Załącznik Nr 1

do Zarządzenia Nr 0050.19.2017

Burmistrza Miasta i Gminy Suchedniów

z dnia 23.02.2017r.

**OGLOSZENIE**

Na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /J.t. Dz. U. z 2016r. poz. 1793 z późn.zm./

**Burmistrz**

**Miasta i Gminy**

**Suchedniów**

ogłasza konkurs ofert na realizację Programu szczepień profilaktycznych przeciw meningokokom młodzieży zamieszkałej w Gminie Suchedniów w roku 2017.

Do składania ofert zaprasza się podmioty lecznicze, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej /J.t. Dz. U. z 2016r. poz.1638/

1. Przedmiotem konkursu ofert jest przeprowadzenie szczepień przeciw meningokokom ok. 80 osób urodzonych w 2001r. lub kończących w roku szkolnym 2016/2017 III klasę gimnazjum i zameldowanych na pobyt stały lub czasowy na terenie Gminy Suchedniów.
2. Wymagania stawiane oferentom:
   1. dysponowanie wykwalifikowaną kadrą, zapewniającą prawidłową realizację programu,
   2. dysponowanie lokalem na terenie Gminy Suchedniów, spełniającym wymogi do realizacji programu, określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r. poz.739)
   3. dysponowanie odpowiednim sprzętem medycznym niezbędnym przy realizacji programu.
3. Czas realizacji programu: marzec – czerwiec 2017r.
4. Oferty należy składać na formularzu ofertowym, w zamkniętej kopercie z napisem: „Konkurs ofert – szczepienia przeciw meningokokom” w sekretariacie Urzędu Miasta i Gminy w Suchedniowie, ul. Fabryczna 5 w terminie do **13.03.2017r**. do godz. 15ºº. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
5. Szczegółowe warunki konkursu ofert oraz formularz ofertowy można pobrać osobiście w pok. 203 (tel. 041 25 43 250, wew.61) lub ze strony internetowej: [www.suchedniow.bip.doc.pl](http://www.suchedniow.bip.doc.pl).

Zastrzega się prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny.

Z up. Burmistrza

Z-ca Burmistrza Miasta i Gminy

Dariusz Miernik

Załącznik Nr 2

do Zarządzenia Nr 0050.19.2017

Burmistrza Miasta i Gminy Suchedniów

z dnia 23.02.2017r.

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

**NA REALIZACJĘ PROGRAMU SZCZEPIEŃ PROFILAKTYCZNYCH PRZECIW MENINGOKOKOM MŁODZIEŻY ZAMIESZKAŁEJ W GMINIE SUCHEDNIÓW w roku 2017**

**I. ZAŁOŻENIA OGÓLNE**

1. W konkursie ofert mogą brać udział podmioty lecznicze wymienione w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (J.t. Dz.U. z 2016r. poz. 1638
2. Konkurs ofert prowadzony jest na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /J.t. Dz. U. z 2016r. poz. 1793 z późn.zm./ oraz w niniejszych Szczegółowych warunkach konkursu ofert.
3. Oferta musi spełniać wszystkie wymagania określone w niniejszych Szczegółowych warunkach konkursu ofert.
4. Postępowanie konkursowe przeprowadzi Komisja Konkursowa powołana przez Burmistrza Miasta i Gminy Suchedniów.

