia niniejszej umowy.
4. Umowę zawiera się na czas określony od dnia podpisania umowy do dnia zaakceptowania przez Województwo sprawozdania końcowego z wykonania świadczeń w ramach programu zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 3.
5. Udzielanie świadczeń w ramach programu zakończy się nie później niż 30 listopada 2024 r.
6. Realizator w ramach programu zobowiązany jest przeprowadzić:
  - 1) działania informacyjno-promocyjne dotyczące realizacji programu,
  - 2) kwalifikację uczestników do programu,
  - 3) interwencje wskazane w programie
  - 4) stały monitoring oraz ewaluację działań wykonanych w ramach programu.
7. Możliwość zawieszenia udzielania świadczeń w ramach programu:
  - 1) w przypadku wprowadzenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii na terenie objętym realizacją programu uniemożliwiającego lub utrudniającego w stopniu znacznym udzielanie świadczeń w ramach programu, Realizator może zawiesić udzielanie świadczeń w ramach programu z przyczyn od

- nego niezależnych. Zawieszenie udzielania świadczeń w ramach programu nie zwalnia Realizatora z obowiązków sprawozdawczych, o których mowa w § 4;
- 2) Realizator na minimum 5 dni roboczych przed planowanym terminem zawieszenia udzielania świadczeń w ramach programu w formie dokumentowej informuje o tym fakcie Województwo wraz z uzasadnieniem i wskazaniem zakresu czasowego, wysyłając informację na adres elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie;
  - 3) okres zawieszenia realizacji programu może zostać skrócony lub przedłużony. Realizator na minimum 5 dni roboczych przed planowaną zmianą okresu zawieszenia w formie dokumentowej informuje Województwo o zmianie okresu czasowego zawieszenia udzielania świadczeń w ramach programu wraz z uzasadnieniem, wysyłając informację na adres elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie;
  - 4) podjęcie działań, o których mowa w pkt 1 i 3 wymagają uprzedniej pisemnej zgody Województwa. W przypadku braku zgody ze strony Województwa Realizator nie może zawiesić udzielania świadczeń w ramach programu;
  - 5) Realizator zawieszając udzielanie świadczeń w ramach programu jest zobowiązany do umożliwienia ukończenia udziału w programie uprzednio zakwalifikowanym uczestnikom lub do zapewnienia uczestnictwa w programie po wznowieniu udzielania świadczeń.
8. Udzielanie interwencji edukacyjnych z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych lub innych systemów łączności<sup>1</sup>:
- 1) na wniosek Realizatora w celu minimalizacji ryzyka transmisji SARS-CoV-2 lub innych chorób zakaźnych poprzez ograniczanie osobistych kontaktów między personelem, a uczestnikami programu, dopuszcza się czasową możliwość wykonywania świadczeń w ramach programu, z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych lub innych systemów łączności za zgodą Województwa;
  - 2) interwencje edukacyjne mogą być udzielane za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych lub innych systemów łączności wyłącznie w sytuacji, gdy zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz uczestnika programu, nie wymaga osobistej obecności personelu medycznego;
  - 3) udzielanie interwencji edukacyjnych za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych lub innych systemów łączności możliwe jest tylko i wyłącznie za zgodą uczestnika;
  - 4) zgoda, o której mowa w pkt 3 jest udzielana w formie dokumentowej i przekazywana Realizatorowi;
  - 5) Realizator jest związany zakresem czasowym udzielonej zgody, o której mowa w pkt 1.
9. Uczestnik, który ukończył wszystkie etapy programu, nie może wziąć w nim ponownie udziału.
10. Nadzór nad realizacją umowy ze strony Województwa prowadzi Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie.
11. Osobą wyznaczoną do kontaktów roboczych jest:
- 1) ze strony Województwa:
    - Karolina Olubek, telefon: (22) 59 79 048, e mail: [karolina.olubek@mazovia.pl](mailto:karolina.olubek@mazovia.pl),
    - Dagmara Piwońska, telefon: (22) 59 79 923, e-mail: [dagmara.piwonska@mazovia.pl](mailto:dagmara.piwonska@mazovia.pl),
  - 2) ze strony Realizatora:
    - Dorota Beczko, telefon: 500 445 471, e-mail: [d.beczko@szpzlo-ochota.pl](mailto:d.beczko@szpzlo-ochota.pl).

## § 2.

### Środki finansowe

1. Na realizację programu przez Realizatora Województwo przeznacza kwotę w wysokości 206 234,00zł brutto (słownie: dwieście sześć tysięcy dwieście trzydzieści cztery złote 00/100 groszy), w tym:
  - 1) w 2022 r. – 48 579,00 zł (słownie: czterdzieści osiem tysięcy pięćset siedemdziesiąt dziewięć złotych 00/100 groszy),
  - 2) w 2023 r. – 93 760,00zł (słownie: dziewięćdziesiąt trzy tysiące siedemset sześćdziesiąt złotych 00/100 groszy),
  - 3) w 2024 r. – 63 895,00 zł (słownie: sześćdziesiąt trzy tysiące osiemset dziewięćdziesiąt pięć złotych 00/100 groszy).

<sup>1</sup> Przez rozwiązania teleinformatyczne lub inne systemy łączności rozumie się narzędzia umożliwiające zdalne nawiązanie bezpośredniego kontaktu z uczestnikami. Zastosowane narzędzia muszą umożliwiać prowadzenie zajęć, określenie liczby uczestników oraz przeprowadzenie testu wiedzy i ankiety satysfakcji.

2. Województwo zastrzega możliwość zwiększenia lub zmniejszenia wysokości środków finansowych na realizację programu, a także możliwość wydłużenia okresu jego realizacji na kolejne lata w przypadku dostępności dodatkowych środków. Zmiany umowy w tym zakresie następują zgodnie z § 14.

