

Nazwa zadania: szczepienia profilaktyczne przeciwko meningokokom grupy A,C,W-135,Y
Rodzaj zadania: Zadanie edukacyjno-profilaktyczne

Termin składania ofert: 19 maja 2015r.

WÓJT GMINY ŚWIDNICA
ul. Długa 38,66-008 Świdnica
TEL.068 3273115 , FAX: 068 3271127 REGON: P-000542178,
NIP: 973000916

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 póź.zm.)

ogłasza

**konkurs ofert na realizację w 2015 r. zadania Gminy Świdnica
z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej
obejmujący szczepienia ochronne przeciwko meningokokom dzieci rocznika 2012
zameldowanych na pobyt stały w gminie Świdnica**

1.Przedmiotem konkursu jest:

- 1.1 Przeprowadzenie kampanii edukacyjno – informacyjnej przez lekarza pediatrę nt. zasadności szczepień profilaktycznych w postaci szczepień ochronnych przeciwko meningokokom grupy A,C,W-135,Y (w tym przygotowanie i wysłanie imiennych zaproszeń do rodziców lub opiekunów dzieci objętych programem).
- 1.2 Wykonanie kwalifikacyjnego badania lekarskiego przed szczepieniem.
- 1.3 Zakup szczepionek i wykonanie szczepień przeciwko meningokokom grupy A,C,W-135,Y u dzieci z rocznika 2012 zameldowanych na pobyt stały w gminie Świdnica (60 osób), przy założeniu, że każde dziecko otrzyma 1 dawkę szczepionki.
 - Liczba dzieci może ulec zmianie i zależeć będzie od liczby pisemnej zgody rodziców lub opiekunów prawnych dziecka, którzy wyrażą zgodę na szczepienie.
 - Szczepionka wykorzystana do szczepień powinna być dostępna na rynku polskim i dopuszczona do stosowania w Polsce.
- 1.4 Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

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 zaakceptowany projekt umowy (załącznik nr 3).

1.2 Uprawnienie na podstawie odrębnych przepisów do udzielenia świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem.

1.3 Spełnienie wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonyującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r. poz. 739).

1.4 Doświadczenie i współpraca z samorządami w realizacji programów zdrowotnych, w tym szczepień profilaktycznych – poparte referencjami (w ilości minimum dwóch).

3. Oferta niespełniająca wymagań punktu 2 zostanie odrzucona.

4. Termin i miejsce składania ofert:

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

1.2 Oferty w zamkniętych kopertach z napisem „*Konkurs na profilaktykę przeciwko meningokokom*” oraz „*nie otwierać przed dniem 19.05.2015r.*”, należy składać w Urzędzie Gminy w Świdnicy przy ul. Długiej 38, w terminie do dnia 19 maja 2015 roku, do godz.15:00.

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

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

1.5 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.

- Powyższa cena oferowana powinna zawierać wszystkie koszty niezbędne do realizacji programu zdrowotnego będącego przedmiotem konkursu, w tym koszt zakupu szczepionek, wykonanie usługi szczepień, przeprowadzenie kampanii edukacyjno – informacyjnej, utylizację zużytego sprzętu, koszty administracyjno – biurowe i inne, niezbędne przy realizacji programu.
- W przypadku złożenia przez różnych oferentów ofert spełniających wymogi konkursu z taką samą ceną ofertową Organizator dopuszcza licytację ceny z tymi oferentami.

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. 068 3273230.

9. Wzór oferty zamieszczony jest na stronie: 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.

Oferta
dotycząca zamówienia na świadczenia zdrowotne
w zakresie szczepień ochronnych przeciwko meningokokom dzieci rocznika 2012 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 ofercie:

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.)		
RAZEM		

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 szczepień ochronnych przeciwko meningokokom dzieci rocznika 2012 zameldowanych na pobyt stały w gminie Świdnica w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 15 grudnia 2015r.

Data:

.....
(pieczętka 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 **szczepień ochronnych przeciwko meningokokom dzieci rocznika 2012 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/opiekunów prawnych szczepionych dzieci

b/ wykonanie kwalifikacyjnego badania lekarskiego przed szczepieniem;

c/ zakup i podanie szczepionki przeciwko meningokokom grupy A,C,W-135,Y.

d/ prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 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.

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

Akceptacja projektu umowy
(podpis)

