

**Uchwała Nr 11/14**  
**Zarządu Związku Gmin Zagłębia Miedziowego**  
**z dnia 30 stycznia 2014 r.**

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2014 r.**

Na podstawie art. 48 ust. 4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), w związku z §7 pkt 7 Statutu Związku Gmin Zagłębia Miedziowego, Uchwały Nr XXII/105/13 Zgromadzenia ZGZM z dnia 30.12.2013 r. w sprawie budżetu Związku Gmin Zagłębia Miedziowego na 2014 r., Zarząd Związku Gmin Zagłębia Miedziowego uchwala, co następuje:

**§ 1**

Ogłasza się konkurs ofert na realizację programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2014 r.

**§ 2**

Ustala się:

- 1) treść ogłoszenia konkursu ofert w brzmieniu załącznika nr 1 do uchwały,
- 2) wzór formularza ofertowego w brzmieniu załącznika nr 2 do uchwały,
- 3) projekt umowy na realizację programu zdrowotnego w brzmieniu załącznika nr 3 do uchwały.

**§ 3**

Na realizację zadania, o którym mowa w §1 przeznacza się kwotę nie większą niż 345.000 zł (słownie: trzysta czterdzieści pięć tysięcy złotych), zabezpieczoną w budżecie Związku Gmin Zagłębia Miedziowego na 2014 r.

**§ 4**

1. Powołuje się Komisję konkursową do przeprowadzenia konkursu ofert, o którym mowa w § 1, zwaną dalej Komisją w składzie:
  - a) Przewodniczący: Małgorzata Frąckowiak – Dyrektor Biura;
  - b) Członkowie:
    - Daniel Trzebiatowski – Podinspektor ds. koordynacji projektów,
    - Natalia Nalewajska – Podinspektor ds. administracyjno-biurowych.
2. Przewodniczący Komisji Konkursowej może zaprosić do udziału w jej pracach inne osoby, których obecność jest niezbędna dla realizacji jej zadań.
3. Osoby zaproszone do udziału w pracach Komisji konkursowej nie mogą być oferentami.

**§ 5**

Zarząd upoważnia Przewodniczącego Zarządu do dokonywania wszelkich czynności zastrzeżonych do kompetencji Zarządu Związku jako organizatora konkursu, o którym mowa w § 1, w tym do zatwierdzenia propozycji wyboru oferty najkorzystniejszej zgłoszonej przez komisję konkursową, powiadomienia uczestników o wynikach konkursu.

**§ 6**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**PRZEWODNICZĄCY**  
Zarządu Związku Gmin  
ZAGŁĘBIA MIEDZIOWEGO  
*Emilian Stańczyszyn*

Załącznik nr 1  
do Uchwały Nr 11/14  
Zarządu ZGZM z dnia 30.01.2014 r.

Na podstawie art. 48 ust. 4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)

**Zarząd Związku Gmin Zagłębia Miedziowego  
ul. Mała 1, 59-100 Polkowice**

**ogłasza konkurs i zaprasza do składania ofert na realizację programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2014 r.**

**Przedmiot konkursu ofert:**

Realizacja programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2014 r., w tym:

- 1) przeprowadzenie wśród odbiorców programu kampanii informacyjno-edukacyjnej dotyczącej profilaktyki zakażeń HPV:
  - zaproszenia imienne do adresatów programu,
  - spotkania grupowe w szkołach z uczniami, rodzicami i nauczycielami,
  - rozmowy indywidualne przeprowadzone, w zależności od potrzeb, przez lekarzy, psychologów, pielęgniarki lub położne,
  - informacje o programie na stronach internetowych, w lokalnej telewizji i prasie,
  - badanie ankietowe służące ewaluacji,
- 2) przeprowadzenie kwalifikacji dziewcząt do szczepień ochronnych:
  - zebranie oświadczeń rodziców o wyrażeniu zgody na udział dziewcząt w programie,
  - wywiad pielęgniarski i lekarski oraz badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia,
  - w razie potrzeby konsultacja specjalistyczna,
- 3) przeprowadzenie szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego zgodnie z procedurami medycznymi, tj. 3 dawki w cyklu 0-2-6 miesięcy.

Bezpośrednimi adresatami (populacją) programu w roku 2014 są dziewczęta z rocznika 1999, zameldowane na terenie gmin: Chocianów, Gaworzyce, Grębocice, Jerzmanowa, Pęcław, Polkowice, Przemków i Radwanice, należących do Związku Gmin Zagłębia Miedziowego, tj. 396 osób. Zakłada się 100% udział populacji w programie.

**Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu zdrowotnego:**

W konkursie ofert mogą wziąć udział oferenci, którzy spełniają następujące wymagania:

- a) posiadają uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
- b) posiadają doświadczenie w realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
- c) rzetelnie i terminowo wywiązywali się z umów zawartych z jednostkami samorządu terytorialnego w ciągu ostatnich trzech lat w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
- d) posiadają zasoby materialne i kadrowe zapewniające prawidłową realizację zadania, w tym zatrudniają co najmniej: jednego lekarza pediatrę, jednego lekarza ginekologa, jedną położną i jedną pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania,
- e) posiadają sytuację finansową gwarantującą realizację zadania,

- f) siedziba podmiotu leczniczego znajduje się na terenie gminy należącej do Związku Gmin Zagłębia Miedziowego (Chocianów, Gaworzyce, Grębocice, Jerzmanowa, Polkowice, Pęcław, Przemków, Radwanice).

**Termin i miejsce składania ofert:**

Oferty w zamkniętych kopertach z napisem „Konkurs na realizację Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego na 2014 r.” należy składać w Biurze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego, ul. Mała 1 do dnia **3 marca 2014 r. do godziny 12.00.**

**Oferta, złożona na formularzu udostępnionym przez Organizatora konkursu, powinna zawierać:**

- 1) dane o ofercie: nazwę i siedzibę (imię, nazwisko i adres) podmiotu leczniczego oraz numer wpisu do właściwego rejestru wraz z wypisem z rejestru, numer telefonu, faksu, e-mail,
- 2) opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji programów zdrowotnych lub świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
- 3) informację o zrealizowanych w ciągu ostatnich trzech lat umowach w zakresie realizacji programów zdrowotnych lub udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zawartych z jednostkami samorządu terytorialnego, wraz z referencjami potwierdzającymi rzetelne i terminowe wywiązanie się z tych umów,
- 4) proponowany czas trwania umowy (przewidywany czas realizacji programu/udzielania świadczeń),
- 5) określenie miejsca i warunków udzielania świadczeń (warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności),
- 6) wskazanie osób, które będą uczestniczyć w realizacji Programu, z podaniem ich kwalifikacji zawodowych oraz określeniem zadań w trakcie realizacji Programu,
- 7) szczegółowy opis działań w ramach realizacji programu,
- 8) proponowaną kwotę należności za realizację zadania;
- 9) szczegółową kalkulację kosztów;
- 10) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
- 11) oświadczenie oferenta o spełnianiu wymagań, niezbędnych do realizacji programu zdrowotnego, określonych w ogłoszeniu,
- 12) oświadczenie oferenta zawierające informacje, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 13) oświadczenie oferenta o zawarciu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.) wraz z potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopią umowy ubezpieczenia i dowodami zapłaty składki.

Termin związania ofertą obowiązuje przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Oferty złożone po wyznaczonym terminie do składania będą wykluczone z udziału w konkursie.

Otwarcie ofert nastąpi 3 marca 2014 r. o godzinie 12.30 w siedzibie ogłaszającego konkurs. Komisja konkursowa zastrzega sobie możliwość wystąpienia o dodatkowe informacje do uczestników konkursu.

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie 14 dni od terminu określonego dla składania ofert.

Przy wyborze ofert komisja konkursowa kierować się będzie kryterium ceny.

Uczestnicy konkursu zostaną powiadomieni pisemnie o wynikach konkursu ofert niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.

Organizator konkursu zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany warunków konkursu bez podania przyczyny.

W sprawach nieuregulowanych ogłoszeniem stosowane będą odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu (art. 70<sup>1</sup> – 70<sup>5</sup> k.c.).

Ze szczegółowymi warunkami konkursu (w tym z programem zdrowotnym pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego”, formularzem ofertowym, projektem umowy) można zapoznać się w Biurze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego, ul. Mała 1, od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30-15.30.

Osobami uprawnionymi do kontaktu z oferentami są:  
Małgorzata Frąckowiak, tel. 76/840 14 92,  
Natalia Nalewajska, tel. 76/840 14 97.

**PRZEWODNICZĄCY**  
Zarządu Związku Gmin  
ZAGŁĘBIA MIEDZIOWEGO

*Emilian Stańczyszyn*

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**dotyczący realizacji Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego w 2014 r.**

1. Oferent (pełna nazwa), adres, kod pocztowy, telefon i faks, e-mail  
.....  
.....
2. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa, data i numer wpisu)  
.....
3. Nazwisko i imię osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu  
.....
4. Nazwisko i imię koordynatora programu (telefon kontaktowy, adres e-mail)  
.....
5. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji programów zdrowotnych będących przedmiotem konkursu  
.....  
.....  
.....
6. Informację o zrealizowanych w ciągu ostatnich trzech lat umowach w zakresie udzielania ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zawartych z jednostkami samorządu terytorialnego, wraz z referencjami potwierdzającymi rzetelne i terminowe wywiązanie się z tych umów  
.....  
.....
7. Data przewidywanego rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu (udzielania świadczeń)  
.....
8. Określenie miejsca i warunków udzielania świadczeń (pomieszczenia, aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności)  
.....  
.....

9. Wskazanie osób, które będą uczestniczyć w realizacji Programu, z podaniem ich kwalifikacji zawodowych oraz określeniem zadań w trakcie realizacji Programu

Imię i nazwisko	Zawód/uzyskany stopień specjalizacji/kwalifikacje	Funkcja/zadania wykonywane w trakcie realizacji Programu

10. Szczegółowy opis działań w ramach realizacji programu, z uwzględnieniem wytycznych zawartych w Programie:

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

11. Kwota należności za realizację zadania

.....

12. Szczegółowa kalkulacja kosztów

Koszt realizacji programu zdrowotnego w przeliczeniu na jedną osobę - ..... zł,  
 w tym\*:

- ..... zł,
- ..... zł,
- ..... zł,
- ..... zł,

\*koszt szczepionki, badań lekarskich, materiałów, koszty pośrednie, inne – należy wymienić

Stawka za jednostkę rozliczeniową (1/3 kosztu realizacji programu na osobę) - ..... zł

.....  
 Data i miejsce sporządzenia oferty

.....  
 podpisy osób uprawnionych  
 do reprezentacji podmiotu

## UMOWA

Zawarta w dniu ..... r. pomiędzy Związkiem Gmin Zagłębia Miedziowego, ul. Mała 1, 59-100 Polkowice, reprezentowanym przez Zarząd, w imieniu którego występują:

1) Przewodniczący Zarządu – ...,

2) członek Zarządu – .....,

przy kontrasygnacie Głównego Księgowego Związku – .....,

zwanym w dalszej części umowy **Zamawiającym**

a..... reprezentowanym przez: .....

zwanym dalej **Wykonawcą**,

o następującej treści:

### § 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest realizacja programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2014 r., zgodnie z ogłoszeniem o konkursie oraz ofertą Wykonawcy z dnia .....
2. Wykonawca zobowiązuje się, w ramach zadania, o którym mowa w ust. 1, do realizacji ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych, nierefundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie szczepień ochronnych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) dla dziewcząt urodzonych w roku 1999, zameldowanych na terenie gmin: Chocianów, Gaworzyce, Grębocice, Jerzmanowa, Pęcław, Polkowice, Przemków i Radwanice, należących do Związku Gmin Zagłębia Miedziowego.
3. Strony przewidują, iż przedmiotem niniejszej umowy, określonym w ust. 1 i 2 zostanie objętych 396 osób.
4. Wartość niniejszej umowy nie może przekroczyć kwoty ..... zł (słownie: ..... złotych), z zastrzeżeniem § 3 ust. 1.
5. Koszt realizacji zadania na jedną osobę wynosi ..... zł, w tym stawka za jednostkę rozliczeniową - ..... zł.
6. Szczegółowy opis działań w ramach realizacji programu, w tym zasady organizacji i udzielania świadczeń zdrowotnych znajdują się w formularzu ofertowym stanowiącym integralną część umowy.
7. Dopuszcza się w uzasadnionych przypadkach, po uprzednim uzgodnieniu z Zamawiającym, przełożenie świadczeń na inny termin, niż zaplanowany w ofercie.
8. Wykonawca jest zobowiązany do podania do wiadomości publicznej w mediach lokalnych informacji o realizacji Programu.

### § 2

1. Strony ustalają, że zadanie o którym mowa w §1 realizowane będzie w okresie od dnia podpisania umowy do dnia .....
2. Wykonawca zobowiązany jest do zamieszczenia w widocznym miejscu w placówce realizującej zadanie informacji, że świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu są finansowane ze środków pochodzących z budżetu Związku Gmin Zagłębia Miedziowego.
3. Wykonawca jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
4. Wykonawca jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Wymagane załączniki do oferty:

1. wypis z właściwego rejestru,
2. statut zakładu opieki zdrowotnej
3. zaświadczenie o nr NIP
4. zaświadczenie o nr REGON
5. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia
6. oświadczenie oferenta o spełnianiu wymagań, niezbędnych do realizacji programu zdrowotnego, określonych w ogłoszeniu,
7. oświadczenie oferenta o nierefundowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielanych świadczeń zdrowotnych,
8. oświadczenie o zawarciu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.) wraz z potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopią umowy ubezpieczenia i dowodami zapłaty składki,
9. referencje potwierdzające rzetelne i terminowe wywiązanie się z umów zawartych w ciągu ostatnich trzech lat z jednostkami samorządu terytorialnego, w zakresie realizacji programów zdrowotnych lub udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.