### § 3.

#### Zobowiązania Realizatora

W związku z realizacją programu Realizator zobowiązuje się do:

- 1) realizacji programu zgodnie z:
  - a) treścią programu, o którym mowa w § 1 ust. 1;
  - b) formularzem ofertowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy;
  - c) postanowieniami niniejszej umowy;
- 2) rozliczenia umowy zgodnie z § 4 i 5;
- 3) niezwłocznego informowania Województwa na adres elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie o:
  - a) niebezpieczeństwie niewykonania całości lub części programu wraz ze szczegółowym wskazaniem powodów, jednak nie później niż w terminie do 30 dni przed zakończeniem jego realizacji w danym roku;
  - b) zamiarze dokonania zmian podstaw formalno – prawnych prowadzonej działalności, mających wpływ na sposób realizacji umowy, jednak nie później niż na 30 dni przed ich dokonaniem. Po dokonaniu zmian Realizator, w terminie 14 dni od dokonania zmian, przedkłada Województwu dokumenty potwierdzające ich dokonanie;
  - c) zmianie numeru konta bankowego;
- 4) przekazania do akceptacji do Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie materiałów i informacji dotyczących realizacji programu przed ich wykorzystaniem;
- 5) informowania, że program jest finansowany przez Województwo Mazowieckie w szczególności na materiałach i informacjach, o których mowa w pkt 4 oraz na stronach www Realizatora i w miejscu udzielania świadczeń;
- 6) stosowania logo i/lub herbu Województwa Mazowieckiego zgodnie z wytycznymi Systemu Identyfikacji Wizualnej Marki Mazowsze opublikowanymi na stronie [www.mazovia.pl](http://www.mazovia.pl)<sup>2</sup>;
- 7) uzyskania akceptacji, od Departamentu Kultury, Promocji i Turystyki Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, projektów graficznych materiałów, o których mowa w pkt 4, na których zamieszczone będzie logo i/lub herb Województwa przed ich wykorzystaniem. W celu uzyskania akceptacji materiały należy wysłać na adres mailowy: [siw@mazovia.pl](mailto:siw@mazovia.pl);
- 8) przesłania na adres mailowy: [zdrowie@mazovia.pl](mailto:zdrowie@mazovia.pl) akceptacji, o której mowa w pkt 7, w terminie 7 dni od jej uzyskania;
- 9) udzielania na wezwanie Województwa, informacji dotyczących realizacji programu, w terminach wyznaczonych przez Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie;
- 10) prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie;
- 11) prowadzenia dokumentacji programowej;
- 12) gromadzenia i przechowywania przez okres co najmniej 5 lat od dnia zakończenia realizacji programu całości posiadanej dokumentacji związanej z jego realizacją;
- 13) zapewnienia jak najwyższej jakości wszystkich świadczeń udzielanych w ramach programu;
- 14) poddania się kontroli co do sposobu realizacji umowy, przez cały okres jej trwania oraz po jej zakończeniu, prowadzonej przez przedstawicieli Województwa, prowadzonej w szczególności w zakresie dostępności, terminowości i jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach programu oraz organizacji ich udzielania;
- 15) niezwłocznego wykonania wszelkich zaleceń pokontrolnych po przeprowadzonej kontroli, o której mowa w pkt 14;
- 16) przetwarzania danych osobowych zgodnie obowiązującym prawem.

<sup>2</sup> Link do wytycznych: <https://mazovia.pl/pl/samorzad/marka-mazowsze>

#### § 4.

##### Sposób merytorycznego rozliczania umowy

1. Realizator przedłoży do Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie w formie elektronicznej<sup>3</sup> lub dokumentowej<sup>4</sup> na adres elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie:
  - 1) raz na kwartał, w terminach określonych w ust. 3, informacje wskazane w Załączniku D. do programu, *Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego*;
  - 2) do 31 stycznia roku następnego biorąc pod uwagę wykonane działania w ramach programu następujące dokumenty:
    - a) corocznie, w ramach monitoringu:
      - sprawozdanie roczne z wykonania świadczeń w ramach programu zgodne ze wzorem stanowiącym Załącznik D. do programu, *Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego*;
      - analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu, zgodnych ze wzorem stanowiącym Załącznik C1. do programu,
      - analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu, zgodnych ze wzorem stanowiącym Załącznik C2. do programu,
      - analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników szkolenia dla kadry pedagogicznej, zgodnych ze wzorem stanowiącym Załącznik C3. do programu,
      - analizę wyników testów wiedzy stanowiących Załącznik E. do programu,
    - 3) jednorazowo, po zakończeniu realizacji programu do 31 stycznia 2025 r., w ramach oceny efektów programu: sprawozdanie końcowe z wykonania świadczeń w ramach programu w całym okresie trwania programu oraz sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności realizacji programu zgodnie ze wzorem wskazanym w załączniku D. do programu, *Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego* oraz oświadczenie o dochowaniu obowiązków zgodnie z § 3 pkt 5, 6, 7.
2. Do sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 dołącza się informację o liczbie zleconych oraz przeprowadzonych sesji terapeutycznych na rzecz poszczególnych uczestników, zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 2 stanowiący część dokumentacji programowej, o której mowa w § 3 pkt 11.
3. Ustala się następujące terminy składania informacji, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i ust. 2:
  - 1) za I, II i III kwartał do dnia 15 następnego miesiąca za poprzedni kwartał,
  - 2) za IV kwartał:
    - a) za świadczenia wykonane od 1 października 2022 r. do 15 grudnia 2022 r. do 17 grudnia 2022 r.,
    - b) za świadczenia wykonane od 16 do 31 grudnia 2022 r. do 10 stycznia 2023 r.,
    - c) za świadczenia wykonane od 1 października 2023 r. do 15 grudnia 2023 r. do 17 grudnia 2023 r.,
    - d) za świadczenia wykonane od 16 do 31 grudnia 2023 r. do 10 stycznia 2024 r.,
    - e) za świadczenia wykonane od 1 października 2024 r. do 30 listopada 2024 r. do 6 grudnia 2024 r.
4. Jeżeli terminy, o których mowa w ust. 1 i 2 przypadają na dzień uznany ustawowo za wolny od pracy lub na sobotę, termin upływa następnego dnia, który nie jest dniem wolnym od pracy ani sobotą.
5. W przypadku niedochowania terminu składania informacji, o którym mowa w ust. 3 Realizator wezwany zostanie maksymalnie dwukrotnie do jego złożenia w terminie wyznaczonym przez Województwo. Dwukrotne niezłożenie informacji skutkować będzie naliczeniem kary umownej, o której mowa w § 8.
6. Sprawozdania, o których mowa w ust. 3 mogą zawierać dodatkowe elementy nieokreślone w programie, które Realizator uzna za niezbędne lub celowe. Dodatkowo Realizator może w sprawozdaniach zawrzeć np. takie informacje jak:
  - 1) problemy w realizacji programu, które zostały zidentyfikowane w danym okresie,
  - 2) propozycje zmian, które mogłyby poprawić realizację programu w następnych latach.
7. W przypadku wprowadzenia modyfikacji w sprawozdaniu rocznym, sprawozdanie końcowe musi zawierać takie same elementy jak roczne.

