Nazwa zadania: szczepienia profilaktyczne przeciwko wirusowi *HPV typu 6,11,16,18*Rodzaj zadania: Zadanie edukacyjno-profilaktyczne

Termin składania ofert: 4 luty 2019 r.

WÓJT GMINY ŚWIDNICA

**ul. Długa 38,66-008 Świdnica**

TEL.068 3273115 , FAX: 068 3271127 REGON: P-000542178,

NIP: 9730000916



Działając na podstawie art. 7 ust.1 pkt. 1, art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.

*o świadczeniach opieki zdrowotnej* *finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2018 r. poz.1510) 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 2018,poz. 2190)

**ogłasza**

 **konkurs ofert na realizację w 2019r. zadania Gminy Świdnica**

 **z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej**

 obejmującego profilaktykę

raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy i  brodawek płciowych

 wśród dziewcząt rocznika 2005 zameldowanych na pobyt stały w gminie Świdnica

1.Przedmiotem konkursu jest:

1.1 Przeprowadzenie kampanii edukacyjno – informacyjnej przez lekarza ginekologa, położną lub pielęgniarkę nt.: zasadności profilaktyki w postaci szczepień ochronnych przeciwko wirusowi HPV typu 6,11,16,18 dla szczepionych dziewcząt i ich rodziców.

1.2 Wykonanie kwalifikacyjnego badania lekarskiego przed szczepieniem.

1.3 Wykonanie 3 krotnego szczepienia profilaktycznego przeciwko wirusowi HPV typu 6,11,16,18 u dziewcząt rocznika 2005 zameldowanych na pobyt stały w gminie Świdnica

(30 osób).

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 zatwierdzony projekt umowy (załącznik nr 3).

1.2Podmiot uprawniony do złożenia oferty - zakład opieki zdrowotnej uprawniony na podstawie odrębnych przepisów do udzielenia świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem oraz określony w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1.3 Doświadczenie i współpraca z innymi samorządami, w tym przeprowadzone przynajmniej raz szczepienia ochronne – poparte referencjami.

**3. Oferta niespełniająca wymagań punktu 2 zostanie odrzucona.**

**4. Termin i miejsce składania ofert:**

1.1 Termin realizacji zadania: od daty podpisania umowy do 13 grudnia 2019r., miejsce realizacji: siedziba zoz , szkoły .

1.2 Oferty w zamkniętych kopertach z napisem *„Konkurs na profilaktykę przeciwko wirusowi* *HPV”* oraz ,,*nie otwierać przed dniem 05.02.2019r.*”, należy składać w Urzędzie Gminy Świdnica przy ul. Długiej 38, w terminie do dnia 04.02.2019r., do godz.16:00.

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 :

 A

C= − x 100 pkt x waga 100%

 B

gdzie:

C- liczba punktów badanej oferty,

A- cena oferty najtańszej,

B- cena oferty badanej.

1.6 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 85/1 lub na stronie internetowej Gminy Świdnica. Osobą uprawnioną do kontaktu z oferentami jest Kierownik GOPS w Świdnicy, Pani Anna Mierzwa, tel. 68 3273230.

1.7 Wzór oferty zamieszczony jest na stronie:[**www.swidnica.zgora.pl**](http://www.swidnica.zgora.pl/) **link BIP**

1.8 Gmina zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany terminu składania ofert.

1.9 Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania reguluje umowa zawarta pomiędzy Gminą, a Wykonawcą.

Załącznik nr 1

***Oferta***

***dotycząca zamówienia na*  *świadczenia zdrowotne***

*w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy i brodawek płciowych wśród dziewcząt rocznika 2005 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 oferencie:

**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 zmówienia ( 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 (Dz.U. 2018,poz. 2190)

 …………………………………………………………………………………………..

####

#### 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 dokumen-ty uprawnia-jące 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 świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy i brodawek płciowych wśród dziewcząt rocznika 2005 zameldowanych na pobyt stały w gminie Świdnica w okresie od dnia popisania umowy do dnia 13 grudnia 2019r.

Data: .................................... .....................................................

 *( pieczątka 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*.

Załącznik nr 2

***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** (uwzględniającezgodę rodzica /opiekuna ):

* + 1. dostępność do świadczeń ( dni tygodnia, godziny) :

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

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

* + 1. sposób naboru uczestników programu ( informacja telefoniczna, elektronicznie, osobiście ) :

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

………………………………………………………………………………………….

* + 1. sposób rejestrowania i przyjmowania zainteresowanych :

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

…………………………………………………………………………………………..

* + 1. propozycja działań promocyjno- edukacyjnych (materiały informacyjne, sposoby przekazu itp.) :

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

 *( pieczątka i podpis osoby upoważnionej )*

#  załącznik nr 3

# U M O W A NR / 2019

 *o wykonanie świadczeń zdrowotnych*

zawarta w dniu …. w Świdnicy pomiędzy **GMINĄ ŚWIDNICA**, **ul. Długa 38, 66-008 Świdnica, NIP 9730000916**

reprezentowaną przez **WÓJTA GMINY – KRZYSZTOFA STEFAŃSKIEGO,**

przy kontrasygnacie **SKARBNIKA GMINY – KATARZYNY WYBRANOWSKIEJ**

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 2018 r. poz.1510), art. 115 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2018r. poz.2190) oraz w wyniku konkursu ofert przeprowadzonego dnia …….. zleca, a Wykonawcaprzyjmuje do realizacji wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ***profilaktyki raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy i brodawek płciowych wśród dziewcząt rocznika 2005 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 i dziewcząt nt. zasadności profilaktyki w postaci szczepień ochronnych przeciwko wirusowi HPV typu 6,11,16,18 ;

 **b**/ wykonanie kwalifikacyjnego badania lekarskiego przed szczepieniem;

 **c**/podanie trzech dawek szczepionki przeciwko wirusowi HPV typu 6,11,16,18.

**§ 2.** Okres rozliczeniowy realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w pkt 1 ustala się **od dnia podpisania umowy do dnia 13 grudnia 2019 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, tj. po każdej podanej dawce szczepionki.

**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.** Wykonawcazobowiązuje 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 Zamawiającemuza 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 Wykonawcamoże 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.2018, poz. 2190) 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)*

#

#

#

Załącznik do umowy

**Informacja z wykonania świadczenia zdrowotnego**

**pn.” Profilaktyka raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy i brodawek płciowych wśród dziewcząt rocznika 2005 zameldowanych na pobyt stały w gminie Świdnica”**

szczepionką ……………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp** | **Imię i nazwisko osoby szczepionej** | **data urodzenia** | **adres zamieszkania** | **badanie lekarskie** | **Dawki szczepionki** |
| **I/ data** | **II/data** | **III/data** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |