ZARZĄD POWIATU
w Bełchatowie
ul. Pabianicka nr 17/19
97-400 Bełchatów

268/14

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr .....

Zarządu Powiatu w Bełchatowie

z dnia 8.07. 2014 r.

Ogłoszenie o konkursie ofert na wybór realizatora profilaktycznych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 i świadczeń im towarzyszących .
Na podstawie art 48. ust. 4,5,6 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.).

POWIAT BEŁCHATOWSKI
reprezentowany przez ZARZĄD POWIATU w Bełchatowie
ul. Pabianicka 17/19, 97-400 Bełchatów

ogłasza konkurs na wybór realizatora profilaktycznych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 i świadczeń im towarzyszących.

Przedmiot konkursu obejmuje:

1. Przedmiotem konkursu jest realizacja zdrowotnego programu w latach 2014 i 2015 w zakresie: przeprowadzenia kampanii edukacyjno - informacyjnej profilaktyki raka szyjki macicy (dopuszcza się w kampanii edukacyjnej udział chłopców z rocznika 1998), dostawy szczepionki, przeprowadzenia wywiadu i badania lekarskiego kwalifikującego daną osobę do zaaplikowania szczepienia ochronnego, uzyskania zgody rodziców/opiekunów prawnych i osoby szczepionej oraz przeprowadzenia profilaktycznych szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 w szacunkowej liczbie 1587 dawek (podanie trzech dawek szczepienia szacunkowo 529 osobom). Ponadto zakres realizacji programu obejmie: udokumentowanie szczepienia, prowadzenie dokumentacji medycznej i statystycznej oraz sporządzenie pisemnego raportu z realizacji przedmiotu umowy.

2. Grupa docelowa: dziewczęta urodzone w 1998 roku , zameldowane na stałe na terenie powiatu bełchatowskiego.

3. Okres realizacji zamówienia: Sukcesywnie od dnia podpisania umowy do końca podania trzeciej ostatniej dawki, którą planuje się podać w 2015 roku w zależności od zapotrzebowania (zalecany schemat podania szczepienia - w 3 dawkach).

Do składania ofert i uczestnictwa w konkursie zaprasza się:
Podmioty, które świadczą usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.

Wymagania stawiane oferentom:

1. Formularz oferty wraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu oraz projekt umowy można pobrać ze strony internetowej powiatu bełchatowskiego: Biuletynu Informacji Publicznej. Informacje na temat konkursu można uzyskać także pod numerem telefonu: (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: 20 dni licząc od daty ogłoszenia w godzinach od 7:30 do 15:30. Oferty należy składać w zamkniętej kopercie z dopiskiem: "Konkurs ofert na wybór realizatora profilaktycznych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 i świadczeń im towarzyszących".

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 i podlegają odrzuceniu.

5. Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu: Miejscem rozstrzygnięcia konkursu jest Starostwo Powiatowe w Bełchatowie, ul. Pabianicka 17/19. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w ciągu 30 dni licząc od terminu określonego dla składania ofert.

6. Termin związania ofertą – 30 dni licząc od daty upływu terminu składania ofert.

7. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo odwołania konkursu bez podania przyczyny 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 o zakończenia konkursu.

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 pieczątkę/-ki) przez osobę/-y upoważnioną/-e do reprezentowania oferenta.
- Oferty, które nie odpowiadają warunkom opisanym powyżej będą ODRZUCONE.

10. Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.

11. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Udzielający Zamówienia powołuje Komisję Konkursową, która będzie działać na podstawie Regulaminu pracy Komisji Konkursowej.

12. Otwarcie ofert.
Konkurs składa się z dwóch części:
a) część oceny formalnej ofert, w której mogą uczestniczyć Oferenci, gdzie Komisja:
-stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
-sprawdza prawidłowość złożonych dokumentacji przez Oferenta/ów,
-ustala, która z ofert spełnia warunki kwalifikujące tę ofertę do oceny merytorycznej, a która zostaje odrzucona,
b) merytoryczna ocena ofert przez Członków Komisji według wymaganych kryteriów wyboru oferty, w której to części uczestniczy tylko Komisja Konkursowa, gdzie:
-Komisja przyznaje punkty ofertom i wybiera najkorzystniejszą z nich.

Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadamia Oferentów o zakończeniu konkursu, jego wynikach i terminie zawarcia umowy.

