

ZARZĄDZENIE NR 0050.1.291.2017
BURMISTRZA SUPRAŚLA
z dnia 25. maja 2017 r.

W sprawie ogłoszenia konkursu na realizację „Programu zdrowotnego – szczepienie przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia na lata 2014-2017 w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017” – mieszkańców Gminy Supraśl

Na podstawie art.7 ust.1 pkt.5, art.30 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2016 r., poz. 446 z późn. zm.), art. 7 ust.1 pkt. 1, art.48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz.1793 z późn. zm.) zarządzam co następuje:

- §1. Ogłaszam konkurs ofert oraz zapraszam uprawnione podmioty do składania ofert na realizację „Programu zdrowotnego – szczepienie przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia na lata 2014-2017 w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017 ” przyjętego uchwałą Nr XLII/400/2014 Rady Miejskiej w Supraślu z dnia 20.03.2014r.
- §2. Ustalam treść ogłoszenia konkursu ofert, szczegółowych warunków konkursu oraz formularza ofertowego w brzmieniu określonym w załączniku do zarządzenia.
- §3. Wykonanie Zarządzenia powierzam Sekretarzowi Gminy Supraśl.
- §4. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.


BURMISTRZ
Radosław Dybrowski

FZ.8010.8.2017

**Burmistrz Supraśla
ogłasza konkurs i zaprasza**

do składania ofert na realizację „Programu zdrowotnego – szczepienie przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia na lata 2014-2017” w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017.

Konkurs ofert ogłasza się na podstawie art. 48 ust.4, w związku z art.7 ust.1 pkt.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.) oraz art.114 ust. 1 pkt. 6 i art. 115 ust.1 pkt 1, ust.3, 5 i 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.)

Przewidywana liczba osób uprawnionych do objęcia programu wynosi 200 zamieszkujących na terenie Gminy Supraśl.

Wymogi wobec oferenta:

- W konkursie oferty mogą złożyć podmioty uprawnione do wykonywania działalności leczniczej zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015r., poz. 618 z późn zm.) dysponujący pomieszczeniem do wykonania szczepień zlokalizowanych w miejscowości Supraśl oraz Grabówce, Zaściankach lub Sobolewie.
- W konkursie przewiduje się, że wyłonione zostaną dwa podmioty. Jeden będzie realizować program w punkcie zlokalizowanym w Supraślu, a drugi podmiot będzie realizować program w punkcie zlokalizowanym w Grabówce, Zaściankach lub Sobolewie.
- Przewiduje się, że w każdym punkcie zostanie wykonanych 100 szczepień. Liczba ta może ulec zmianie.

Termin przyjmowania pacjentów: co najmniej raz w tygodniu w godz. pomiędzy 9.00-17.00

Dokumenty związane z konkursem, a w szczególności Programem stanowiącym załącznik do uchwały nr XLII/400/2014 Rady Miejskiej w Supraślu z dnia 20.03.2014r pobrać można ze strony internetowej: www.suprasl.pl lub zapoznać się i odebrać w Filii Urzędu Miejskiego w Supraślu, ul. Szosa Baranowicka 58/4, Zaścianki, 15-521 Białystok w godzinach pracy urzędu.

Informację na temat konkursu można uzyskać także pod numerem telefonu (85) 733-38-40.

Termin rozpoczęcia realizacji programu: od 01 września do 30 listopada 2017 roku.

