

OŚ.8010.3.2012

**Wójt Gminy Janów Podlaski**  
**ponownie ogłasza konkurs i zaprasza**

**do składania ofert na realizację Programu zdrowotnego pn. "Budowanie właściwych zachowań higienicznych i przeciwdziałania problemowi społecznemu jaki stanowi rak szyjki macicy w Gminie Janów Podlaski" w roku 2012.**

Konkurs ofert ogłasza się na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2008 r. Nr 164, poz.1027 z późn. zm.).

**Przewidywana liczba uprawnionych do objęcia programem wynosi do 26 osób.**

**Wymogi wobec oferenta:**

**• do konkursu ofert mogą przystąpić podmioty upoważnione na podstawie odrębnych przepisów do świadczenia usług zdrowotnych zgodnie z przedmiotem konkursu ofert**

Z programem, szczegółowymi warunkami konkursu, projektem umowy, formularzem oferty można zapoznać się, a także pobrać ze strony internetowej: [>>BIP>>Przetargi konkursy i zamówienia publiczne>>2012](http://www.janowpodlaski.pl); lub zapoznać się i odebrać w Urzędzie Gminy Janów Podlaski ul. Bialska 6a, pokój nr 5, w godz. od 7.30 do 15.30 w dniach pracy urzędu.

Informację na temat konkursu można uzyskać także pod numerem telefonu 83 3413073 wew. 43, a także na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Gminy Janów Podlaski.

Umowa na realizację programu zawarta będzie do 30 listopada 2012 roku. Termin rozpoczęcia realizacji programu: od daty podpisania umowy.

Opis sposobu przygotowania oferty:

1. Treść oferty musi odpowiadać treści obowiązującego formularza oferty.
2. Formularz ofertowy wraz z załącznikami winne być ostemplowane pieczętką firmową oraz opieczetowane imiennie i podpisane, a strony parafowane przez właściwe osoby 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 pieczętką firmową i opisanej nazwą konkursu kopercie.

Oferty należy składać w sekretariacie Urzędu Gminy Janów Podlaski do dnia 5 kwietnia 2012 r. do godz. 10:00.

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

Otwarcie ofert nastąpi dnia 5 kwietnia 2012 r. o godz. 11:00 w Urzędzie Gminy Janów Podlaski.

Rozstrzygnięcia konkursu dokona Komisja Konkursowa. Decyzję o wyborze oferenta podejmuje Wójt Gminy Janów Podlaski.

Miejscem rozstrzygnięcia konkursu jest Urząd Gminy Janów Podlaski ul. Bialska 6a.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo odwołania konkursu lub zmiany warunków konkursu w wypadku, gdy zaistnieją istotne okoliczności uzasadniające podjęcie takiej decyzji.

## **Szczegółowe warunki konkursu ofert**

### **I. Przedmiot konkursu ofert:**

**„Realizacja Programu zdrowotnego pn. „Budowanie właściwych zachowań higienicznych i przeciwdziałania problemowi społecznemu jaki stanowi rak szyjki macicy w Gminie Janów Podlaski” w roku 2012”.**

#### **Opis przedmiotu konkursu:**

Realizacja przedmiotu konkursu polega na wykonaniu następujących czynności:

- przeprowadzenie akcji informacyjno - edukacyjnej z uwzględnieniem informacji o potrzebie wykonywania regularnych cytologicznych badań profilaktycznych zgodnie z obowiązującymi zaleceniami po zakończonym programie szczepień,
- uzyskanie pisemnej zgody od rodzica lub opiekuna prawnego na wykonanie cyklu szczepień,
- badania lekarskie i kwalifikacja do szczepienia,
- wykonanie pełnego cyklu szczepienia,
- wpis o szczepieniu do wymaganej dokumentacji medycznej (książeczka zdrowia, karta szczepień).

Przewidywana liczba uprawnionych do objęcia programem wynosi do 26 osób. Organizator konkursu wyraża zgodę na wstęp do szkół podmiotowi wyłonionemu w konkursie ofert w celu prowadzenia akcji informacyjno - edukacyjnej w zakresie realizowanego programu.

### **II. Wymagania od oferentów - warunki podmiotowe:**

Do konkursu ofert mogą przystąpić podmioty upoważnione na podstawie odrębnych przepisów do świadczenia usług zdrowotnych zgodnie z przedmiotem konkursu ofert.