<sup>3</sup> złożenie oświadczenia woli w postaci elektronicznej i podpisaniu tego oświadczenia tzw. kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

<sup>4</sup> Złożenie skanu dokumentu podpisanego przez osobę uprawnioną

## § 5.

### Sposób finansowego rozliczania umowy

1. Środki finansowe, o których mowa w § 2 umowy zostaną przekazane Realizatorowi przelewem na konto nr 94 1240 5918 1111 0000 4910 1573.
2. Środki finansowe, o których mowa w § 2 będą przekazane Realizatorowi na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT oraz prawidłowej informacji, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 i ust. 2.
3. O prawidłowości wystawienia faktury VAT świadczy spełnienie warunków określonych w ust. 4, 5 i 6.
4. Faktura VAT składana jest razem z informacją, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 i ust. 2, z zachowaniem terminów z § 4 ust. 3.
5. Na fakturze VAT musi być wskazane:
  - 1) jako nabywca: „Województwo Mazowieckie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa, NIP: 113 245 39 40”,
  - 2) jako odbiorca: „Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa”,
  - 3) jako termin zapłaty: „zgodnie z umową”,
  - 4) numer umowy,
  - 5) podstawa prawna zwolnienia z VAT (jeżeli dotyczy).
6. Wartość faktury VAT za dany okres wskazany w § 4 ust. 3 ustala się na podstawie sumy iloczynu liczby wykonanych świadczeń w ramach programu oraz kosztu jednostkowego każdego świadczenia z formularza ofertowego stanowiącego załącznik nr 1 do umowy.
7. Warunkiem koniecznym do wykonania zapłaty za daną fakturę VAT jest zaakceptowanie przez Województwo informacji, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 i ust. 2, dotyczącej danego okresu realizacji programu.
8. Należność za fakturę VAT zostanie wypłacona w terminie do 14 dni od dnia następującego po dniu zaakceptowania przez Województwo informacji, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 i ust. 2.
9. Za datę dokonania zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku Województwa.
10. Płatność za fakturę VAT dokonywana jest z środków przyznaných na dany rok realizacji Programu, o których mowa w § 2, zgodnie z datą obciążenia rachunku Województwa.
11. W przypadku wcześniejszego zakończenia realizacji programu w danym roku Realizator zobowiązany jest do niezwłocznego rozliczenia umowy.
12. W przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy, Realizatorowi przysługiwać będzie wynagrodzenie wyłącznie za świadczenia faktycznie wykonane do dnia rozwiązania umowy.
13. Realizator wyraża zgodę na potrącenie z bieżących płatności naliczonych przez Województwo kar umownych.
14. Przeniesienie na osobę trzecią wierzytelności wynikających z umowy wymaga zgody Województwa wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

## § 6.

### Oświadczenia Realizatora

Realizator oświadcza, że<sup>5</sup>:

- 1) jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń objętych umową,
- 2) w przypadku, gdy termin obowiązywania polisy, o której mowa w ust. 1 jest krótszy niż termin obowiązywania umowy, będzie przedłużał okres ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co najmniej do końca obowiązywania umowy,
- 3) pomieszczenia i sprzęt wykorzystywany w celu realizacji programu spełniają wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa,
- 4) personel wykonujący świadczenia w ramach programu posiada odpowiednie wykształcenie i doświadczenie zgodne z treścią programu, formularzem ofertowym oraz obowiązującym prawem.

<sup>5</sup> W przypadku realizacji programu przez Realizatora pozostającego w partnerstwie z podmiotem wykonującym działalność leczniczą ma on obowiązek weryfikacji czy Partner spełnia wymogi wskazane w pkt 1 - 4.

## § 7.

### Kontrola wykonania umowy

1. Kontrolę, o której mowa w § 3 pkt 13 przeprowadza się na zasadach określonych w Regulaminie Kontroli wojewódzkich samorządowych jednostek organizacyjnych oraz jednostek lub podmiotów podlegających kontroli na mocy przepisów prawa, stanowiącym załącznik do uchwały nr 11/13/19 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 2 stycznia 2019 r. w sprawie „Regulaminu kontroli wojewódzkich samorządowych jednostek organizacyjnych oraz spółek prawa handlowego z udziałem Województwa Mazowieckiego” oraz „Regulaminu kontroli jednostek i podmiotów podlegających kontroli na mocy przepisów prawa”.
2. W celu przeprowadzenia kontroli, o której mowa w § 3 pkt 14 Realizator udostępni pomieszczenia, stosowną dokumentację oraz personel.