BURMISTRZ
Radosław Dobrowolski

Opis sposobu przygotowania oferty:

1. Oferta powinna być przygotowana na formularzu oferty (według załącznika).
2. Formularz ofertowy wraz z załącznikami winne być ostemplowane pieczętą firmową oraz podpisane, a strony parafowane przez osoby upoważnione do reprezentowania oferenta.
3. Zaleca się, aby wszystkie dokumenty tworzące ofertę były spięte – zszyte w sposób uniemożliwiający ich dekompletację, a strony kolejno ponumerowane.
4. Oferta winna być złożona w zamkniętej, opieczetowanej pieczętą firmową kopercie, opisana: **oferta na realizację „Programu zdrowotnego – szczepienie przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia na lata 2014-2017 w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017 z dopiskiem rejonu w którym będzie realizowane zadanie oraz z dopiskiem: nie otwierać.”**

Oferty należy składać w sekretariacie Filii Urzędu Miejskiego w Supraślu, Zaścianki, ul. Szosa Baranowicka 58/4, 15-521 Białystok, **do dnia ..09.06:..... 2017r. do godz.14.00**

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

Rozstrzygnięcia konkursu dokona komisja powołana przez Burmistrza Supraśla w terminie 14 dni roboczych od upływu terminu składania ofert. Miejscem rozstrzygnięcia konkursu będzie Filia Urzędu Miejskiego w Supraślu, Zaścianki, ul. Szosa Baranowicka 58/4, 15-521 Białystok .

BURMISTRZ

Radosław Dobrowolski

Szczegółowe warunki konkursu ofert

I. Przedmiot konkursu ofert: Realizacja „Programu zdrowotnego – szczepienie przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia na lata 2014-2017 w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017”.

Opis przedmiotu konkursu:

Przedmiotem konkursu ofert i realizacji programu jest: przyjęcie obowiązków udzielenia świadczeń zdrowotnych u osób w wieku od 65 lat zamieszkałych na terenie gminy Supraśl, na które składa się:

- 1) zakup szczepionek przeciw grypie (zakup materiałów niezbędnych do realizacji zadania), każda z osób otrzyma 1 dawkę szczepionki,
- 2) wykonanie usługi szczepień u osób powyżej 65 lat zamieszkałych na terenie gminy Supraśl w tym przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia,
- 3) edukację osób kwalifikujących się do szczepienia poprzez przekazanie informacji o zasadności i istocie szczepienia przeciw grypie,
- 4) przeprowadzenie kampanii informacyjno – edukacyjnej obejmującej rozpowszechnienie informacji o szczepieniach,
- 5) zebranie wszelkich dokumentów w tym zgody osób szczepionych na wykonanie szczepienia oraz dokumentów potwierdzających fakt zamieszkania osoby na terenie Gminy Supraśl

Przewidywana liczba uprawnionych do objęcia programem **wynosi 200 osób.**

II. Wymagania od oferentów – warunki podmiotowe:

W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział podmioty, które spełniają następujące warunki :

- 1) są podmiotami wykonującymi działalność zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016r. poz. 1638 z późn zm.),
- 2) świadczą usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert,
- 3) posiadają wykwalifikowany personel medyczny oraz punkt szczepień zgodnie z wytycznymi NFZ oraz Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej,
- 4) posiadają polisę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy.

III. Zasady ogólne:

1. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej zgodnie z treścią obowiązującego formularza oferty, w zaklejonej i opisanej nazwą i adresem oferenta oraz nazwą konkursu kopercie.
2. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
3. Oferta musi być podpisana i opieczetowana przez oferenta lub upoważnionego przedstawiciela oferenta. W przypadku złożenia i podpisania oferty przez upoważnionego przedstawiciela oferenta, należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo.
4. Wszystkie strony oferty wraz z załącznikami i dokumentami składającymi się na ofertę muszą być podpisane lub parafowane przez składającego ofertę. Zaleca się, aby były spięte – zszyte w sposób uniemożliwiający ich dekompletację, a strony kolejno ponumerowane.