STAROSTA
Szczepan Chrzęst

Załącznik do
ogłoszenia o konkursie ofert

Oferta na realizację profilaktycznych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 i świadczeń im towarzyszących.

I. Dane oferenta:

Pełna nazwa: .....
.....
Imię i Nazwisko: .....
Dokładny adres (z kodem pocztowym): .....
.....
.....
tel.: ..... fax: .....
e-mail: ..... http://.....
Numer wpisu do właściwego rejestru/ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu:
.....
.....
.....
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

Opis warunków lokalowych pomieszczeń, w których będzie realizowane świadczenie:

III. Informacja na temat liczby 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 1998 - 529 osób.
2.Koszt jednostkowy za wykonanie świadczeń u jednej osoby (dotyczy podania jednej dawki szczepionki)

Lp.	Poszczególne składowe kosztu jednostkowego	Koszt w zł
1. 2. 3.	Badanie lekarskie Cena szczepionki Administracyjno-techniczna obsługa realizacji świadczenia zdrowotnego	....
	Koszt jednostkowy brutto(kalkulacja kosztu dla jednej osoby)	.....

3.Całkowity koszt realizacji świadczeń (przy założeniu zaszczepienia 529 osób populacji dziewczynek rocznik 1998): (529 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):.....

VII. Promocja świadczenia zdrowotnego objętego konkursem ofert:

Informacja na temat promocji świadczenia zdrowotnego objętego konkursem ofert:

Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr .....

Zarządu Powiatu w Bełchatowie

z dnia ..... 2014 r.

Szczegółowe warunki konkursu ofert

I. Przedmiot konkursu:
Wybór realizatora profilaktycznych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 i świadczeń im towarzyszących.
Realizacja programu rozpocznie się w 2014 roku i zakończy w 2015 roku.

II. Grupa docelowa objęta szczepieniem – dziewczęta urodzone w roku 1998, zameldowane na stałe na terenie powiatu bełchatowskiego.

III. Miejsce realizacji świadczeń: podmioty z terenu miasta Bełchatowa świadczące usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.

IV. Zakres świadczenia obejmuje:

a) kampanię edukacyjno - informacyjną profilaktyki raka szyjki macicy (dopuszcza się w kampanii edukacyjnej udział chłopców z rocznika 1998),
b) dostawę szczepionki,
c) badanie lekarskie (wywiad - uzyskanie zgody od rodzica, opiekuna prawnego na edukację dziecka/podopiecznego, które nie ukończyło 16 roku życia-kwalifikacja do szczepienia i uzyskanie zgody na szczepienie poprzez podpisanie oświadczenia – wzór w załączeniu),
d) podanie szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18,
e) udokumentowanie szczepienia (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych Dz. U. z 2011 r. Nr 182, poz. 1086, oraz ewentualnie z innymi obowiązującymi przepisami prawa,
f) prowadzenie dokumentacji w formie papierowej z wykonywanych świadczeń zgodnie z ustaleniami wynikającymi z umowy,
g) sporządzenie pisemnego raportu z realizacji przedmiotu umowy.

V.Czas wykonywania programu zdrowotnego będącego przedmiotem konkursu ofert.
Udzielający Zamówienia oczekuje rozpoczęcia realizacji programu zdrowotnegow 2014 roku i jego zakończenia w roku 2015.

VI. Szczegółowe wymagania wobec oferentów:
Do konkursu ofert mogą przystąpić podmioty, 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 oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.

2. Minimalna liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób, które będą realizowały świadczenia zdrowotne w ramach badań profilaktycznych (osoby mogące wykonywać świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej):
a) 2 lekarzy posiadających niezbędną wiedzę z zakresu szczepień ochronnych,
b) 2 pielęgniarki z doświadczeniem w zakresie objętym konkursem,
c) 2 osoby personelu do obsługi organizacyjnej zadania.

3. Warunki lokalowe oraz wyposażenie w odpowiednie środki medyczne niezbędne do wykonania profilaktycznych szczepień:
a) minimum jeden gabinet szczepień 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.

VII. Udzielający Zamówienia może:
1. Unieważnić postępowanie konkursowe w przypadku gdy: nie wpłynęła żadna oferta, wpłynęła jedna oferta nie spełniająca warunków zamówienia, cena najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą przeznaczono na finansowanie zamówienia, lub gdy wystąpiła istotna zmiana okoliczności uniemożliwiająca zawarcie umowy, których to okoliczności nie można było wcześniej przewidzieć.
2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert zmienić lub zmodyfikować treść wymagań dotyczących składania ofert.