## § 8.

### Kary umowne

1. Województwo może żądać kary umownej w sytuacji, gdy Realizator:
  - 1) wykona umowę na poziomie poniżej 70% wartości umowy - poziom wykonania umowy określa poziom wartości umowy, którą Realizator wykonał w danym roku w stosunku do wartości umowy, którą Realizator zobowiązał się wykonać w danym roku,
  - 2) odmówił udzielenia świadczeń objętych przedmiotem umowy, w sytuacji, gdzie nie było ku temu podstaw,
  - 3) przedstawi dane dotyczące realizacji programu niezgodne ze stanem faktycznym stwierdzonym podczas kontroli, o której mowa w § 3 pkt 14,
  - 4) wykaże w stosownej sprawozdawczości świadczenia, które zostały sfinansowane ze środków publicznych w ramach innych programów polityki zdrowotnej lub w ramach świadczeń finansowanych w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
  - 5) nie dochowa obowiązku złożenia informacji zgodnie z § 4 ust. 5,
  - 6) rażąco naruszy postanowienia umowy.
2. W przypadku gdy naruszenie postanowień umowy, o których mowa w ust. 1 nastąpiło w skutek okoliczności, za które Realizator nie ponosi odpowiedzialności Województwo może odstąpić od naliczania kar umownych.
3. Kara może zostać potrącona przez Województwo z bieżącej należności względem Realizatora, która wyniknęła w związku z realizacją programu.
4. W przypadku zaistnienia zdarzeń wymienionych w ust. 1, Województwo może naliczyć kary umowne o określonych wartościach:
  - 1) za wykonanie umowy na poziomie od 70% do 60% - 7% wartości umowy w danym roku,
  - 2) za wykonanie umowy na poziomie poniżej 60% do 50% - 8% wartości umowy w danym roku,
  - 3) za wykonanie umowy na poziomie poniżej 50% do 40% - 9% wartości umowy w danym roku,
  - 4) za wykonanie umowy niezgodnie z jej postanowieniami - 2% wartości umowy w danym roku, w którym niezgodność zaistniała, za każdą stwierdzoną niezgodność,
  - 5) za stwierdzenie, że Realizator odmówił udzielenia świadczeń objętych przedmiotem umowy, w sytuacji gdy nie było ku temu podstaw - 0,5% wartości umowy w danym roku, za każdą nieuzasadnioną odmowę w danym roku,
  - 6) za wydatkowanie środków finansowych przeznaczonych na realizację programu na inne cele niż przewiduje umowa – 2% wartości umowy w danym roku, za każdą pozycję wydatkowaną nieprawidłowo w danym roku,
  - 7) za przedstawienie danych dotyczących realizacji programu niezgodne ze stanem faktycznym - 2% wartości umowy w danym roku, za każdą niezgodność w dany roku stwierdzoną podczas kontroli, o której mowa w § 3 pkt 14,
  - 8) za niedochowanie obowiązku złożenia informacji zgodnie z § 4 ust. 5 – 1% wartości umowy w danym roku, za każdorazowe niedochowanie terminu;
  - 9) za wykazanie w stosownej sprawozdawczości świadczeń, które zostały sfinansowane ze środków publicznych w ramach innych programów polityki zdrowotnej lub w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia - 10% wartości umowy w danym roku, za każdą pozycję nieprawidłowo sprawozdanych świadczeń,
  - 10) za rażące naruszenie postanowień umowy, o którym mowa w § 9 - 10% wartości umowy w danym roku, w którym nastąpiło rażące naruszenie umowy.
5. Podstawą naliczenia kary jest wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programu w danym roku przez Realizatora wskazanych w § 2.

6. Nie nalicza się kar umownych, jeżeli niewykonanie lub niskie wykonanie umowy jest skutkiem zawieszenia udzielania świadczeń w sposób, o którym mowa w § 1 ust. 7.
7. Podstawą odstąpienia przez Województwo od naliczenia kar umownych jest, w szczególności, sytuacja, w której:
  - 1) Realizator dopełni obowiązku wynikającego z § 3 pkt 3 lit. a niniejszej umowy.
  - 2) Realizator wykaże, że dopełnił wszelkich starań by prawidłowo zrealizować umowę i niewykonanie umowy wynika nie z jego winy.

#### **§ 9.**

#### **Rażące naruszenie umowy**

1. Rażącym naruszeniem umowy jest w szczególności:
  - 1) niewykonanie całości umowy,
  - 2) wykonanie umowy na poziomie poniżej 40% w czasie trwania realizacji programu,
  - 3) udzielanie świadczeń w ramach programu:
    - a) w czasie innym niż zadeklarowanym w formularzu ofertowym stanowiącym załącznik nr 1 do umowy,
    - b) w sposób i/lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub programie,
  - 4) obciążanie pacjentów kosztami świadczeń objętych przedmiotem umowy,
  - 5) niezrealizowanie zaleceń pokontrolnych lub uniemożliwienie przeprowadzenia kontroli realizacji umowy,
  - 6) brak aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w § 6 pkt 1 umowy.
2. W przypadku stwierdzenia rażącego naruszenia umowy przez Realizatora Województwo zastrzega sobie prawo do natychmiastowego rozwiązania umowy oraz do naliczenia kar umownych.

#### **§ 10.**

#### **Informacje poufne**

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wobec osób trzecich informacji poufnych oraz do niewykorzystania informacji poufnych dla celów innych aniżeli służące realizacji przedmiotu umowy.
2. Za informacje poufne rozumie się wszelkie informacje i/lub materiały dotyczące Województwa, które nie są znane lub nie powinny być znane publicznie, powzięte/otrzymane przez Realizatora, w związku z wykonaniem lub przy okazji wykonywania umowy, a w szczególności informacje stanowiące tajemnice prawem chronione, w tym informacje chronione na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).
3. Obowiązek ochrony informacji poufnych spoczywa na Realizatorze niezależnie od formy ich przekazania przez uczestników programu, w tym w formie przekazu ustnego, dokumentu lub zapisu na komputerowym nośniku informacji.
4. Obowiązek zachowania poufności nie dotyczy informacji:
  - 1) których ujawnienie jest wymagane przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa,
  - 2) które są powszechnie znane lub zostały podane do publicznej wiadomości przez Stronę uprawnioną lub za jej zezwoleniem.
5. Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji poufnych spoczywa na Realizatorze także po wygaśnięciu umowy lub jej rozwiązaniu przez Strony.
6. Realizacja zobowiązań wynikających z postanowień niniejszego paragrafu wymaga od Realizatora zachowania najwyższej staranności, uwzględniającej profesjonalny charakter działań Realizatora. Realizator jest w pełni odpowiedzialny za każdą, bezpośrednią lub pośrednią szkodę poniesioną przez Województwo, w związku z naruszeniem przez Realizatora postanowień niniejszego paragrafu.