5. Kopie oryginalnych dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem oraz posiadać datę potwierdzenia zgodności.
6. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, muszą być dokonane jedynie przez czytelne przekreślenie błędnego zapisu, wpisanie poprawki i wstawienie obok parafy przez osobę podpisującą ofertę.
7. Oferty należy składać osobiście lub za pośrednictwem poczty w sekretariacie Filii Urzędu Miejskiego w Supraślu, Zaścianki, ul. Szosa Baranowicka 58/4, 15-521 Białystok w terminie do dnia ^{09.06}..... 2017 roku do godz. 14.00. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu oferty do siedziby Filii Urzędu.. Oferty, które wpłyną do Filii Urzędu Miejskiego w Supraślu po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.
8. Oferent może wycofać złożoną ofertę tylko w formie pisemnej.
9. Konkurs ofert rozpoczyna się w terminie wskazanym w ogłoszeniu i trwa do czasu rozstrzygnięcia.
10. Oferty mające braki formalne mogą być uzupełnione w terminie wyznaczonym przez Komisję Konkursową nie dłuższym niż 7 dni od otrzymania wezwania do uzupełnienia.
11. Ogłoszenie wyników konkursu ofert nastąpi niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.
12. Rozstrzygnięcie konkursu będzie stanowiło podstawę do zawarcia umowy na realizację zadania na okres od dnia podpisania umowy do dnia 30 listopada 2017 roku.
13. Zamawiający zastrzega sobie prawo zamknięcia konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że zadanie może być wykonane przez oferenta nienależycie lub zaoferowana cena szczyptę przekracza możliwości finansowe zamawiającego, a także zgodnie z pkt.17.
14. Warunki realizacji zadania reguluje umowa zawarta między Zamawiającym a wyłonionym w drodze konkursu Świadczeniodawcą.
15. Oferty uczestniczące w postępowaniu konkursowym nie podlegają zwrotowi.
16. Wszelkie koszty sporządzenia oferty ponosi oferent.
17. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do zamknięcia konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert, jak również odwołania konkursu lub zmiany warunków konkursu w wypadku wystąpienia istotnych okoliczności uzasadniających, które ujawnią się po dniu ogłoszenia konkursu, ale przed jego rozstrzygnięciem.

BURMISTRZ
Radosław Dobrowolski



FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczący realizacji „Programu zdrowotnego – szczepienie przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia na lata 2014-2017 w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017”.

1. Oferent (pełna nazwa)

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

2. Adres siedziby, kod pocztowy, telefon i fax oferenta

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

3. Nazwisko i imię osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta (telefon kontaktowy)

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

4. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu

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

5. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa organu dokonującego wpisu i data wpisu, np. KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do właściwego rejestru /ewidencji zakładów opieki zdrowotnej – wymienić:

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

6. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu lub innych programów profilaktycznych

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

7. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program

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

.....
.....
.....
8. Proponowana liczba świadczeń możliwa do wykonania przez świadczeniodawcę (liczba osób - adresatów programu, mieszkańców gminy)

.....
9. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu oraz nazwa banku i numer konta.

.....
.....
.....
10. Określenie miejsca realizacji programu oraz dni tygodnia i godzin udzielania świadczeń

.....
.....
.....
11. Określenie warunków udzielania świadczeń (pomieszczenia, aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności)

.....
.....
.....
12. Określenie sposobu rejestracji pacjentów (osobiście – adres, godziny; telefonicznie – numer, godziny)

.....
.....
.....
13. Świadczenia zdrowotne wykonywać będzie personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi. Poniżej przedstawiamy imienny wykaz personelu medycznego (np. lekarz rodzinny, pielęgniarka), który będzie realizował zamówienie, wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy i doświadczenia zawodowego.

| Imię i nazwisko | Zawód, stopień specjalizacji | Pozostałe informacje |
|-----------------|------------------------------|----------------------|
|-----------------|------------------------------|----------------------|

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. **Zobowiązuje się, w przypadku wyboru jego oferty, do:**
 - **zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania,**
 - **przedłożenia stosownej dokumentacji potwierdzającej, że pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu 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).**
2. **Jest/ nie jest* podatnikiem podatku VAT. (*niepotrzebne skreślić)**
3. **Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.**

Podpisy i pieczęcie osób uprawnionych do reprezentacji oferenta

.....
Wymagane załączniki do oferty:

1. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i akceptacji treści umowy, wg. załącznika nr 1 do oferty.
2. kserokopia dokumentu dotyczącego statusu prawnego oferenta (np. aktualny wypis z KRS lub aktualne zaświadczenie o wpisie do CEiDG).
3. kserokopia wpisu do właściwego rejestru, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015r., poz. 618 z późn. zm.)
4. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia, wymienionych w pkt 13 oferty.

