

Nazwa zadania: szczepienia profilaktyczne przeciwko wirusowi HPV typu 6,11,16,18  
Rodzaj zadania: Zadanie edukacyjno-profilaktyczne

**Termin składania ofert: 10 marzec 2015r.**

**WÓJT GMINY ŚWIDNICA**  
**ul. Długa 38,66-008 Świdnica**  
**TEL.68 3273115, FAX: 68 3273127 REGON: P-000542178,**  
**NIP: 9730000916**

---

Działając na podstawie art. 7 ust.1 pkt. 1, art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 – tekst jednolity z późn. zm.) i art. 114 ust. 1 pkt 1, ust. 2, art. 115 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 15.04.11. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013r. poz.217 z późn.zm.)

**ogłasza**

**konkurs ofert na realizację w 2015 r. zadania Gminy Świdnica  
z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej  
obejmującego profilaktykę  
raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy i brodawek płciowych  
wśród dziewcząt rocznika 2001 zameldowanych na pobyt stały w gminie Świdnica**

1.Przedmiotem konkursu jest:

1.1 Przeprowadzenie kampanii edukacyjno – informacyjnej przez lekarza ginekologa, położną lub pielęgniarkę nt.: zasadności profilaktyki w postaci szczepień ochronnych przeciwko wirusowi HPV typu 6,11,16,18 dla szczepionych dziewcząt i ich rodziców.

1.2 Wykonanie kwalifikacyjnego badania lekarskiego przed szczepieniem.

1.3 Wykonanie 3 krotnego szczepienia profilaktycznego przeciwko wirusowi HPV typu 6,11,16,18 u dziewcząt rocznika 2001 zameldowanych na pobyt stały w gminie Świdnica ( 31 osób).

## 2. Wymagania stawiane oferentom:

1.1 Prawidłowo złożona oferta na formularzu zgłoszeniowym zawierająca kalkulację przewidywanych kosztów (załącznik nr 1), szczegółowy opis i przebieg realizacji zadania (załącznik nr 2) oraz zatwierdzony projekt umowy (załącznik nr 3).

1.2 Podmiot uprawniony do złożenia oferty - zakład opieki zdrowotnej uprawniony na podstawie odrębnych przepisów do udzielenia świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem oraz określony w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1.3 Spełnione wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonywującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012r. poz. 739).

1.4 Doświadczenie i współpraca z innymi samorządami, w tym przeprowadzone przynajmniej raz szczepienia ochronne przeciwko wirusowi HPV – poparte referencjami.

3. Termin realizacji zadania: od daty podpisania umowy do 15 grudnia 2015 r., miejsce realizacji: siedziba zoz , szkoły .

4. Oferty w zamkniętych kopertach z napisem „*Konkurs na profilaktykę przeciwko wirusowi HPV*” oraz „*nie otwierać przed dniem 10.03.2015r.*”, należy składać w Urzędzie Gminy Świdnica przy ul. Długiej 38, w terminie do dnia 10 marca 2015 roku, do godz.15:00.

5. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w siedzibie zamawiającego, w ciągu 14 dni od terminu określonego dla ich złożenia.

6. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.

## 7. Kryterium oceny ofert:

Najniższa cena za wykonanie usługi – waga 100%

Algorytm obliczenia punktów :

$$C = \frac{A}{B} \times 100 \text{ pkt} \times \text{waga } 100\%$$

gdzie:

C- liczba punktów badanej oferty,  
A- cena oferty najtańszej,  
B- cena oferty badanej.

8. Ze szczegółowymi warunkami i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu (w tym z projektem umowy) można zapoznać się w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Świdnicy, ul Długa 25 lub na stronie internetowej Gminy Świdnica. Osobą uprawnioną do kontaktu z oferentami jest Kierownik GOPS w Świdnicy, Pani Anna Mierzwa, tel. 68 3273230.

9. Wzór oferty zamieszczony jest na stronie: [www.swidnica.zgora.pl](http://www.swidnica.zgora.pl) link BIP

10. Gmina zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany terminu składania ofert.

11. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania reguluje umowa zawarta pomiędzy Gminą, a Wykonawcą.

12. Oferent może złożyć skargę lub protest dotyczący konkursu ofert, do Wójta Gminy Świdnica, w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o jego rozstrzygnięciu.