#### **§ 11.**

#### **Dane osobowe**

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w celu realizacji programu jest Realizator.
2. Administratorem danych osobowych osób reprezentujących Realizatora oraz osób wskazanych przez Realizatora, jako osoby do kontaktu jest Województwo Mazowieckie, którego dane kontaktowe to: Urząd

Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa, tel. (22) 5979-100, email: [urząd\\_marszalkowski@mazovia.pl](mailto:urząd_marszalkowski@mazovia.pl), ePUAP: /umwm/esp.

3. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować pisząc na adres wskazany w ust. 2 lub adres e-mail: [iod@mazovia.pl](mailto:iod@mazovia.pl).
4. Dane osobowe:
  - 1) osób reprezentujących Realizatora, będą przetwarzane na podstawie obowiązku prawnego, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. c 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 osobowych), wynikającego z przepisów prawa określających umocowanie do reprezentowania – w zakresie ważności umów i właściwej reprezentacji stron. Podane tych danych jest warunkiem zawarcia umowy lub ważności podejmowanych czynności.
  - 2) osób wskazanych przez Realizatora, jako osoby do kontaktu/realizacji umowy (imię i nazwisko, służbowe dane kontaktowe, miejsce pracy) będą przetwarzane w prawnie uzasadnionym interesie, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. f 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 osobowych), w celu realizacji niniejszej umowy/przebiegu postępowania. Dane zostały podane przez Realizatora w ramach zawieranej umowy/prowadzonego postępowania.
5. Dane osobowe, o których mowa w ust. 2 mogą zostać udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom świadczącym obsługę administracyjno-organizacyjną Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie oraz będą przechowywane nie dłużej niż to wynika z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
6. W granicach i na zasadach opisanych w przepisach prawa, osobom, o których mowa w ust. 2 przysługuje prawo żądania: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania, jak również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa. Ponadto osobom wskazanym przez Realizatora, jako osoby do kontaktu, przysługuje również prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, wynikającego ze szczególnej sytuacji.
7. Realizator jest zobowiązany do przekazania zapisów niniejszego paragrafu wszystkim osobom fizycznym wymienionym w ust. 2.

## **§ 12.**

### **Sposoby zakończenia umowy**

1. Umowa wygasa z dniem zaakceptowania przez Województwo sprawozdania końcowego z wykonania świadczeń w ramach programu, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 3.
2. Strony zastrzegają sobie możliwość wcześniejszego rozwiązania umowy, w każdym czasie, na podstawie porozumienia stron, w szczególności w przypadku powstania zagrożenia niewykonania całości lub części jej przedmiotu spowodowanego przyczyną, na którą Województwo i/lub Realizator nie miał wpływu.
3. Województwo może rozwiązać umowę w przypadku stwierdzenia rażącego naruszenia umowy zgodnie z § 9 ust. 2.
4. W przypadku gdy umowa zostanie zakończona w sposób opisany w ust. 2 lub ust. 3 Realizator zobowiązany jest do niezwłocznego złożenia sprawozdania rocznego i końcowego, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 i 3.

## **§ 13.**

### **Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych**

Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie realizacji programu ponosi Realizator, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

## **§ 14.**

### **Zmiany treści umowy**

1. Strony dopuszczają ewentualność zmiany treści umowy.
2. Wszystkie zmiany umowy wymagają dla swojej ważności zachowania formy pisemnej w postaci aneksu do umowy, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4. Zmiana rachunku bankowego Realizatora nie wymaga sporządzenia



aneksu do umowy. O zmianie numeru rachunku bankowego, o którym mowa w § 5 ust. 1 Realizator powiadamia Województwo na piśmie z podpisem osoby uprawnionej do reprezentacji Realizatora.

3. Zmiana danych osób wyznaczonych do kontaktów roboczych, wskazanych w § 1 ust. 11, nie wymaga sporządzenia aneksu do umowy.

#### § 15.

#### Postanowienia końcowe

1. Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie funkcjonuje w oparciu o Zintegrowany System Zarządzania zgodny z normami PN-EN ISO 9001:2015-10 – System Zarządzania Jakością, PN-EN ISO/IEC 27001:2017-06 – System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, PN-EN ISO 14001:2015-09 – System Zarządzania Środowiskowego, PN-ISO 45001:2018-06 – System Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy, PN-ISO 37001:2017-05 – System Zarządzania Działaniami Antykorupcyjnymi oraz na podstawie wytycznych PN-ISO 26000 – System Społecznej Odpowiedzialności.
2. Przy współpracy z Województwem Mazowieckim należy zachować należyta staranność, aby zapewnić bezpieczeństwo informacji, ochronę środowiska, bezpieczne i higieniczne warunki pracy, przeciwdziałanie korupcji.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy:
  - 1) ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny,
  - 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
  - 3) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
  - 4) inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
4. Treść umowy stanowi informację publiczną, która podlega udostępnieniu na warunkach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 2176 oraz z 2021 r. poz. 1598 i 1641).
5. Wszelkie sprawy sporne powstałe na podstawie realizacji umowy, rozstrzygane będą przez sąd właściwy dla siedziby Województwa.

#### § 16.

Data zawarcia niniejszej umowy jest data złożenia oświadczenia woli o jej zawarciu przez ostatnią ze Stron.

#### § 17.

Umowę sporządzono w postaci dokumentu elektronicznego.

