Nowe Warpno 27 stycznia 2011 roku

Burmistrz Gminy Nowe Warpno
ogłasza konkurs ofert na wyłonienie realizatora profilaktycznego programu zdrowotnego mammograficznego na rzecz mieszkanek Gminy Nowe Warpno.

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/236/2010 Rady Miejskiej w Nowym Warpnie z dnia 10 listopada 2010 roku w sprawie realizacji przez Gminę Nowe Warpno programu zdrowotnego w latach 2010-2015, zaprasza do składania ofert w konkursie na wyłonienie realizatora profilaktycznego programu mammograficznego (zwanego dalej programem zdrowotnym), skierowanego do mieszkanek Gminy Nowe Warpno.

I. Opis programu zdrowotnego:

Program zdrowotny przeznaczony jest dla kobiet (mieszkanek Gminy Nowe Warpno), które ukończyły 40 lat oraz kobiet kierowanych według ordynacji lekarskiej przez lekarza specjalistę bez ograniczeń wiekowych.

Zakres programu:
konsultacja lekarska, badanie mammograficzne oraz badanie USG, biopsja – zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

Na realizację programu przeznaczona jest kwota **250.000 zł** (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych).

Termin realizacji programu: lata 2011-2015.
Miejsce realizacji programu: Gmina Police.

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 pl. Zwycięstwa 1 , pok. 5.
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) potwierdzone posiadanie na dzień złożenia oferty wymaganego sprzętu (umowa zakupu sprzętu, faktura) , – oferta nie obejmuje mammografu przewoźnego „Mammobusa".
6) Dokumenty potwierdzające datę produkcji sprzętu od producenta.

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 wyprodukowanym przez producenta i zakupionym przez Wykonawcę nie wcześniej niż w 2010 roku, spełniającym wszelkie wymagane atesty i warunki techniczne, lokalizacja sprzętu jak w ust.2.
4) świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniają wymagania zdrowotne, określone w odrębnych przepisach- nie dopuszcza się podwykonawców (z wyjątkiem wykonania biopsji).

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, 3 i 4 (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 (pok. Nr 7) w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 11 lutego 2011 roku do godziny 15.00.**

Wyboru realizatora programu zdrowotnego dokona Burmistrz Nowego Warpna – 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.

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

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: ……..
……..

Rodzaj świadczeń zdrowotnych, które będą wykonywane w ramach programu zdrowotnego:

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Cena jednostkowa	Przewidywana ilość świadczeń zdrowotnych

Całkowity koszt realizacji programu zdrowotnego: …..…….. zł
(słownie: …….....)

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 Nowe Warpno 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)