Termin przyjęć pacjentów: co najmniej 1 raz w tygodniu w godz. 9.00 - 17.00

### **III. Zasady ogólne:**

1. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej zgodnie z treścią obowiązującego formularza oferty, w zaklejonej i opisanej 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 w sekretariacie Urzędu Gminy Janów Podlaski ul. Bialska 6a w terminie do dnia 5 kwietnia 2012 roku do godz. 10.00. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.
8. Oferent może wycofać złożoną ofertę tylko w formie pisemnej.
9. Konkurs ofert rozpoczyna się w miejscu i terminie wskazanym w ogłoszeniu i trwa do czasu rozstrzygnięcia.

10. Oferty mające braki formalne mogą być uzupełnione w terminie 5 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 2012 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 szczepień przekracza możliwości finansowe zamawiającego.
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. Osobą uprawnioną do kontaktów z oferentami Zofia Ofman - Paluch, tel. 83 3413073 wew. 43.

#### **IV. Kryterium wyboru oferty:**

Oferty spełniające wymogi formalne i merytoryczne wynikające z ogłoszenia konkursu będą oceniane według ceny brutto pełnego cyklu szczepienia jednej osoby.

## FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY

### **„Realizacji Programu zdrowotnego pn. „Budowanie właściwych zachowań higienicznych i przeciwdziałania problemowi społecznemu jaki stanowi rak szyjki macicy w Gminie Janów Podlaski” w roku 2012”**

1. Oferent (pełna nazwa)
2. Adres siedziby, kod pocztowy, telefon i fax oferenta
3. Nazwisko i imię dyrektora instytucji (telefon kontaktowy)
4. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu
5. Nazwa banku i nr konta bankowego
6. 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:
7. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu lub innych programów profilaktycznych
8. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program
9. Proponowana liczba świadczeń możliwa do wykonania przez świadczeniodawcę (liczba osób - adresatów programu, mieszkańców Gminy Janów Podlaski)
10. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu
11. Określenie miejsca realizacji programu oraz dni tygodnia i godzin udzielania świadczeń
12. Określenie warunków udzielania świadczeń (pomieszczenia, aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności)
13. Określenie sposobu rejestracji pacjentów (osobiście - adres, godziny; telefonicznie - numer, godziny)
14. 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, pediatra, 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

Wykaz załączonych kserokopii: dokumenty potwierdzające stopień specjalizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

15. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno-edukacyjną skierowaną do adresatów programu, w tym ich rodziców (prawnych opiekunów) w celu jak najpełniejszej realizacji zadania oraz zapewnienia powszechnego, równego dostępu do świadczeń osobom uprawnionym.

16. Jednostkowy koszt realizacji świadczeń zdrowotnych obejmujący wszystkie czynności określone w opisie przedmiotu konkursu:

- 1) cena brutto za jedno szczepienie wynosi..... PLN  
(słownie zł:.....)
- 2) cena brutto cyklu szczepienia ( 3-krotne podanie szczepionki) dla dziewczynki  
wynosi .....PLN (słownie: .....  
..... )
- 3) Do szczepień profilaktycznych zostanie użyta szczepionka .....  
*(należy wpisać nazwę szczepionki)*

**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 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowymi sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31 poz. 158).

**2. Jest/ nie jest\* płatnikiem 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 wg. załącznika nr 1 do oferty
2. oświadczenie oferenta o akceptacji treści umowy wg załącznika nr 2 do oferty.
3. kserokopia dokumentu dotyczącego statusu prawnego oferenta (np. aktualny wypis z KRS lub aktualne zaświadczenie o wpisie do EDG)
4. kserokopia wpisu do właściwego rejestru /ewidencji zakładów opieki zdrowotnej

5. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia, wymienionych w pkt 14 oferty.
6. zaświadczenie o nr NIP
7. zaświadczenie o nr REGON
8. inne informacje, które oferent chce przedstawić (np. informacje prasowe, dotychczasowe osiągnięcia, rekomendacje - według uznania oferenta)

### Oświadczenie

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie ofert na realizację Programu zdrowotnego pn. "Budowanie właściwych zachowań higienicznych i przeciwdziałania problemowi społecznemu jaki stanowi rak szyjki macicy w Gminie Janów Podlaski" w roku 2012" 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 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31 poz. 158).
4. Na niniejszą ofertę składa się ..... kolejno ponumerowanych i 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.