VIII. Kryteria wyboru oferty:

1. Oferty kompletne i spełniające wymogi formalne oceniane będą na podstawie punktów uzyskanych według następujących kryteriów merytorycznych:
- planu rzeczowo – finansowego (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,
- promocja świadczenia zdrowotnego objętego konkursem ofert - 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.

IX. Z podmiotem wybranym w wyniku konkursu, zostanie zawarta stosowna umowa.

X. Wyniki konkursu ofert zostaną podane oferentom na piśmie oraz do publicznej wiadomości w formie informacji zamieszczonej na tablicach ogłoszeń Starostwa Powiatowego w Bełchatowie, ul. Pabianicka 17/19 oraz na stronie internetowej powiatu bełchatowskiego.

XI. Udzielający Zamówienia nie wymaga wniesienia wadium .

XII.W sprawach nieuregulowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

Do oferty należy dołączyć:

- załącznik nr 1 (w zależności od statusu prawnego oferenta):

1. aktualny odpis z właściwego rejestru podmiotów wykonujacych działalność leczniczą 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 w Centralnej Ewidencji i Informacji o Dzialalności 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 aktualnej 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 – kserokopia opinii sanitarnej dotycząca spełnienia wymogów techniczno - sanitarnych przez pomieszczenia, w których realizowane będą świadczenia zdrowotne.

- załącznik nr 5 - oświadczenie, że Oferent zapoznał się i akceptuje warunki umowy zawarte w jej wzorze.

- załącznik nr 6 – 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 pieczątkę/-ki) przez osobę/-y upoważnioną/-e do reprezentowania oferenta.
Oferty, które nie odpowiadają warunkom opisanym powyżej będą **ODRZUCONE**.

Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.

Jednocześnie oferent oświadcza, że:
I. Zapoznał się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert na wybór realizatora profilaktycznych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 i świadczeń im towarzyszących.

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)

Załącznik
do szczegółowych warunków konkursu ofert

Realizacja profilaktycznych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 i świadczeń im towarzyszących .
(Wywiad z rodzicem/opiekunem ustawowym/Kwalifikacja dziecka do szczepienia przez lekarza)

WYWIAD Z RODZICEM/OPIEKUNEM PRAWNYM

.....
Imię i nazwisko osoby szczepionej

....
Data urodzenia PESEL

Miejsce zamieszkania:.....

Rodzaj wykonywanego świadczenia:.....

Zgodnie z art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie świadczenia zdrowotnego mi/mojemu dziecku/ mojemu podopiecznemu w formie profilaktycznych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 i świadczeń im towarzyszących.
Jednocześnie oświadczam iż jestem świadomy/a możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz. U. z 2010 r. Nr 254, poz. 1711).

Oświadczam, że moje dziecko:
- nie choruje na chorobę, w której przeciwwskazane są szczepienia,
- nie bierze leków upośledzających odporność,
- w ciągu ostatnich 2 tygodni nie chorowało na chorobę infekcyjną,
- w ciągu ostatnich 6 tygodni nie przyjmowało innych szczepień.

Przynależność do lekarza rodzinnego:..... Nazwa placówki, adres i telefon:.....

Wyrażam dobrowolnie zgodę na edukację i informację dotyczącą rozprzestrzeniania się wirusa brodawczaka ludzkiego i profilaktyki raka szyjki macicy oraz na przeprowadzenie szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 i świadczeń im towarzyszących.

Oświadczam, że jako Opiekun podczas wywiadu i badania podałem/łam prawdziwe dane dotyczące stanu zdrowia i przebytych chorób dziecka.

Oświadczam, że.....jest zameldowana na stałe na terenie Powiatu Bełchatowskiego.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących mojej córk/podopiecznej:
..... obejmujących imię i nazwisko, adres zameldowania, nr PESEL. Jest mi wiadome, iż niniejsze dane zostaną przekazane do Starostwa Powiatowego w Bełchatowie oraz realizatora szczepień przeciwko zakażeniom HPV celem

zarządzania udzielaniem usług medycznych, w tym rozliczenia ilości dokonanych szczepień, przetwarzania danych i przekazania dokumentacji z zachowaniem pełnej gwarancji ich ochrony. Podstawa prawna - art. 23 ust.1. pkt.1., oraz art. 27 ust 2. pkt.7 – ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926).