**WOJEWÓDZTWO**

**REALIZATOR**

Podpis jest prawidłowy  
Dokument podpisany przez  
Agieszka Kozłowska UNW/M  
Data: 2022.08.25 09:45:13 CEST

Podpis jest prawidłowy  
Dokument podpisany przez Krzysztof Marcin  
Zakrzewski  
Data: 2022.09.05 11:03:50 CEST

Załączniki:

1. Formularz ofertowy
2. Wzór sprawozdania z realizacji sesji terapeutycznych



[www.mazovia.pl](http://www.mazovia.pl)

Środki finansowe na realizację programu:

- 1) w 2022 r. zostały zaplanowane w budżecie Województwa Mazowieckiego na 2022 rok i będą pochodzić z zadania *Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego*; 8.4.69.PROGRAM\_W ZAKRESIE\_PROFILAKTYKI\_ZABURZENIA\_DEPRESYJNE/WPF\_Z w dziale 851, rozdziale 85149, § 4300.
- 2) w 2023 r. zostały zaplanowane w Wieloletniej Prognozie Finansowej Województwa Mazowieckiego na lata 2022-2038 i będą przekazane odpowiednio po ujęciu ww. kwot w budżecie Województwa Mazowieckiego na 2023 r.
- 3) w 2024 r. zostały zaplanowane w Wieloletniej Prognozie Finansowej Województwa Mazowieckiego na lata 2022-2038 i będą przekazane odpowiednio po ujęciu ww. kwot w budżecie Województwa Mazowieckiego na 2024 r.

Podpis jest prawidłowy  
Dokument podpisany przez Joanna  
Mistaluk; UNW/M  
Data: 2022.08.25 10:26:23 CEST



Warszawa, 18.07.2022r.

Miejscowość, data

## FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na realizatora „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego” na lata 2022–2024 stanowiącego załącznik do uchwały nr 764/322/22 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 17 maja 2022 r. w sprawie przyjęcia do realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego” na lata 2022–2024, zwanego dalej „programem”.

### 1. Dane Oferenta

Nazwa Oferenta: **Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego  
Warszawa-Ochota**

Adres: **ul. Szczęśliwicka 36, 02-353 Warszawa**

Forma prawna: **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

REGON: **010202670**

NIP: **526 17 71 472**

Imię i nazwisko osoby do kontaktu: **Dorota Beczko**

Nr telefonu kontaktowego: **+48 500 445 471**

Adres e-mail: **d.beczko@szpzlo-ochota.pl**

Adres elektronicznej skrzynki podawczej (ePUAP): **/SZPZLOOchota/SkrytkaESP**

Nr rachunku bankowego:<sup>1</sup> **94 1240 5918 1111 0000 4910 1573**

Nazwa organu rejestrowego: **Wojewoda Mazowiecki**

Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej: **000000007127**

Profil działalności (jeżeli dotyczy):<sup>2</sup> **1700, 1701, 1790, 2700**

### 2. Dane partnera (jeżeli dotyczy)<sup>3</sup>

Nazwa partnera: **ND**

Adres: **ND**

Forma prawna: **ND**

REGON: **ND**

NIP: **ND**

Nazwa organu rejestrowego: **ND**

<sup>1</sup> Numer rachunku bankowego musi widnieć w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT - <https://www.podatki.gov.pl/wykaz-podatnikow-vat-wyszukiwarka>. Jeśli podmiot nie ma obowiązku zgłoszenia do ww. rejestru, należy wskazać podstawę prawną. Dopuszcza się złożenie oświadczenia, że w przypadku wyboru Oferenta podany numer rachunku bankowego zostanie zgłoszony do ww. rejestru;

<sup>2</sup> Należy wykazać, czy w księdze rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą wskazany jest co najmniej jeden kod resortowy znajdujący się w Tabeli 2. „Kryteria merytoryczne” Ogłoszenia o konkursie stanowiącym Załącznik nr 1 do uchwały Zarządu Województwa Mazowieckiego nr 827/325/22 z dnia 23 maja 2022 r.

<sup>3</sup> W przypadku gdy oferent składa ofertę w partnerstwie należy wpisać dane wszystkich partnerów. W takim przypadku do oferty powinna także zostać załączona umowa partnerska lub list intencyjny podpisany przez wszystkie strony. W przypadku złożenia oferty w partnerstwie, świadczenia zdrowotne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej: ND

Profil działalności (jeżeli dotyczy):<sup>4</sup> ND

### 3. Kalkulacja kosztów

- 1) I grupa docelowa – dzieci i młodzież od 12 do 21 roku życia (koszt przypadający na jednego uczestnika):

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy elementu	Ilość	Razem
Kwalifikacja uczestnika do programu	138,00 zł	1	138,00 zł
Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji	223,00 zł	1	223,00 zł
Konsultacja ze specjalistą	297,00 zł	1	297,00 zł
Sesje terapeutyczne	197,00 zł	25	4925,00 zł
Edukacja zdrowotna wraz z pre-testem i post-testem	172,00 zł	1	172,00 zł

- 2) II grupa docelowa – kadra pedagogiczna (koszt przypadający na jednego uczestnika):

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy elementu
Działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej wraz z pre-testem i post-testem	148,00 zł

Koszty jednostkowe poszczególnych elementów nie mogą być wyższe niż koszty wskazane w programie w tabelach 3-5.

SZPZLO Warszawa – Ochota zgłasza gotowość do wykonania zadań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego” w formie stacjonarnej, jak również z zastosowaniem narzędzi teleinformatycznych.

### 4. Kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach programu (należy wpisać TAK/NIE)

Lp.	Działanie	Personel medyczny (zasoby kadrowe i kompetencje osób zapewniających realizację programu)	Czy podmiot posiada wymieniony personel medyczny? (TAK/NIE)
1.	Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia depresji	Co najmniej 1 magister psychologii lub psycholog kliniczny.	TAK

<sup>4</sup> Należy wykazać, czy w księdze rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą wskazany jest co najmniej jeden kod resortowy znajdujący się w Tabeli 2. „Kryteria merytoryczne” Ogłoszenia o konkursie stanowiącym Załącznik nr 1 do uchwały Zarządu Województwa Mazowieckiego nr 827/325/22 z dnia 23 maja 2022 r.

