Police, dnia 05 marca 2018 roku

OR.8010.6.2018

**Burmistrz Polic**

**ogłasza konkurs ofert na wyłonienie realizatora programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci zamieszkałych na terenie gminy Police**

Burmistrz Polic, działając na podstawie art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.) oraz uchwały XXXIX/370/2018 Rady Miejskiej w Policach z dnia 27 lutego 2018r. w sprawie realizacji w 2018 roku przez gminę Police programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci zamieszkałych na terenie gminy Police, zaprasza do składania ofert w konkursie na wyłonienie realizatora profilaktycznego programu szczepień przeciwko pneumokokom, skierowanego do dzieci zamieszkałych na terenie gminy Police.

**I. Opis programu zdrowotnego:**

Program zdrowotny przeznaczony jest dla dzieci w wieku 2 lat (urodzonych w 2016 roku) zamieszkałych na terenie gminy Police.

Zakres programu:

- zakup szczepionki,

- wywiad kwalifikujący do szczepienia,

- badanie lekarskie poprzedzające szczepienie,

- podanie szczepionki (1 dawka),

- udokumentowanie przeprowadzonego szczepienia,

- prowadzenie dokumentacji przeprowadzanych szczepień zgodnie z ustaleniami umowy,

- zorganizowanie akcji informacyjnej na temat szczepień (ogłoszenia, ulotki, itp.).

Na realizację programu przeznaczona jest kwota 60.000 zł (słownie: sześćdziesiąt tysięcy złotych). W przypadku wyczerpania środków, o których mowa powyżej dopuszcza się możliwość ich zwiększenia poprzez aneksowanie umowy z realizatorem programu (przy założeniu, że umowa będzie kontynuowana na podstawie pierwotnej oferty).

Termin realizacji programu: marzec-grudzień 2018 roku

Miejsce realizacji programu: gabinety lekarskie na terenie gminy Police

**II. Sposób przygotowania oferty:**

Oferta przystąpienia do konkursupowinna być sporządzona według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia. Wzór oferty jest dostępny w siedzibie Urzędu Miejskiego w Policach przy ul. Stefana Batorego 3, pok. 23 oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego
w Policach pod ogłoszeniem o konkursie.

Do oferty, sporządzonej według wzoru, o którym mowa powyżej, należy załączyć:

1. statut jednostki (bądź inny dokument potwierdzający jego formę organizacyjną – np. umowę spółki) – lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem,
2. wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wyciąg z rejestru zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez wojewodę (lub kopie ww. dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem);
3. oświadczenie (sporządzone według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia), że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego będą finansowane jedynie przez gminę Police i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami, oraz że załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym
i faktycznym na dzień złożenia oferty,
4. dokument potwierdzający ubezpieczenie realizatora programu zdrowotnego od odpowiedzialności cywilnej w ramach prowadzonej działalności (lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem),
5. informację o ilości dzieci kwalifikujących się do programu, które zadeklarowane są pod opiekę lekarską realizatora i nie zostały wcześniej zaszczepione.

**III. Wymagania stawiane oferentom:**

1. dysponowanie kadrą zapewniającą realizację programu zdrowotnego,
2. dysponowanie lokalem na terenie gminy Police, spełniającym wymogi do realizacji programu zdrowotnego, którego położenie sprzyja objęciu programem jak największej populacji pacjentów – z uwagi na łatwy dojazd,
3. dysponowanie odpowiednim sprzętem medycznym niezbędnym przy realizacji programu zdrowotnego.

**IV. Wymagane dokumenty:**

1. dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób uczestniczących przy realizacji programu (bądź ich kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem),
2. dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań wymienionych wyżej w rozdz. III pkt 2 i 3 (bądź ich kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem) lub odpowiednie oświadczenie
o ich spełnianiu.

**V. Składanie ofert:**

Ofertę należy złożyć w zaklejonej kopercie z podaniem nazwy konkursu „Konkurs ofert na wyłonienie realizatora programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci zamieszkałych na terenie gminy Police”, w kancelarii Urzędu Miejskiego w Policach (pok. 3c)
w nieprzekraczalnym terminie do dnia 19 marca 2018 roku do godz. 10:00.

Wyboru realizatora programu zdrowotnego dokona Burmistrz Polic – dokonując oceny ofert na podstawie informacji w nich zawartych, biorąc pod uwagę spełnianie warunków stawianych oferentom oraz ceny poszczególnych świadczeń zdrowotnych, które będą wykonywane w ramach realizacji programu zdrowotnego.

Ze względu na zapewnienie jak najszerszej dostępności programu, dopuszcza się możliwość wyboru kilku realizatorów programu. Wyłonieni w konkursie realizatorzy zobowiązani będą do zaszczepienia każdego dziecka, które kwalifikuje się do programu, bez względu na to, do jakiej placówki zdrowia jest ono zadeklarowane.

Gmina Police zastrzega sobie prawo unieważnienia konkursu, bądź niewyłonienia realizatora programu zdrowotnego.

Oferenci są związani ofertami przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

O rozstrzygnięciu konkursu oferenci zostaną niezwłocznie poinformowani w formie pisemnej.

**Zał. nr 1**

**OFERTA**

na realizację programu zdrowotnego pn.: …………………………………………...

……………………………………………………………………………………......

………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..........

(należy wpisać nazwę programu)

Dane podmiotu składającego ofertę (nazwa, siedziba, osoby upoważnione do reprezentacji): ………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko oraz nr tel. osoby upoważnionej do kontaktu: ……………………..

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

 Koszt jednostkowy za wykonanie szczepienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Poszczególne składowe kosztu jednostkowego | Koszt w zł  |
| 1.2.3. | badanie lekarskiecena szczepionkiadministracyjno-techniczna obsługa realizacji świadczeniazdrowotnego | ……………………………………………………… |
|  | Koszt jednostkowy brutto:(kalkulacja kosztu dla jednej osoby) | ………………… |

**Nazwa szczepionki**: ………………………………………………

Opis sposobu realizacji programu zdrowotnego (w tym w szczególności: miejsce realizacji programu, sposób rejestracji pacjentów, informacje dotyczące kwalifikacji osób uczestniczących w realizacji programu, informacje na temat posiadanego sprzętu medycznego – niezbędnego do realizacji programu, dotychczasowe doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych i inne):

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..

…….……………………………………...

(data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

**Zał. nr 2**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż:

- świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach programu zdrowotnego pn.:

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………......

będą finansowane jedynie przez Gminę Police i nie będą przedstawiane
w rozliczeniach z innymi podmiotami,

- załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

…………………………………………..

(data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)