.....	.....
Miejscowość i data	Podpis (rodzica/ opiekuna)
.....	.....
Miejscowość i data	Podpis osoby szczepionej

KWALIFIKACJA DZIECKA DO SZCZEPIENIA PRZEZ LEKARZA

Imię i Nazwisko..... Data urodzenia.....

(zaznaczyć tak lub nie)

1.Czy po poprzednich szczepieniach u dziecka występowały objawy niepożądane? (tak/nie)
2.Czy w ciągu ostatnich 7 dni dziecko było szczepione? (tak/nie)
3.Czy dziecko było szczepione przeciwko zakażeniu HPV? (tak/nie)
4.Czy obecnie u dziecka występuje choroba przebiegająca z gorączką? (tak/nie)
5.Czy u dziecka stwierdzono zaburzenia odporności, czy dziecko w związku z tym zażywa leki? (tak/nie)
6.Czy stwierdzono u dziecka zaburzenia krzepnięcia krwi? (tak/nie)
7.Czy dziecko jest w ciąży lub istnieje takie podejrzenie? (tak/nie)
8.Czy u dziecka występują schorzenia przewlekłe?(tak/nie)

Uwagi lekarza:.....
.....
.....

Podano szczepionkę o nazwie.....

1.dawka (data)..... nr serii.....
lub stwierdzam przeciwwskazanie do szczepień..... .....

Data i podpis lekarza .....

2.dawka (data)..... nr serii.....
lub stwierdzam przeciwwskazanie do szczepień..... .....

Data i podpis lekarza .....

3.dawka (data)..... nr serii.....
lub stwierdzam przeciwwskazanie do szczepień..... .....

Data i podpis lekarza .....

Realizacja świadczeń zdrowotnych finansowana ze środków budżetowych Powiatu Bełchatowskiego.

RAPORT KOŃCOWY

1. Jaka była liczba materiałów edukacyjnych ?:
- plakaty - .....
- ulotki - .....
- broszury - .....
- inne - .....

2. Jaka była liczba uczestników zajęć edukacyjnych w grupach docelowych w podziale na płeć ?:
- uczniowie

a) dziewczęta - ..... b) chłopcy - .....
- rodzice/opiekunowie prawni - .....

3. Jaka była liczba spotkań edukacyjnych ? - .....
4. Jaka była liczba edukatorów prowadzonych zajęć ? - .....
5. Jaka była liczba godzin zajęć edukacyjnych w podziale na dni ? - .....
6. Jaka była liczba imprez towarzyszących o charakterze edukacyjnym ? - .....
7. Jaka była liczba porad udzielonych przez specjalistów ? - .....
8. Jaka jest liczba zaszczepionych dziewczynek wraz z wyliczeniem procentowym w grupie docelowej ? - .....
9. Ile podmiotów leczniczych realizowało program ? - .....
10. Ilu partnerów brało udział w programie ? - .....

....

Miejscowość i data Podpis (pieczątka)

Załącznik Nr 3 do Uchwały Nr .....

Zarządu Powiatu w Bełchatowie

z dnia ..... 2014 r.

Regulamin pracy Komisji Konkursowej

powołanej w celu przeprowadzenia konkursu ofert na wybór realizatora profilaktycznych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 i świadczeń im towarzyszących.

1. Pracami Komisji kieruje Przewodniczący Komisji.

2. W pracach Komisji ma prawo uczestniczyć z głosem doradczym przedstawiciel właściwego, ze względu na rodzaj świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem, samorządu zawodu medycznego, zwany dalej „przedstawicielem", jeżeli do konkursu przystąpi podmiot świadczący usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.

3. Członek Komisji Konkursowej oraz przedstawiciel podlega wyłączeniu od udziału w pracy Komisji, gdy oferentem jest:
- jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia,
- osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
- osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
- osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej.

4. Udzielający zamówienia w sytuacji, o której mowa w pkt 3 dokonuje wyłączenia i powołuje nowego członka lub występuje do właściwego organu samorządu zawodowego o zmianę przedstawiciela.

5. Komisja działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału oferentów, z wyjątkiem określonych w ppkt 1, 3 i 8 pkt 6 czynności.

6. Komisja, przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert, dokonuje kolejno następujących czynności:
1)stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
2)odrzuca oferty nadesłane po wyznaczonym terminie,
3)otwiera koperty z ofertami,
4) sprawdza kwestie formalne, tj. wszystkie wymagane załączniki, które należy dołączyć do oferty,
5)odrzuca oferty nie spełniające wymogów określonych w ogłoszeniu o konkursie,
6)rozpatruje wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
7)przystępuje do oceny i wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert,
8)ogłasza oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w ogłoszonym konkursie ofert, a które zostały odrzucone.

