

**Załącznik Nr 1**  
do Uchwały Zarządu Nr 270/10  
w Bełchatowie  
z dnia 21 czerwca 2010 r.

**Ogłoszenie o konkursie ofert na wybór realizatora świadczeń zdrowotnych na wykonanie szczepienia ochronnego dziewczynek urodzonych w roku 1994, zameldowanych na terenie powiatu bełchatowskiego przeciwko rakowi szyjki macicy, rakowi sromu, rakowi pochwy i brodawkom płciowym wraz z dostawą szczepionki.**

Na podstawie art. 35 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) i przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. z 1998 r. Nr 93, poz. 592).

**ZARZĄD POWIATU**  
**ul. Pabianicka 17/19, 97-400 Bełchatów**

**ogłasza konkurs i zaprasza do składania ofert na realizację świadczeń zdrowotnych na wykonanie szczepienia ochronnego dziewczynek urodzonych w roku 1994, zameldowanych na terenie powiatu bełchatowskiego przeciwko rakowi szyjki macicy, rakowi sromu, rakowi pochwy i brodawkom płciowym wraz z dostawą szczepionki.**

**Przedmiot konkursu obejmuje:**

1. Przedmiotem konkursu jest realizacja świadczeń zdrowotnych w roku 2010/2011 w zakresie dostawy szczepionki i przeprowadzenia profilaktycznych szczepień przeciwko rakowi szyjki macicy, rakowi sromu, rakowi pochwy i brodawkom płciowym w szacunkowej liczbie 1971 dawek ( podanie trzech dawek szczepienia i świadczeń temu towarzyszących szacunkowo 657 osobom ).  
Ponadto świadczenia zdrowotne obejmują: przeprowadzenie wywiadu i badania lekarskiego kwalifikującego daną osobę do zaaplikowania szczepienia ochronnego, wykonanie właściwego szczepienia z zapewnieniem niezbędnej do tego celu szczepionki oraz środków medycznych, udokumentowanie dokonanego szczepienia ochronnego w dokumentacji medycznej danej osoby, tj. książeczce szczepień lub książeczce zdrowia oraz karcie szczepień.
2. Grupa docelowa: dziewczęta urodzone w 1994 roku , zameldowane na terenie powiatu bełchatowskiego.
3. Okres realizacji zamówienia: Sukcesywnie od dnia podpisania umowy do końca podania trzeciej ostatniej dawki, którą planuje się w 2011 roku w zależności od zapotrzebowania. ( szczepionki powinny być podane w trzech dawkach w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy).

**Do składania ofert i uczestnictwa w konkursie zaprasza się:**

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz podmioty określone w art. 35 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.), które świadczą usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.

**Informacje dodatkowe:**

1. Formularz oferty wraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, materiałami

informacyjnymi o przedmiocie konkursu oraz projekt umowy można otrzymać w Starostwie Powiatowym, Wydział Spraw Obywatelskich, ul. Pabianicka 17/19, 97-400 Bełchatów, 4 piętro, pokój 402, w dniach od 22. 06. 2010 r. do 19.07.2010 r w godzinach 7:30 do 15 :30 lub pobrać ze strony internetowej: [Biuletynu Informacji Publicznej wwwe-bip.pl](http://BiuletynuInformacjiPublicznej.wwwe-bip.pl) lub [www.powiat-belchatowski.pl](http://www.powiat-belchatowski.pl). Informacje na temat konkursu można uzyskać także pod numerem telefonu: (0-44) 635-86-15.

2. Miejsce składania ofert: osobiście lub za pośrednictwem poczty – Starostwo Powiatowe w Bełchatowie, ul. Pabianicka 17/19, 97-400 Bełchatów.
3. Termin składania ofert: do dnia 19.07.2010 roku, w godzinach od 7:30 do 15:30. Oferty należy składać w zamkniętej kopercie z napisem: „Konkurs ofert na realizację świadczeń zdrowotnych na wykonanie szczepienia ochronnego dziewczynek urodzonych w roku 1994, zameldowanych na terenie powiatu bełchatowskiego przeciwko rakowi szyjki macicy, rakowi sromu, rakowi pochwy i brodawkom płciowym wraz z dostawą szczepionki”.
4. W przypadku przesłania oferty drogą pocztową, za datę złożenia oferty przyjmuje się datę wpływu do Starostwa Powiatowego w Bełchatowie. Oferty nadesłane po terminie nie będą rozpatrywane.
5. Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu: Miejscem rozstrzygnięcia konkursu jest Starostwo Powiatowe w Bełchatowie, ul. Pabianicka 17/19. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. z 1998 r. Nr 93, poz. 592) część jawna konkursu ofert rozpocznie się w ciągu 2 miesięcy od daty ogłoszenia. Konkurs ofert trwa do czasu rozstrzygnięcia.
6. Termin związania ofertą – 30 dni licząc od daty upływu terminu składania ofert.
7. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.
8. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowaną skargę. Oferent może złożyć do Udzielającego zamówienie umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia.
9. Uwaga:
  - Oferta powinna być złożona na udostępnionym formularzu, który stanowi jej integralną część. Do oferty należy dołączyć wszystkie dokumenty wskazane w obowiązującym formularzu ofert.
  - Kserokopie dokumentów muszą być na każdej stronie potwierdzone za zgodność z oryginałem oraz czytelnie podpisane (lub zawierać podpis/-y i pieczętkę/-ki) przez osobę/-y upoważnioną/-e do reprezentowania oferenta.
  - Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.
  - Oferty, które nie odpowiadają warunkom opisanym powyżej będą ODRZUCONE.