2.	Konsultacja ze specjalistą	Co najmniej 1 lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub specjalista psycholog kliniczny lub psycholog lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty lub specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży.	TAK
3.	Sesje terapeutyczne i podsumowanie terapii	Co najmniej 1 psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. (z późn. zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.	TAK
4.	Edukacja zdrowotna	Co najmniej 1 magister psychologii lub psycholog kliniczny lub psycholog w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej lub specjalista psychologii klinicznej lub psychoterapeuta lub psychiatra lub psychiatra dzieci i młodzieży lub lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.	TAK
5.	Działania szkoleniowe dla kadry pedagogicznej	Co najmniej 1 magister psychologii lub psycholog kliniczny lub psycholog w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej lub specjalista psychologii klinicznej lub psychoterapeuta lub psychiatra lub psychiatra dzieci i młodzieży lub lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.	TAK

### 5. Nurt terapii

Zobowiązuję się do prowadzenia sesji terapeutycznych w następujących nurtach (minimum jeden nurt)<sup>5</sup>: w zależności od potrzeb uczestnika – m.in. **terapia poznawczo-behawioralna, psychoterapia systemowa, terapia psychodynamiczna, humanistyczna, psychonalityczna.**

Nazwa towarzystwa/towarzystw wydających certyfikat personelowi przeprowadzającemu terapię lub podmiotu prowadzącego kształcenie personelu przeprowadzającego terapię: **Psychoterapeuta będzie minimum po 2 roku szkolenia psychoterapeutycznego w ośrodkach rekomendowanych przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne bądź Polskie Towarzystwo Psychoterapii.**

<sup>5</sup> Wybrać właściwe: terapia indywidualna CBT, psychoterapia indywidualna (IPT-A), terapia rodzinna oparta na więzi (ABFT), krótkie interwencje psychospołeczne, psychoterapia psychodynamiczna, psychoterapia psychoanalityczna, psychoterapia systemowa, terapia humanistyczno-doświadczeniowa, psychoterapia integracyjna.

## 6. Liczba uczestników

Maksymalna liczba uczestników, którą Oferent deklaruje objąć świadczeniami w ramach programu (należy brać pod uwagę kalkulację przyjętą w programie z uwzględnieniem kosztów podanych w ofercie).

Deklarowana liczba osób z:

- I grupy docelowej (osoby korzystające z badania przesiewowego, konsultacji ze specjalistą, sesji terapeutycznych oraz spotkania podsumowującego terapię):
  - 2022 r.: 3 osoby
  - 2023 r.: 10 osób
  - 2024 r.: 5 osób
- I grupy docelowej osoby korzystające z badania przesiewowego, konsultacji ze specjalistą oraz edukacji zdrowotnej):
  - 2022 r.: 33 osób
  - 2023 r.: 35 osób
  - 2024 r.: 38 osób
- II grupy docelowej (kadra pedagogiczna korzystająca ze szkoleń):
  - 2022 r.: 30 osób
  - 2023 r.: 60 osób
  - 2024 r.: 30 osób

## 7. Czas i miejsce dostępności świadczeń realizowanych w ramach programu<sup>6</sup>

Zobowiązuje się udzielać świadczeń od poniedziałku do piątku w następujących godzinach<sup>7</sup>:

Poniedziałek: od 8:00 godz. do 18:00 godz.

Wtorek: od 8:00 godz. do 20:00 godz.

Środa: od 8:00 godz. do 20:00 godz.

Czwartek: od 8:00 godz. do 20:00 godz.

Piątek: od 8:00 godz. do 18:00 godz.

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:

- Szkoły podstawowe i ponadpodstawowe w dzielnicy Ochota i Ursus (oferent świadczy usługi z zakresu medycyny szkolnej w szkołach na terenie ww. dzielnic);
- Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna, ul. Sosnkowskiego 18, 02-495 Warszawa,
- Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna, ul. Skarżyńskiego 1, 02-377 Warszawa,
- Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna, ul. Szczęśliwicka 36, 02-353 Warszawa (sala dydaktyczna).

Zobowiązuję się do udzielania świadczeń w soboty i/lub w niedziele w następujących godzinach:<sup>8</sup>

Sobota: od..... godz. do.....godz.

Niedziela: od.....godz. do.....godz.<sup>9</sup>

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych: -----

<sup>6</sup> W przypadku udzielania świadczeń realizowanych w ramach programu w kilku lokalizacjach należy wskazać godziny ich udzielania odrębnie dla każdej z lokalizacji

<sup>7</sup> Dostępność do świadczeń w ramach programu powinna być zapewniona na terenie województwa mazowieckiego przez 3 dni w tygodniu, przez 5 godzin dziennie.

<sup>8</sup> Zobowiązanie się do udzielania świadczeń w soboty i/lub niedziele jest dodatkowo punktowane.

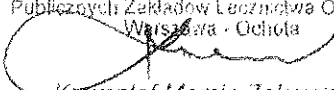
<sup>9</sup> W przypadku nie udzielania świadczeń w soboty i/lub niedziele, proszę wstawić „-”.

## 8. Oświadczenia Oferenta

- 1) Oświadczam, że zaproponowana w formularzu ofertowym kalkulacja kosztów realizacji programu, w przypadku zawarcia umowy, pozostanie niezmienna przez cały okres obowiązywania umowy.
- 2) Oświadczam, że w stosunku do Oferenta ani Partnera wskazanego w ofercie nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- 3) Oświadczam, że nie byłam/-łem karana/-ny zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłam/-łem karana/-ny za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- 4) Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym oraz że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą administrowania danymi osobami.
- 5) Oświadczam, że Oferent dysponuje zgodnymi z obowiązującym prawem odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz zorganizuje zgodne z obowiązującym prawem udzielanie świadczeń wskazanych w programie.
- 6) Oświadczam, że Oferent zapewni prawidłowe przeprowadzenie wszystkich działań przewidzianych w programie.
- 7) Oświadczam, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń wskazanych w programie.

### Lista załączników

- umowa partnerska lub list intencyjny podpisany przez wszystkie strony, w przypadku złożenia oferty w partnerstwie (jeśli dotyczy) z określeniem podziału zadań lub zakresu realizacji programu przez poszczególne strony,
- projekt pre-testu i post-testu badania wiedzy kadry pedagogicznej wraz z kluczem odpowiedzi,
- pisemne upoważnienie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę – w przypadku, gdy oferta niezostanie podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu wskazane w odpowiednim rejestrze lub innym dokumencie wskazującym umocowania w tym zakresie.

DYREKTOR  
Samodzielnego Zespołu  
Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego  
Warszawa - Ochota  
  
Krzysztof Marcin Zakrzewski

20.01.2024 r. ....