7. Każde posiedzenie Komisji musi być udokumentowane odrębnym protokołem.

8. Każdy z członków Komisji dysponuje łącznie ilością 60 punktów dla oceny każdej oferty, które to punkty wpisuje w Indywidualny Arkusz Oceny Oferty (załącznik Nr 1 do Regulaminu pracy Komisji Konkursowej). Wyniki poszczególnych członków Komisji sumowane będą na Zbiorczym Formularzu Oceny (załącznik Nr 2 do Regulaminu pracy Komisji Konkursowej).

9. Komisja Konkursowa ma prawo:

1) wybrać ofertę podmiotu, która otrzyma największą liczbę punktów,
2) odwołania konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert.

10. W razie, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, Udzielający zamówienie może przyjąć tę ofertę, jeżeli Komisja stwierdzi, że spełnia ona wymagania określone w ogłoszeniu konkursowym.

11. Komisja niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wynikach na piśmie, na tablicy ogłoszeń Starostwa Powiatowego w Bełchatowie przy ul. Pabianickiej 17/19 oraz na stronie internetowej powiatu bełchatowskiego.

12. Przewodniczący Komisji prowadzi z oferentami wszelką korespondencję dotyczącą konkursu.

13. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowaną skargę. Komisja rozpatruje skargę w ciągu 3 dni. Do czasu rozpatrzenia skargi postępowanie konkursowe zostaje zawieszone.

14. Oferent może złożyć do Udzielającego zamówienie umotywowany protest w sprawie rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zakończeniu konkursu. Udzielający zamówienia rozpatruje protest w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania.

15. Komisja powołana do przygotowania i przeprowadzenia konkursu kończy pracę z dniem rozstrzygnięcia konkursu i sporządzenia protokołu.

16. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem pracy Komisji Konkursowej mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

OCENA FORMALNA

NAZWA OFERENTA .....
.....

Wymagane załączniki:
1. a) aktualny odpis właściwego rejestru (Tak/Nie) .....
b) aktualny odpis z KRS (Tak/Nie) .....
2. aktualna polisa ubezpieczeniowa (Tak/Nie) .....
3. dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu (Tak/Nie) .....
4. opinia sanitarna (Tak/Nie) .....
5. akceptacja warunków umowy (Tak/Nie) .....
6. Inne (Tak/Nie) .....

Oferta **ODRZUCONA** z powodu braków formalnych./ **Oferta spełnia warunki formalne i zostaje zakwalifikowana do dalszego etapu oceny**. (niepotrzebne skreślić)

Bełchatów, dnia .....

Przewodniczący Komisji Konkursowej

.....

Załącznik Nr 1 do Regulaminu Komisji Konkursowej

INDYWIDUALNY ARKUSZ OCENY OFERTY

dotyczący konkursu ofert na wybór realizatora profilaktycznych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 i świadczeń im towarzyszących.

Lp.	Nazwa oferenta.....	Proponowana wartość kryterium	Przyznana ilość punktów
1.	Plan rzeczowo finansowy (punkt V formularza oferty)	Do 10 punktów	
2.	Dostępność do świadczeń objętych konkursem ofert (punkt VI formularza ofert)	Do 10 punktów	
3.	Kwalifikacje personelu medycznego	Do 10 punktów	
4.	Informacje na temat właściwości zaproponowanej szczepionki	Do 10 punktów	
5.	Warunki lokalowe i baza sprzętowa	Do 10 punktów	
6.	Promocja świadczenia zdrowotnego objętego konkursem ofert	Do10 punktów	
Razem:		Do 60 punktów	

....

(data) (podpis członka komisji konkursowej)

Załącznik Nr 2 do Regulaminu Komisji Konkursowej

ZBIORCZY FORMULARZ OCENY

dotyczący konkursu ofert na wybór realizatora profilaktycznych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 i świadczeń im towarzyszących.

Nazwa oferenta .....
.....

Lp.	Imię i nazwisko członka Komisji Konkursowej	Ilość punktów z arkusza ocen
1.		
2.		
3.		
4.		

Suma punktów: .....

.....
(Podpis Przewodniczącego Komisji Konkursowej)