.....  
(pieczęć oferenta)

.....  
(miejscowość i data)

## FORMULARZ OFERTY

na realizację świadczeń zdrowotnych dotyczących wykonania szczepienia ochronnego dziewczynek urodzonych w roku 1994, zameldowanych na terenie powiatu bełchatowskiego przeciwko rakowi szyjki macicy, rakowi sromu, rakowi pochwy i brodawkom płciowym wraz z dostawą szczepionki..

### **I. Dane oferenta:**

Pełna nazwa:.....

Dokładny adres (z kodem pocztowym):.....

tel.:..... fax:.....

e-mail.....http://.....

Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (lub innego właściwego rejestru/ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu<sup>1</sup>):.....

NIP:.....

REGON:.....

Nazwa banku:.....

Numer konta:.....

Osoba(osoby) upoważniona(e) do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu (w tym do podpisania umowy).....

Osoba do kontaktu odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (nazwisko i imię, numer telefonu):.....

Proponowany czas trwania umowy.....

### **II. Dane dotyczące warunków lokalowych i bazy sprzętowej oferenta**

<sup>1</sup> W odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2, 2a i 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zmianami).

Opis warunków lokalowych pomieszczeń, w których będzie realizowane świadczenie:

|  |
|--|
|  |
|--|

### III. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia

Wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia, z określeniem kwalifikacji zawodowych i doświadczenia (staż pracy):

|  |
|--|
|  |
|--|

#### **IV. Informacja na temat szczepionki**

Informacje na temat właściwości zaproponowanej szczepionki

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

## **V. Plan rzeczowo-finansowy:**

1. Maksymalna liczba osób z populacji dziewczynek z rocznika 1994- 657 osób.

2. Koszt jednostkowy za wykonanie świadczeń u jednej osoby ( dotyczy podania jednej dawki szczepionki )

| L.p. | Poszczególne składowe kosztu jednostkowego                               | Koszt w zł |
|------|--------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1.   | badanie lekarskie                                                        | .....      |
| 2.   | cena szczepionki                                                         | .....      |
| 3.   | administracyjno-techniczna obsługa realizacji świadczenia zdrowotnego    | .....      |
|      | <b>Koszt jednostkowy brutto<br/>(kalkulacja kosztu dla jednej osoby)</b> | .....      |

3. Całkowity koszt realizacji świadczeń (przy założeniu zaszczepienia 657 osób populacji dziewczynek rocznik 1994):  
(657 x koszt jednostkowy brutto x 3):.....

**VI. Dostępność do świadczeń objętych konkursem ofert:**

Miejsce udzielania świadczeń (dokładny adres, pokój).....

.....

Dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń .....

.....

Sposób zapraszania pacjentów na badania i szczepienia: .....

.....

Sposób rejestracji pacjentów:

osobiście (adres, godziny).....

telefonicznie (numer, godziny).....

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

- I. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora świadczeń zdrowotnych dotyczących wykonania szczepienia ochronnego dziewczynek urodzonych w roku 1994, zameldowanych na terenie powiatu bełchatowskiego przeciwko rakowi szyjki macicy, rakowi sromu, rakowi pochwy i brodawkom płciowym wraz z dostawą szczepionki.
- II. Wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach do oferty informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....  
(podpis/-y i pieczęć/-cie osoby/osób  
upoważnionej/-ych do reprezentacji oferenta i składania  
oświadczeń woli w jego imieniu)

**Do oferty należy dołączyć:**

- załącznik nr 1 (w zależności od statusu prawnego oferenta)
  1. aktualny odpis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez wojewodę lub aktualne zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich/indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich/ grupowych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską, oraz
  2. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej potwierdzające status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności, organy uprawnione do reprezentacji oferenta i sposób reprezentacji oferenta. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
- załącznik nr 2 – kserokopię polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację świadczeń objętych konkursem.
- załącznik nr 3 – kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia, wymienionych w pkt III formularza oferty,
- załącznik nr 4 – inne informacje, które oferent chce przedstawić (np. informacje prasowe o działalności oferenta, dotychczasowe osiągnięcia, rekomendacje – według uznania oferenta).