**II. PRZEDMIOT KONKURSU**

1. Przedmiotem konkursu jest zakup szczepionek oraz przeprowadzenie szczepień przeciw meningokokom osób urodzonych w 2001r. lub kończących w roku szkolnym 2016/2017 III klasę gimnazjum. Osoby te winne być zameldowane na pobyt stały lub czasowy na terenie Gminy Suchedniów.
2. Szczepionka wykorzystana do szczepień, o których mowa w ust. 1 powinna być dostępna na rynku polskim i dopuszczona do stosowania w Polsce.
3. Szczepienia, o których mowa w ust. 1 będą prowadzone na terenie Gminy Suchedniów, w lokalu spełniającym wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r. poz.739)
4. Wykonawca jest zobowiązany przeprowadzić akcję informacyjną w zakresie profilaktyki zakażeń meningokokowych.
5. Przeprowadzenie szczepień, o których mowa w ust. 1 wymaga uzyskania pisemnej zgody rodziców lub opiekunów prawnych dziecka.
6. Liczba zaszczepionych dzieci może ulec zmianie i zależeć będzie od liczby chętnych rodziców lub opiekunów prawnych, którzy wyrażą zgodę na szczepienie.
7. Łączny koszt szczepień pokryty przez Gminę Suchedniów nie może przekroczyć kwoty 10.400 zł.
8. Szczepienia wykonywane będą od dnia podpisania umowy do dnia 30.06.2017r.
9. Wykonawca zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną oraz sprawozdawczość związaną z realizacją programu zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**III. ZASADY PRZYGOTOWANIA I SKŁADANIA OFERT**

1. Ofertę należy składać na formularzu ofertowym, stanowiącym załącznik do niniejszych „Szczegółowych warunków konkursu ofert”.
2. Oferty należy składać w zamkniętych kopertach z napisem „Konkurs ofert – szczepienia przeciw meningokokom” w sekretariacie Urzędu Miasta i Gminy w Suchedniowie, ul. Fabryczna 5 w terminie do 13.03.2017r. do godz. 15ºº. W przypadku ofert przesłanych pocztą, liczy się data wpływu. Oferty złożone po tym terminie nie będą rozpatrywane.
3. Do oferty sporządzonej na formularzu, o którym mowa w ust. 1 należy dołączyć:
   1. oświadczenie o zapoznaniu się i akceptacji treści ogłoszenia i niniejszych „Szczegółowych warunków konkursu ofert” oraz treści projektu umowy,
   2. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu,
   3. aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
   4. dokument potwierdzający ubezpieczenie oferenta od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293, poz. 1729).

Oferent przedkłada dokumenty w oryginale lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.

**IV. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU**

1. Oceny ofert dokona Komisja Konkursowa powołana przez Burmistrza Miasta i Gminy Suchedniów.
2. Przy ocenie ofert Komisja Konkursowa weźmie pod uwagę jednostkowy koszt szczepienia, doświadczenie oferenta dotyczące realizacji programów profilaktycznych oraz jego zasoby kadrowe i lokalowe w tym zakresie.
3. Rozstrzygnięcia konkursu dokona Burmistrz Miasta i Gminy Suchedniów na podstawie wniosku Komisji Konkursowej.
4. O wynikach rozstrzygnięcia konkursu oferent zostanie powiadomiony pisemnie.
5. Z wybranym w drodze konkursu oferentem zostanie zawarta umowa o udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Z up. Burmistrza

Z-ca Burmistrza Miasta i Gminy

Dariusz Miernik

Załącznik do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”

**FORMULARZ OFERTOWY**

na realizację Programu szczepień profilaktycznych przeciw meningokokom

w roku 2017

|  |  |
| --- | --- |
| **I. DANE OFERENTA** | |
| **Nazwa oferenta** |  |
| **Siedziba (adres)** |  |
| **Forma organizacyjna** |  |
| **Osoby upoważnione do reprezentacji oferenta** |  |
| **NIP:** | **REGON:** |
| **Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** |  |
| **Nazwa banku i nr konta** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II. KALKULACJA KOSZTÓW** | | |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **Koszt szczepienia jednej osoby** | |  |
| **Proponowany łączny koszt szczepień** | |  |
| **Nazwa szczepionki** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**  **(nazwa i adres)** | |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IV. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZENIA** | | |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Opis sposobu realizacji programu zdrowotnego** ( m.in. informacje o posiadanym sprzęcie medycznym niezbędnym do realizacji programu, dotychczasowe doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych, sposób przeprowadzenia akcji informacyjnej o programie ) :

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

*………………………………. …………………………………*

*(miejscowość, data) (podpis oferenta)*

**UMOWA**

**o udzielenie świadczeń zdrowotnych**

zawarta a Suchedniowie w dniu …….. 2017r. pomiędzy:

**Gminą Suchedniów**, reprezentowaną przez Cezarego Błacha – Burmistrza Miasta i Gminy Suchedniów, zwaną dalej **„Zamawiającym**”

a

**……………….**. z siedzibą w ……………….., reprezentowanym przez …………., zwanym dalej „**Wykonawcą**”, o treści następującej:

§ 1.

