

Nowe Warpno, dnia 23 listopada 2010 roku

**Burmistrz Gminy Nowe Warpno  
ogłasza konkurs ofert na wyłonienie realizatora profilaktycznego programu  
szczepień przeciwko pneumokokom**

Burmistrz Gminy Nowe Warpno, 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 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) oraz uchwały Nr XLIV/237/2010 Rady Miejskiej w Nowym Warpnie z dnia 10 listopada 2010 roku w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Zdrowotnego na rok 2010, dotyczącego szczepień profilaktycznych dzieci z terenu Gminy Nowe Warpno przeciwko bakteriom Pneumokoki, zaprasza do składania ofert w konkursie na wyłonienie realizatora profilaktycznego programu szczepień przeciwko pneumokokom, skierowanego do dzieci zamieszkałych na terenie gminy Nowe Warpno.

**I. Opis programu zdrowotnego:**

Program zdrowotny przeznaczony jest dla dzieci w wieku od 24 m-ca życia do ukończenia 5 roku życia zamieszkałych na terenie gminy Nowe Warpno.

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 20.000,00 zł (słownie: dwadzieścia tysięcy złotych).

Termin realizacji programu: 31 grudzień 2010 roku

Miejsce realizacji programu: gabinety lekarskie na terenie gminy Police i Nowego Warpna.

**II. Sposób przygotowania oferty:**

Oferta przystąpienia do konkursu powinna być sporządzona według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia. Wzór oferty jest dostępny w siedzibie Urzędu Gminy w Nowym Warpnie przy Placu Zwycięstwa 1 , pokój nr 5 oraz na stronie internetowej Nowego Warpna: [www.nowewarpno.pl](http://www.nowewarpno.pl)

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 kopia potwierdzona 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 Nowe Warpno 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 kopia potwierdzona 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 lub Nowego Warpna, 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 programu zdrowotnego, którego oferta dotyczy, w Sekretariacie Urzędu Gminy w Nowym Warpnie Plac Zwycięstwa 1, w nieprzekraczalnym terminie do dnia 10 grudnia 2010 roku do godziny 11.00

Wyboru realizatora programu zdrowotnego dokona Burmistrz Gminy Nowe Warpno – 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 Nowe Warpno 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.

Burmistrz Gminy Nowe Warpno  
Władysław Kiraga

**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 koszty jednostkowego	Koszt w zł
1.	badanie lekarskie	.....
2.	cena szczepionki	.....
3.	administracyjno-techniczna obsługa realizacji świadczenia zdrowotnego	.....
	Koszt jednostkowy brutto: (kalkulacja kosztu dla jednej osoby)	.....

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



**Załącznik 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)