POROZUMIENIE 1/SPZOZ/2025
W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA UCZNIÓW W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM

zawarte w dniu 11.06.2025 r.
pomiędzy:

Gminą Wieliszew z siedzibą w Wieliszewie (05-135 Wieliszew), ul. Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1, NIP 536-17-58-264, zwaną dalej: **Organem Prowadzącym,** reprezentowanym przez Pawła Andrzeja Kownackiego – Wójta Gminy Wieliszew

a

Wojskowym Instytutem Medycznym – Państwowym Instytutem Badawczym z siedzibą w Warszawie (04 – 141) przy ul. Szaserów 128, wpisanym do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Centralną Informację KRS, pod numerem KRS: 0000144810; NIP: 113-23-93-221, REGON: 015294487, podmiotem wykonującym działalność leczniczą – zwanym dalej **Podmiotem,**
reprezentowanym przez Panią Barbarę Grudek na podstawie pełnomocnictwa z dnia 2 stycznia 2025 r., które stanowi załącznik do niniejszego porozumienia

a łącznie zwane **Stronami**
zawarto porozumienie o następującej treści:

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na mocy niniejszego porozumienia Podmiot zobowiązuje się sprawować opiekę stomatologiczną nad uczniami w ten sposób, że lekarz dentysta będzie:
   1) wykonywał świadczenia stomatologiczne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18-ego roku życia,
   2) wykonywał profilaktyczne świadczenia stomatologiczne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego z wyłączeniem świadczeń ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19-ego roku życia,
   3) współpracował z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną oraz dyrektorem szkoły w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jamy ustnej oraz profilaktyki próchnicy zębów u uczniów.
2. Organ Prowadzący oświadcza, że powierza Podmiotowi wykonywanie świadczeń, o których mowa w ust. 1 na zasadach określonych w niniejszym porozumieniu.
3. Podmiot oświadcza, że:

1) gabinet stomatologiczny spełniający wymagania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.),
2) zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń określonych w ust, 1 i umowa ta obejmuje cały okres trwania Porozumienia,
3) lekarze, o których mowa w ust. 1 spełniają wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.), w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży.

4. W przypadku skierowania wobec Organu Prowadzącego lub Szkoły jakiegokolwiek roszczenia związanego z przedmiotem realizacji zakresu niniejszego Porozumienia Strony zobowiązują się do niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do wyjaśnienia i załatwienia powstałego sporu.

§ 2 OBOWIĄZKI PODMIOTU

1. Podmiot zobowiązuje się:
   1) posiadać ważne ubezpieczenie OC w zakresie świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży w całym okresie objętym porozumieniami i umowami,
   2) przestrzegać praw pacjenta określonych odrębnymi przepisami,
   3) zapoznać lekarzy realizujących przedmiot z postanowieniami ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami oraz zasadami ochrony ich danych osobowych oraz osób, które zgłaszają się z nimi do przychodni stomatologicznej,
   4) prowadzić niezbędną dla wykonania niniejszego porozumienia dokumentację medyczną, statystyczną i sprawozdawczą,
   5) realizowania przedmiot porozumienia na podstawie zgłoszeń telefonicznych opiekuna prawnego uprawnionego ucznia, w godzinach pracy gabinetu:

      Poradni Stomatologicznej przy ul. Zegrzyńskiej 8, 05-119 Legionowo
      od poniedziałku do piątku w godzinach 08:00 – 18:00
      tel. do rejestracji: 22 381-25-25 (wew. 9) zapisy w godzinach 12:00 -14:00

   6) prowadzić działania w ramach promocji zdrowia jamy ustnej oraz profilaktyki zębów uczniów, polegających na:
      - badaniu kontrolnym wraz z instruktażem higieny jamy ustanej;
      - usunięciu złogów nazębnych oraz kamienia;
      - fluoryzacji.
   7) niezwłocznie powiadomić Organ Prowadzący o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń,
   8) realizować samodzielnie umowę oraz ponosić odpowiedzialność za udzielane świadczenia określone w zakresie zawartego porozumienia.