**Zamawiający**, w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert zleca, a **Wykonawca** przyjmuje do realizacji świadczenia zdrowotne w zakresie określonym w § 2.

§ 2.

Przedmiotem umowy jest udzielenie świadczeń zdrowotnych polegających na wstępnym badaniu lekarskim kwalifikującym do szczepienia, zakupie szczepionki oraz szczepieniu przeciw meningokokom około 80 osób urodzonych w 2001r. lub kończących w roku szkolnym 2016/2017 III klasę gimnazjum. Osoby te winne być zameldowane na pobyt stały lub czasowy na terenie Gminy Suchedniów.

§ 3.

Na szczepienia, o których mowa w § 2 muszą wyrazić pisemną zgodę rodzice lub opiekunowie prawni dziecka.

§ 4.

1. Świadczenia, o których mowa w § 2 będą przeprowadzone na terenie Gminy Suchedniów w lokalu ……………………...
2. Udzielanie świadczeń odbywać się będzie w terminie od dnia podpisania umowy do dnia 30 czerwca 2017r.
3. Szczepionka wykorzystana do szczepień powinna być dostępna na rynku polskim i dopuszczona do stosowania w Polsce.
4. **Wykonawca** jest zobowiązany przeprowadzić akcję informacyjną na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, których dotyczy niniejsza umowa.
5. **Zamawiający** przekaże **Wykonawcy** listę osób uprawnionych do otrzymania świadczenia.
6. **Wykonawca** zobowiązuje się do realizacji przedmiotu umowy z zachowaniem szczególnej staranności oraz zapewnienia personelu, posiadającego kwalifikacje i sprzętu medycznego niezbędnych do wykonania umowy.

§ 5.

1. Z tytułu realizacji niniejszej umowy łączne wynagrodzenie przysługujące **Wykonawcy** stanowi iloczyn jednostkowego kosztu szczepienia, o którym mowa w § 2 oraz ilości faktycznie przeprowadzonych szczepień.
2. Zamawiający pokryje kwotę **…… zł** za jedno szczepienie.
3. Łączny koszt szczepień pokryty przez **Zamawiającego** nie może przekroczyć kwoty 10.400 zł.
4. Rozliczenie i wypłata wynagrodzenia, określonego w ust. 1 nastąpi po wykonaniu zadania.
5. Podstawą wypłaty wynagrodzenia stanowić będzie faktura wystawiona przez **Wykonawcę,** nie później niż w dniu 15 lipca 2017r., do której dołączone będzie sprawozdanie merytoryczne zawierające listę osób, którym udzielono świadczenia z podaniem imienia, nazwiska, nr PESEL oraz adresu zamieszkania.
6. Należność za wykonanie zadania zostanie uregulowana w terminie 14 dni od daty otrzymania przez **Zamawiającego** faktury, przelewem na konto **Wykonawcy** : ……………………………………………………………………………

§ 6.

**Zamawiający** zastrzega sobie prawo kontroli wykonania zadania w trakcie lub po zakończeniu jego wykonania.

§ 7.

1. **Wykonawca** oświadcza, że posiada zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz.1729).

2. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy odpowiedzialność ponosi Wykonawca.

§ 8.

Zmiana umowy może nastąpić za zgodą obu stron, w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 9.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 10.

Umowa zawarta zostaje na czas określony od dnia jej podpisania do dnia 31.07.2017r.

§ 11.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykonawca Zamawiający

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję:

1. treść ogłoszenia i „Szczegółowe warunki konkursu ofert na realizację Programu szczepień profilaktycznych przeciw meningokokom;

2) projekt umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych.

……………………………. ……………………………

*miejscowość, data podpis oferenta*