Janów Podlaski, dnia .....

Podpis i pieczęć oferenta lub osoby  
upoważnionej przez oferenta

.....

**Oświadczenie**

Oświadczam, iż akceptuję treść załączonego projektu umowy na realizację Programu zdrowotnego pn. "Budowanie właściwych zachowań higienicznych i przeciwdziałania problemowi społecznemu jaki stanowi rak szyjki macicy w Gminie Janów Podlaski" w roku 2012 .

Janów Podlaski, dnia .....

Podpis i pieczęć oferenta  
lub osoby upoważnionej

.....



## Umowa

zawarta w dniu ..... 2012 r.

pomiędzy:

**Gminą Janów Podlaski z siedzibą przy ul. Białskiej 6a, 21-505 Janów Podlaski reprezentowaną przez: Jacka Hura – Wójta Gminy Janów Podlaski zwanego w dalszej części umowy Zamawiającym**

a

reprezentowanym przez: .....  
zwanym dalej **Świadczeniodawcą**.

### § 1

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do wykonania zadania w zakresie: **realizacji Programu zdrowotnego pn. "Budowanie właściwych zachowań higienicznych i przeciwdziałania problemowi społecznemu jaki stanowi rak szyjki macicy w Gminie Janów Podlaski" w roku 2012.**
2. Realizacja zadania polega na wykonaniu następujących czynności:
  - przeprowadzenie akcji informacyjno - edukacyjnej z uwzględnieniem informacji o potrzebie wykonywania regularnych cytologicznych badań profilaktycznych zgodnie z obowiązującymi zaleceniami po zakończonym programie szczepień
  - uzyskanie pisemnej zgody od rodzica lub opiekuna prawnego na wykonanie cyklu szczepień
  - badania lekarskie i kwalifikację do szczepienia
  - wykonanie pełnego cyklu szczepienia
  - wpis o szczepieniu do wymaganej dokumentacji medycznej (książeczka zdrowia, karta szczepień).

### § 2

1. Świadczeniodawca będzie realizował zadanie, o którym mowa w § 1 od dnia podpisania umowy do dnia 30 listopada 2012 r.
2. Świadczenia zdrowotne będą realizowane w punkcie szczepień  
w .....  
w następujących dniach tygodnia:  
w godzinach.....  
w godzinach.....  
w godzinach.....
3. Integralną część umowy stanowią dokumenty potwierdzające, że pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31 poz. 158).
4. Świadczeniodawca jest zobowiązany podać do publicznej wiadomości sposób rejestracji pacjentów oraz dni i godziny udzielania świadczeń.

5. Zobowiązuje się Świadczeniodawcę do zamieszczenia w widocznym miejscu na terenie placówki realizującej zadanie informacji, że realizowany program jest finansowany ze środków budżetu Gminy Janów Podlaski.

### § 3

1. Strony przewidują, iż przedmiotem niniejszej umowy zostanie objętych 26 osób.  
Cena brutto za jedno szczepienie szczepionką .....  
wynosi ..... PLN (słownie zł: .....  
..... )  
Cena cyklu szczepień (3 dawki szczepionki) dla 1 dziewczynki wynosi ..... PLN  
(słownie zł: ..... )  
W ww. cenach jednostkowych ujęte są wszystkie czynności określone w § 1 ust. 2 umowy.
2. Zamawiający na realizację zadania określonego w § 1 przeznacza kwotę brutto: ..... zł  
(słownie: .....).
3. Rozliczenie finansowe świadczeń będzie następowało na podstawie prawidłowo sporządzonej faktury VAT wraz z załącznikiem nr 1 do umowy określającym faktyczne wykonanie liczby szczepień w danym miesiącu.
4. Świadczeniodawca zobowiązuje się do dostarczenia każdej z faktur do 10 dnia kolejnego miesiąca z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Ustala się termin przedłożenia faktury za m-c listopad 2012 r. nie później niż w dniu 15 grudnia 2012 r.
6. Należność za realizację zadania musi być zgodna z ilością wykonanych świadczeń (szczepień).
7. Należność określona w ust. 4 będzie płatna w terminie nie później niż 14 dni od daty otrzymania faktury.
8. Płatność dokonuje się przelewem na rachunek bankowy świadczeniodawcy:  
(nazwa banku i numer rachunku bankowego).....

### § 4

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do rozliczenia wykonania niniejszej umowy w terminie do dnia 20 grudnia 2012 r.
2. Rozliczenie realizacji zadania nastąpi w oparciu o złożone w formie pisemnej sprawozdanie merytoryczne zawierające „Imienną listę zaszczepionych dziewczynek” wg. wzoru stanowiącego załącznik Nr 2 do umowy.

### § 5

Świadczeniodawca zobowiązuje się do prowadzenia odrębnej dokumentacji pacjenta zakwalifikowanego do programu oraz sporządzania sprawozdawczości zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach.

### § 6

Wszelkie zmiany istotnych warunków specyfikacji i oferty wymagają pisemnej zgody Zamawiającego

## § 7

Świadczeniodawca oświadcza, iż posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w całym okresie trwania umowy. Kopia polisy ubezpieczeniowej stanowi integralną część umowy.

## § 8

1. Strony ustalają, że Zamawiający prowadzi nadzór i kontrolę wykonania zadania w trakcie jego realizacji jak i po jego wykonaniu, w szczególności Świadczeniodawca zobowiązany jest do poddania się kontroli na każde żądanie Zamawiającego oraz udzielania informacji, wyjaśnień oraz udostępniania sprawozdań i dokumentacji związanych z realizacją Programu.
2. Dokumentacja finansowo - księgową dotyczącą realizacji przedmiotu umowy powinna być przechowywana w siedzibie Świadczeniodawcy i udostępniana do wglądu dla Zamawiającego na każde żądanie, zarówno w trakcie jak i po zakończeniu realizacji zadania.
3. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli niezgodności w realizacji zadania z treścią umowy Zamawiający zastrzega sobie prawo do:
  - 1) żądania zwrotu przekazanych środków finansowych w zakwestionowanej części,
  - 2) rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.
4. Z tytułu nienależytego wykonania umowy stwierdzonego w wyniku przeprowadzonej kontroli, o której mowa w ust. 1, Świadczeniodawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 10% wartości określonej w § 3 ust. 2 umowy, co nie wpływa na obowiązek zwrotu dotychczas niewykorzystanej części świadczenia.
5. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej
6. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przyjmowania w zakresie dotyczącym realizowanego programu skarg i wniosków pacjentów.

## § 9

Integralną część umowy stanowią:

- 1) oferta Świadczeniodawcy;
- 2) ogłoszenie konkursu;
- 3) szczegółowe warunki konkursu.

## § 10

Ewentualne spory mogące wyniknąć z niniejszej umowy Strony poddają rozstrzygnięciu przez Sąd Cywilny właściwy ze względu na siedzibę Zamawiającego.

## § 11

Umowę sporządzono w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden egzemplarz otrzymuje Świadczeniodawca i dwa egzemplarze Zamawiający.

.....  
Zamawiający

.....  
Świadczeniodawca

Rozliczenie miesięczne

**Nazwa zadania: „Realizacja Programu zdrowotnego pn.”Budowanie właściwych zachowań higienicznych i przeciwdziałania problemowi społecznemu jaki stanowi rak szyjki macicy w Gminie Janów Podlaski” w roku 2012.**

Miesiąc	Liczba wykonanych szczepień	Cena za pojedynczą dawkę cyklu szczepienia	Kwota za wykonane szczepienia
	I dawka .....		
	II dawka.....		
	III dawka .....		
	Razem liczba dawek .....		

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)

Janów Podlaski,.....

.....  
(podpis i pieczęć Świadczeniodawcy)

**Rozliczenie końcowe**

**Nazwa zadania: „Realizacja Programu zdrowotnego pn.”Budowanie właściwych zachowań higienicznych i przeciwdziałanie problemowi społecznemu jaki stanowi rak szyjki macicy w Gminie Janów Podlaski w roku 2012”**

Lp.	Imię i nazwisko	Pesel	Adres zamieszkania (ulica, nr domu, mieszkania)	Miesiące w których dokonano szczepień

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

*(nazwa, adres)*

Janów Podlaski .....

.....