Kserokopie dokumentów muszą być na każdej stronie potwierdzone za zgodność z oryginałem oraz czytelnie podpisane (lub zawierać podpis/-y i pieczętkę/-ki) przez osobę/-y upoważnioną/-e do reprezentowania oferenta.

Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.

Oferty, które nie odpowiadają warunkom opisanym powyżej będą ODRZUCONE.

### **Szczegółowe warunki konkursu ofert**

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

Wybór realizatora świadczeń zdrowotnych w roku 2010/2011, na wykonanie szczepienie ochronnego dziewczynek urodzonych w roku 1994, zameldowanych na terenie powiatu bełchatowskiego przeciwko rakowi szyjki macicy, rakowi sromu, rakowi pochwy i brodawkom płciowym wraz z dostawą szczepionki.

**II. Grupa docelowa objęta szczepieniem** – dziewczęta urodzone w roku 1994, zameldowane na terenie powiatu bełchatowskiego

**III. Miejsce realizacji świadczeń:** placówki służby zdrowia na terenie miasta Bełchatowa

#### **IV. Zakres świadczenia obejmuje:**

- a) dostawa szczepionki
- b) badanie lekarskie (wywiad kwalifikacja do szczepienia i uzyskanie zgody na szczepienie poprzez podpisanie oświadczenia – wzór w załączeniu)
- c) podanie szczepionki
- d) udokumentowanie szczepienia (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. Nr 237, poz. 2018 z późn. zm.): ewentualnie inne obowiązujące przepisy prawa
- e) prowadzenie dokumentacji w formie papierowej z wykonywanych świadczeń zgodnie z ustaleniami wynikającymi z umowy

#### **V. Szczegółowe wymagania wobec oferentów:**

Do konkursu ofert mogą przystąpić publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz podmioty określone w art. 35 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zmianami), które świadczą usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.

Ponadto oferenci powinni spełniać następujące warunki:

- 1. Złożyć ofertę zgodną z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o konkursie.**
- 2. Minimalna liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób, które będą realizowały świadczenia zdrowotne w ramach badań profilaktycznych (osoby mogące wykonywać świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej):**
  - a) lekarz pediatra (rodzinny )
  - b) pielęgniarka z doświadczeniem w zakresie objętym konkursem
  - c) personel do obsługi organizacyjnej zadania
- 3. Warunki lokalowe oraz wyposażenie w odpowiednie środki medyczne niezbędne do wykonania profilaktycznych szczepień:**
  - a) Minimum dwa gabinety szczepień o różnej lokalizacji na terenie miasta Bełchatowa.
  - b) Pomieszczenie, w którym będą realizowane świadczenia zdrowotne musi spełniać wymogi ogólne, umożliwiające wykonanie badania lekarskiego wraz z wywiadem, natomiast szczepienia należy wykonywać w gabinetach zabiegowych odpowiednio zaopatrzonych w środki medyczne niezbędne do zaaplikowania szczepienia ( w ramach podstawowej opieki zdrowotnej).

4. Dopuszcza się możliwość podwykonawstwa pod warunkiem, że podwykonawca wskazany będzie w ofercie ze wskazaniem danych podwykonawcy, warunków lokalowych i bazy sprzętowej podwykonawcy, informacji na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia oraz ze wskazaniem dostępności do świadczeń objętych konkursem.

#### **VI. Kryteria wyboru oferty:**

- 1. Oferty kompletne i spełniające wymogi formalne oceniane będą na podstawie punktów uzyskanych według następujących kryteriów merytorycznych:**
  - planu rzeczowo – finansowy (punkt V formularza oferty)- do 10 punktów ,
  - dostępności do świadczeń objętych konkursem ofert (punkt VI formularza oferty)- do 10 punktów,
  - kwalifikacji personelu medycznego – do 10 punktów,
  - informacji na temat właściwości zaproponowanej szczepionki – do 10 punktów,
  - warunków lokalowych i bazy sprzętowej – do 10 punktów.
- 2. Komisja konkursowa uzna za wyłonioną do realizacji przewidzianego zadania, ofertę podmiotu, która spełnia wszystkie najważniejsze kryteria wyboru i otrzyma największą ilość punktów.**

**VII. Z podmiotem, wybranym w wyniku konkursu, zostanie zawarta stosowna umowa w terminie 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu.**

**VIII. Wyniki konkursu ofert zostaną podane oferentom na piśmie oraz do publicznej wiadomości w formie informacji zamieszczonej na tablicach ogłoszeń Starostwa Powiatowego w Belchatowie, ul. Pabianicka 17/19 oraz na stronie internetowej [www-bip.pl](http://www.bip.pl) lub [www.powiat-belchatowski.pl](http://www.powiat-belchatowski.pl)**

***IX. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. z 1998, Nr 93, poz. 592).***