**Oferta**  
**dotycząca zamówienia na świadczenia zdrowotne**  
**w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy i brodawek płciowych wśród**  
**dziewcząt rocznika 2001 zameldowanych na pobyt stały w gminie Świdnica**

**I. Dane dotyczące oferenta.**

1. Nazwa oferenta:

.....

2. Adres siedziby:

.....

3. Numer wpisu do rejestru organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....

4. Inne dane o oferencie:

a/ imię i nazwisko oraz numer telefonu, faksu

- dyrektora/ kierownika podmiotu

.....

- osoby odpowiedzialnej za nadzór merytoryczny nad realizacją zamówienia

.....

b/ nazwa banku i numer konta bankowego

.....

c/ NIP .....

d/ REGON .....

**II. Kalkulacja kosztów zamówienia.**

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia wraz z kalkulacją elementów należności i kalkulacją kosztów jednego szczepienia ( w pełnych złotych).

Elementy należności dla ..... dzieci (zakładana liczba dzieci objętych świadczeniem)	Koszt szczepienia jednego dziecka	Całkowity koszt oferty
Zakup szczepionki		
Realizacja szczepień, w tym:		
.....	.....	.....
a/ kwalifikacyjne badanie lekarskie		
.....	.....	.....
b/ podanie szczepionki		
.....	.....	.....
c/ utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów		
Inne koszty realizacji zamówienia ( np. działania promocyjno- edukacyjne, administracyjno- biurowe, itp.)		
<b>RAZEM</b>		

**III. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:**

.....

.....

**IV. Miejsce i czas realizacji zadania:**

.....

**V. Warunki lokalowe** o jakich mowa w art. 22 ust.1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz.U. z 2012r. poz. 739).

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

**VI. Wykaz osób przewidzianych do realizacji zadania:**

( wraz z kopiami dokumentów kwalifikacyjnych)

Lp.	Imię i nazwisko	Realizowane zadanie	Kwalifikacje zawodowe	Numer prawa wykonywania zawodu	Inne dokumenty uprawniające do realizacji świadczeń

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że zapoznałem/am się i zgadzam się z warunkami zawartymi w treści ogłoszenia o konkursie ofert na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy i brodawek płciowych wśród dziewcząt rocznika 2001 zameldowanych na pobyt stały w gminie Świdnica w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 15 grudnia 2015r.

Data: .....

.....  
( pieczęćka i podpis osoby upoważnionej)

**UWAGA**

Wymagane dokumenty:

- 1) wpis do właściwego rejestru,
- 2) obowiązujący statut/jeśli dotyczy/,
- 3) polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej.

\* kopie dokumentów wymagają potwierdzenia zgodności z oryginałem.

**Szczegółowy opis i przebieg realizacji zadania:**

**1. Tytuł zadania:**

.....  
.....

**2. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania:**

.....

**3. Rozpoznanie/ zidentyfikowanie problemu**

.....  
.....

**4. Cel główny :**

.....  
.....

**5. Cele szczegółowe:**

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

**6. Zadania pozwalające osiągnąć cel główny**

.....  
.....

**7. Formy, metody realizacji zadań**

.....  
.....

**8. Metody ewaluacji ( narzędzia oceny skuteczności i jakości wykonywanych zadań)**

.....  
.....

**9. Inne wymogi/informacje dotyczące realizacji programu (uwzględniające zgodę rodzica /opiekuna ):**

a. dostępność do świadczeń ( dni tygodnia, godziny) –

.....  
.....

b. sposób naboru uczestników programu ( informacja telefoniczna, elektronicznie, osobiście ) –

.....  
.....

c. sposób rejestrowania i przyjmowania zainteresowanych –

.....  
.....

d. propozycja działań promocyjno- edukacyjnych (materiały informacyjne, sposoby przekazu itp.) –

.....  
.....

inne -.....

( pieczętka i podpis osoby upoważnionej )

**UMOWA NR / 2015**  
o wykonanie świadczeń zdrowotnych

zawarta w dniu .... w Świdnicy pomiędzy **GMINĄ ŚWIDNICA**, reprezentowaną przez **WÓJTA GMINY – PANA ADAMA JASKULSKIEGO**, przy kontrasygnacie **SKARBNIKA GMINY – PANI ANNY BACHMAN** zwanej w treści umowy „Zamawiającym”

**a** ..... **w** .....  
z siedzibą w ..... wpisanym do rejestru  
..... dnia ..... pod numerem .....  
NIP ..... REGON.....  
zwanym w treści umowy „Wykonawcą”, reprezentowanym przez  
.....