5. Wykonawca zobowiązuje się do poddania się kontroli na każde żądanie Zamawiającego.
6. Dokumentacja dotycząca realizacji przedmiotu umowy powinna być przechowywana w siedzibie Wykonawcy i udostępniana do wglądu Zamawiającego na każde żądanie, zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji zadania.
7. Wykonawca jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania świadczeń z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.
8. Wykonawca jest zobowiązany do przyjmowania w zakresie realizowanych świadczeń zdrowotnych skarg i wniosków pacjentów, zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków oraz przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego.
9. Wykonawca jest zobowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.) przez cały okres trwania niniejszej umowy.

### § 3

1. Należność za realizację zadania będzie ustalana miesięcznie, jako iloczyn wykonanych w danym miesiącu świadczeń zdrowotnych (szczepień) i stawki za jednostkę rozliczeniową, określoną w § 1 ust. 5.
2. Zapłata następować będzie miesięcznie na podstawie prawidłowo sporządzonej faktury VAT wraz z zestawieniem wykonanych w danym miesiącu świadczeń zdrowotnych, wystawionej i dostarczonej do Zamawiającego w terminie do 10 dni po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego realizacji umowy.
3. Zapłata będzie następowała przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy, w terminie do 14 dni od daty wpływu do Zamawiającego dokumentów, o których mowa w ust. 2.
4. Za świadczenia wykonane w grudniu 2014 r. dokumenty, o których mowa w ust. 2 należy przedłożyć do dnia 29 grudnia 2014 r.
5. Wykonawca zobowiązuje się po zakończeniu realizacji zadania przedstawić całkowite rozliczenie merytoryczno – finansowe do dnia ....., na arkuszu ewaluacyjnym stanowiącym załącznik Nr 1 do umowy.

### § 4

1. Umowa może zostać przez Zamawiającego rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia jej postanowień, nieterminowego oraz nienależytego jej wykonania, zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania, a także w przypadku stwierdzenia podwójnego wykazywania w sprawozdawczości tych samych osób objętych świadczeniami o podobnym zakresie, finansowanymi w ramach powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia lub przez inny podmiot, w sytuacji jednokrotnego przeprowadzenia badania.
2. Z tytułu nienależytego wykonania umowy Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 10% wartości przedmiotu umowy.

### § 5

Sprzedający nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom.

### § 6

Zamawiający rozwiąże bez wypowiedzenia niniejszą umowę w przypadku nie przedłożenia przez Wykonawcę, na wezwanie Zamawiającego, umowy ubezpieczenia, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.)

§ 7

Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.

§ 9

Umowę spisano w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Wykonawca.

ZAMAWIAJĄCY:

WYKONAWCA:

**ARKUSZ EWALUACYJNY**  
**programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka**  
**ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2014 r.**

**I. OCENA MERYTORYCZNA ZADANIA**

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego realizującego zadanie

.....  
.....

2. Nazwa zadania

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

3. Koordynator zadania lub osoba odpowiadająca za jego realizację

.....  
.....

4. Czas realizacji zadania

Data rozpoczęcia: .....

Data zakończenia: .....

5. Osoby biorące udział w realizacji zadania, ich kwalifikacje i realizowane przez nich zadania.

Lp.	Imię i nazwisko realizującego zadanie	Kwalifikacje zawodowe do realizacji zadania	Wykonywane zadania

6. Charakterystyka populacji objętej zadaniem:

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

7. Liczba osób, które skorzystały ze świadczeń

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

8. Wnioski i uwagi dotyczące realizacji zadania:

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

## II. ROZLICZENIE FINANSOWE ZADANIA

1. Kwota zaplanowana na realizację zadania (zgodnie z §1 ust. 4 umowy) .....
2. Kwota wykorzystana na realizację zadania .....
3. Kwota, która nie została wykorzystana .....
4. Kwota nie została wykorzystana z powodu  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Pieczęć podmiotu realizującego  
zadanie

.....  
Podpis osoby odpowiedzialnej  
za realizację zadania