(Data, podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)



Samodzielny Zespół Publicznych  
Zakładów Lecznictwa Otwartego  
Warszawa-Ochota

Załącznik nr 1

## TEST

1. **Kto uprawniony jest do wypisywania recept?**
  - a. Psychiatra
  - b. Psycholog
  - c. Psychoterapeuta
  - d. Psychiatra i psychoterapeuta
  - e. Wszyscy z powyższych
  
2. **Podstawowe objawy depresji to:**
  - a. Zaburzenia snu
  - b. Zmniejszenie energii, obniżenie nastroju, anhedonia
  - c. Myśli samobójcze i zaburzenia lękowe
  - d. Brak aktywności fizycznej i głębokie obniżenie nastroju.
  - e. Wszystkie z powyższych
  
3. **W której części mózgu są odbierane pozytywne emocje?**
  - a. W płacie skroniowym
  - b. W płacie czołowym
  - c. W płacie ciemieniowym
  - d. W płacie potylicznym
  - e. W pniu mózgu
  
4. **Szacuje się, że w Polsce na depresję cierpi ....**
  - a. 10 000 osób
  - b. 500 000 osób
  - c. 3 mln osób
  - d. 250 000 osób
  - e. 1,5 mln osób
  
5. **Który z objawów NIGDY nie zwiastuje problemów psychicznych?**
  - a. Pesymizm
  - b. Nieuzasadnione stany euforii
  - c. Lęk, apatia
  - d. Autoagresja
  - e. Wszystkie powyższe mogą zwiastować problem na tle psychicznym
  
6. **Pod względem zakończonych zgonem prób samobójczych w Polsce największą grupę stanowią**
  - a. Kobiety między 18-20 r.ż
  - b. Mężczyźni między 18-20 r.ż
  - c. Kobiety między 35-50 r.ż
  - d. Mężczyźni między 35-50 r.ż
  - e. Dzieci i młodzież do 18 r.ż





Samodzielny Zespół Publicznych  
Zakładów Lecznictwa Otwartego  
Warszawa-Ochota

7. W kontakcie z dzieckiem z objawami mogącymi wskazywać na depresję ważne jest:
- Wyrażenie gotowości do wysłuchania go
  - Unikanie szorstkiego i krytycznego podejścia
  - Spokojna i życzliwa rozmowa
  - Unikanie rozmów „w przelocie”
  - Każde z powyższych
8. Czym jest depresja?
- Całościowym zaburzeniem rozwojowym
  - Zaburzeniem emocjonalnym
  - Chorobą Centralnego Układu Nerwowego
  - Chandrą
  - Chorobą psychosomatyczną
9. Depresja atypowa charakteryzuje się:
- Ukrytym dla otoczenia przebiegiem
  - Przepracowywaniem się
  - Nadmierną aktywnością
  - Nadmiernym apetytem
  - Wszystkie powyższe
10. Szacuje się, że depresja jest chorobą uleczaną w przypadku ilu % osób?
- 10%
  - 40%
  - 60%
  - 75%
  - 80%



Samodzielny Zespól Publicznych  
Zakładów Lecznictwa Otwartego  
Warszawa-Ochota

## ODPOWIEDZI

NR PYTANIA	ODPOWIEDŹ
1	A
2	B
3	B
4	C
5	E
6	D
7	E
8	C
9	E
10	E



Samodzielny Zespół Publicznych  
Zakładów Lecznictwa Otwartego  
Warszawa-Ochota



DS-0101-27/2018

Warszawa, dn. 18.04.2018 r.

## Pełnomocnictwo

Działając na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 160 z późn. zm.) w imieniu Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota, z siedzibą w Warszawie (kod pocztowy: 02-353), przy ul. Szczęśliwickiej 36, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego - rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, pod numerem KRS 0000188485, niniejszym upoważniam:

**Panią Annę Sadkowską**

**zajmującą stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota w Warszawie**

do podejmowania wszystkich czynności związanych z zarządzaniem i reprezentowaniem Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota, w tym do składania oświadczeń woli podczas mojej nieobecności w Zespole, spowodowanej absencjami chorobowymi, urlopami lub innymi usprawiedliwionymi nieobecnościami.

Dyrektor  
Samodzielnego Zespołu Publicznych  
Zakładów Lecznictwa Otwartego  
Warszawa-Ochota  
*Krzysztof Marcin Jabłoński*

POTWIERDZAM ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM  
Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów  
Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota

13.06.22  
DATA

*[Signature]*  
PODPIS





DS-0101-26/2021

Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota



Warszawa, 13.08.2021 r.

## Upoważnienie

Działając na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.), w imieniu Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota w Warszawie, niniejszym udzielam upoważnienia Pani Justynie Podsiedlik, zatrudnionej na stanowisku koordynatora ds. obsługi sekretarskiej w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota do potwierdzania za zgodność z oryginałem dokumentacji wpływającej oraz wytwarzanej w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota. Upoważnienia udzielam na czas zatrudnienia na ww. stanowisku w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota

DYREKTOR  
Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota

Krzysztof Marcin Zieliński

POTWIERDZAM ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM  
Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota

13.06.22  
DATA

PODPIIS



**Wzór sprawozdania z realizacji sesji terapeutycznych**

**Sprawozdanie z realizacji sesji terapeutycznych prowadzonych w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego”**

Dane realizatora: ..... (nazwa, adres)

Nr umowy: .....

Sprawozdanie za okres: .....

*Indywidualny kod uczestnika jest niezmienny przez cały czas udziału w programie. Kod uczestnika nadawany jest zgodnie ze wzorem: pierwsza litera imienia i nazwiska/rok urodzenia/numer porządkowy/rok kwalifikacji do Programu (np. FT/2005/1/2022).*

Lp.	Indywidualny kod uczestnika	Liczba zleconych sesji <sup>1</sup>	Liczba przeprowadzonych sesji

.....  
Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

.....  
Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie

<sup>1</sup> W przypadku kontynuacji sesji z poprzednich okresów rozliczeniowych należy wpisać „kontynuacja”.