**o następującej treści:**

**§ 1. 1.** Zamawiający, na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027- tekst jednolity z późn. zm.), art. 115 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( Dz.U.z 2013r. poz.217 z póź.zm.) oraz w wyniku konkursu ofert przeprowadzonego dnia ..... zleca, a Wykonawca przyjmuje do realizacji wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **profilaktyki raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy i brodawek płciowych wśród dziewcząt rocznika 2001 zameldowanych na pobyt stały w gminie Świdnica**, zgodnie z ofertą stanowiącą integralną część umowy.

**2.** Sposób organizacji udzielania świadczenia, tj. naboru, rejestracji, dni, godzin i informacji udzielania świadczenia zawiera załącznik nr 2 oferty.

**3.** Przedmiot zamówienia dotyczy:

**a/** przeprowadzenie kampanii edukacyjno – informacyjnej adresowanej do rodziców i dziewcząt nt. zasadności profilaktyki w postaci szczepień ochronnych przeciwko wirusowi HPV typu 6,11,16,18 ;

**b/** wykonanie kwalifikacyjnego badania lekarskiego przed szczepieniem;

**c/** podanie trzech dawek szczepionki przeciwko wirusowi HPV typu 6,11,16,18.

**§ 2.** Okres rozliczeniowy realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w pkt 1 ustala się **od dnia podpisania umowy do dnia 15 grudnia 2015 roku.**

**§ 3. 1.** Ustala się umowną wartość wynagrodzenia:

**a/** jednostkową w wysokości ... zł brutto, tj. skalkulowany koszt szczepienia 1 dziecka,

**b/** łączną, wynikającą z ilości przeprowadzonych świadczeń zdrowotnych, nie wyższą niż ..... brutto , przysługującą Wykonawcy za wykonanie przedmiotu umowy.

**2.** Ustalone wynagrodzenie obejmuje wszelkie narzuty i dodatki dla Wykonawcy i nie podlega zmianie w trakcie realizowania niniejszej umowy.

**§ 4.1.** Płatność za wykonanie świadczenia zdrowotnego nastąpi przelewem na podstawie rachunku/faktury wystawionego na adres: Urząd Gminy w Świdnicy, ul. Długa 38, 66-008 Świdnica, NIP: 9730000916, w terminie 14 dni od daty jego złożenia, transzowo – w formie rachunków /faktur częściowych, tj. po każdej podanej dawce szczepionki.

**2.** Do rozliczenia rachunku/faktury z Zamawiającym dołączyć należy szczegółową informację z wykonania świadczenia zdrowotnego, zgodnie z załączonym do umowy formularzem (załącznik do umowy).

**3.** Za datę zapłaty uważa się datę obciążenia rachunku Zamawiającego.

**§ 5.** Prawa i obowiązki stron nie mogą być przenoszone na osoby trzecie.

**§ 6.** Wykonawca zobowiązuje się do:

1) prowadzenia dokumentacji w sposób umożliwiający ocenę wykonania zadania pod względem rzeczowym ;

2) przekazywania - na życzenie Zamawiającego- w terminie 7 dni od dnia żądania informacji o zakresie i sposobie realizacji umowy;

3) stosowania przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej;

4) poddania się kontroli w zakresie prawidłowości wykonywania zadań określonych w przyjętej ofercie.

**§ 7.** Wykonawca zapłaci karę umowną Zamawiającemu za każdy dzień zwłoki, w stosunku do ustalonego w § 2 terminu wykonania przedmiotu umowy, w wysokości 0,1 % wartości umownej brutto, o której mowa w § 3 ust.1pkt b.

**§ 8.1.** W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. W takim przypadku Wykonawca może żądać wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.

**2.** Odstąpienie od umowy może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

**3.** W przypadku odstąpienia od umowy, Strony sporządzają w terminie 5 dni od daty odstąpienia, protokół stopnia wykonania zadania, który stanowić będzie podstawę do ostatecznego rozliczenia umowy.

**§ 9.** W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( Dz.U. z 2013r. poz.217 z póź.zm.) oraz przepisy Kodeksu cywilnego.

**§ 10.** Nadzór nad realizacją zadania sprawowany będzie przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świdnicy.

**§ 11.** Ewentualne spory wynikłe w trakcie realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą przez Sąd Powszechny w Zielonej Górze.



**§ 12.** Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**ZAMAWIAJĄCY**

**WYKONAWCA**