§ 3 CHARAKTER POROZUMIENIA

1. Strony oświadczają, że wszelkie udzielane w gabinecie świadczenia są nieodpłatne dla objętych opieką dzieci i młodzieży, a ich finansowanie jest realizowane w ramach i na podstawie umowy zawartej przez Podmiot z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Wykaz szkół, z których dzieci i młodzież mogą korzystać z usług gabinetu:
   1) Szkoła Podstawowa nr 1 im. Tadeusza Kościuszki w Wieliszewie
      adres: Wieliszew, ul. Modlińska 60
      05-135 Wieliszew
      tel.: 22 782 21 84
      e-mail: sp1@wieliszew.pl
      p.o. dyrektora: Magdalena Chrapek
   2) Szkoła Podstawowa nr 2 im Jana Pawła II w Wieliszewie
      adres: Wieliszew, ul. Janusza Kusocińskiego 1
      05-135 Wieliszew
      tel.: 22 765 33 88
      e-mail: sp2@wieliszew.pl
      Dyrektor: Mirosław Sieradzki
   3) Szkoła Podstawowa im. Stanisława Moniuszki w Łajskach
      adres: Łajski, ul. Kościelna 63
      05-119 Łajski
      tel.: 22 782 22 83
      e-mail: spl@wieliszew.pl
      Dyrektor: Marek Tarwacki
   4) Szkoła Podstawowa im. Kornela Makuszyńskiego w Skrzeszewie
      adres: Skrzeszew, ul. Szkolna 10
      05-124 Skrzeszew
      sekretariat szkoła tel.: 22 782 30 95
      e-mail: sps@wieliszew.pl
      Dyrektor: Iwona Banaszek
   5) Szkoła Podstawowa im. Józefa Wybickiego w Janówku Pierwszym
      adres: Janówek Pierwszy, ul. Dworcowa 5
      05-124 Janówek Pierwszy
      tel.: 22 775 52 23
      e-mail: spj@wieliszew.pl
      Dyrektor: Katarzyna Zabijak
   6) Zespół Szkolno-Przedszkolny w Olszewnicy Starej
      adres: Olszewnica Stara, ul. Warszawska 40
      05-123 Olszewnica Stara
      tel.: 22 782 30 24
      e-mail: spo@wieliszew.pl
      Dyrektor: Jolanta Wojdalska
   7) Zespół Szkół w Komornicy

adres: Komornica, ul. Nasielska 7
05-135 Komornica
tel.: 22 774 20 21; fax: 22 782 30 25
e-mail: zsw@wieliszew.pl
Dyrektor: Krzysztof Roszak

3. Szkoły wymienione w pkt. 2 dostarczą deklarację uczniów uprawnionych do korzystania ze świadczeń stomatologicznych zgodnie z wzorem - Załącznik nr 1.

§ 4 ROZWIĄZANIE POROZUMIENIA

1. Za datę zawarcia porozumienia uznaje się dzień złożenia kwalifikowanego podpisu elektronicznego przez ostatnią z osób podpisujących niniejsze Porozumienie.
2. Strony z ważnych przyczyn mają prawo do rozwiązania niniejszego porozumienia z trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia.
3. Porozumienie wygasa w przypadku, gdy umowa Podmiotu z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń gwarantowanych objętych niniejszym Porozumieniem przestanie obowiązywać, bez względu na przyczyny.

§ 5 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszego porozumienia wymagają uzgodnienia pomiędzy Stronami i powinny być dokonane na piśmie pod rygorem nieważności.
2. Strony zgodnie ustalają, że ewentualne spory mogące powstać na tle obowiązywania porozumienia będą rozwiązywane polubownie, zaś w przypadku braku porozumienia, strony poddają się rozstrzygnięciu właściwego dla Organu Prowadzącego Sądu Powszechnego.
3. Porozumienie sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Podmiotu, trzy dla Organu Prowadzącego.