BURMISTRZ
Radosław Dobrowolski

Oświadczenie

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie ofert na realizację „Programu zdrowotnego – szczepienie przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia na lata 2014-2017 w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017”, po zapoznaniu się ze szczegółowymi warunkami ogłoszonego konkursu i informacjami o przedmiocie konkursu, a także po uzyskaniu wszelkich niezbędnych informacji niżej podpisani reprezentujący oferenta oświadczamy, iż:

1. Uzyskaliśmy konieczne informacje i niezbędne dokumenty do przygotowania i złożenia oferty.
2. Jesteśmy podmiotem, który posiada odpowiednie przygotowanie, potencjał finansowy i kadrowy, który w momencie uzyskania zamówienia pozwala na jego realizację zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Pomieszczenia, w których realizować będziemy świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu 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).
4. Na niniejszą ofertę składa się..... kolejno ponumerowanych i parafowanych (podpisanych) stron.
5. Uważamy się za związanych z ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego. W momencie podpisania umowy dostarczymy kopie polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w całym okresie trwania umowy oraz dokumentację potwierdzającą, że pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu 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).
7. Akceptujemy treść załączonego projektu umowy na realizację w/w programu.

dnia

BURMISTRZ
Radosław Dobrowolski
.....
Podpis i pieczęć oferenta lub osoby
upoważnionej przez oferenta

V

Wzór wniosku o przekazanie środków za wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
szczepienia przeciwko grypie w miesiącu 2017 roku

1. Dane Dotowanego:

nazwa.....

adres

NIP

2. świadczenia zdrowotne wykonanie w miesiącu 2017 roku

3. wnioskowana kwota do refundacji

4.

| <i>Cena jednostkowa jednej dawki szczepienia</i> | <i>ilość wykonanych szczepień w miesiącu</i> | <i>Kwota ogółem</i> |
|--|--|---------------------|
| | | |
| | | |
| RAZEM | | |

Załączniki

1. Rejestr wykonanych szczepień

2. Imienna lista osób zaszczepionych w danym wraz z własnoręcznym podpisem potwierdzającym skorzystanie przez pacjenta ze świadczenia zdrowotnego.

BURMISTRZ
Radosław Dobrowolski

Załącznik Nr 3 (do umowy)
Rozliczenie miesięczne

Nazwa zadania: realizacja „Programu zdrowotnego – szczepienie przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia na lata 2014-2017 w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2017 ”

1. Dane Dotowanego:

nazwa.....

adres

NIP

2. szczepienie wykonane w miesiącu 2017 roku

3. wnioskowana kwota do refundacji

4.

| <i>Cena jednostkowa</i> | <i>ilość wykonanych szczepień w miesiącu</i> | <i>Kwota ogółem</i> |
|-------------------------|--|---------------------|
| | | |
| | | |
| RAZEM | | |

Załączniki

1. Rejestr wykonanych szczepień.

2. Imienna lista osób zaszczepionych w danym wraz z własnoręcznym podpisem potwierdzającym skorzystanie przez pacjenta ze świadczenia zdrowotnego.

Kwota zł słownie:

Jednocześnie oświadczamy, że przedstawiona do rozliczenia liczba szczepień jest zgodna ze stanem faktycznym. Dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się na terenie placówki:

(nazwa, adres)

BURMISTRZ

Krzysztof Dobrowolski

dnia

(podpis i pieczęć Dotowanego)