Załączniki do niniejszego Porozumienia stanowiące integralną część:

1) Załącznik nr 1 – wzór deklaracji;
2) Załącznik nr 2 - klauzula informacyjna;
3) Kserokopia polisy ubezpieczeniowej.

Paweł Andrzej Kownacki
Elektronicznie podpisany przez Paweł Andrzej Kownacki
Data: 2025.06.11 14:16:28 +02'00'

…… ……

Organ Prowadzący

WIM
tel. 261-817-398

Signed by / Podpisano przez: Barbara Jolanta Grudek
Date / Data: 2025-06-12 08:17

Załącznik nr 1 do Porozumienia z dnia 10.06.2025 r.

DEKLARACJA KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ LEGIONOWO

WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY

PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY
Centralny Szpital Kliniczny MON
Filia w Legionowie

DEKLARACJA DOTYCZĄCA OPIEKI STOMATOLOGICZNEJ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI

W związku z art. 7 ust 2 z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 z. poz. 1078):

- ☐ Wyrażam zgodę
- ☐ Nie wyrażam zgody

Na objęcie ucznia/uczennicy …….

Pobierającego naukę w roku szkolnym 2025/2026 w klasie ……., opieką stomatologiczną organizowaną przez szkołę w zakresie **profilaktycznych** świadczeń stomatologicznych.

……..

(*podpis rodziców lub opiekunów prawnych*)

☎ Telefon do rodzica lub opiekuna

……..

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO** wyrażną zgodę na przetwarzanie o zbieranie moich danych osobowych przez WIM - PIB Centralny Szpital Kliniczny MON Filia w Legionowie w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej informacji dot. Planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności WIM - PIB Centralny Szpital Kliniczny Filia w Legionowie.

** Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylania dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

……..

(*podpis rodziców lub opiekunów prawnych*)

Legionowo, dnia …….

*Na podstawie art. 7 ust. 4 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019r. opieka w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych (np. leczenie zęba) udzielana jest dopiero po uzyskaniu pisemnej zgody rodziców lub pełnoletniego ucznia wyrażonej każdorazowo przed udzieleniem świadczenia, po uprzednim przekazaniu przez lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Załącznik nr 2 do Porozumienia z dnia 10.06.2025 r.

KLAUZULA INFORMACYJNA DOT. PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z ZAWIERANIEM I REALIZACJĄ UMÓW

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 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 (tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych) ("RODO"), informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą w Warszawie ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa („Administrator"). Z Administratorem można skontaktować się pisząc na adres jego siedziby, adres mailowy dyrekcja@wim.mil.pl lub telefonując pod numer 261 817 666.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych („IOD"), z którym można skontaktować się pisząc na adres mailowy ochrona.danych@wim.mil.pl lub telefonując pod numer 261 816 912.
3. Państwa dane osobowe jako osób reprezentujących stronę umowy będą przetwarzane w celu jej zawarcia i wykonywania.
4. Podstawą przetwarzania Państwa danych jest:
    1) w odniesieniu do osób wyznaczonych do zawarcia i realizacji umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zw. z ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny),
    2) w przypadku dochodzenia roszczeń i obrony przed roszczeniami (art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych).
5. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być:
    a. podmioty upoważnione do otrzymania danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w zakresie i w celach, które z nich wynikają,
    b. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy, m.in. operatorzy pocztowi czy dostawcy usług IT.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres trwania umowy oraz w okresie niezbędnym na potrzeby ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, a także przez czas wynikający z przepisów archiwizacyjnych.
7. Macie Państwo prawo zażądać od Administratora:
    a. dostępu do swoich danych osobowych,
    b. sprostowania swoich danych osobowych,
    c. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych,
    d. ograniczenia lub usunięcia danych osobowych w przypadkach określonych w art. 17 i 18 RODO
    e. przenoszenia danych osobowych.
8. Ponadto przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych na adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy.