

Prezydent Miasta Dąbrowy Górniczej
O G Ł A S Z A

konkurs ofert na wybór realizatorów programów profilaktyki i promocji zdrowia przewidzianych do realizacji w 2009 roku:

1. Program wczesnego wykrywania gruźlicy i raka płuc,
- **wysokość przeznaczonych środków na realizację w/w zadania: do 40.000,00 zł**
2. Program wczesnego wykrywania chorób układu krążenia ze szczególnym uwzględnieniem udaru mózgu,
- **wysokość przeznaczonych środków na realizację w/w zadania: do 25.000,00 zł**
3. Program zdrowotny dotyczący otyłości u młodzieży klas gimnazjalnych z wykryciem cukrzycy i nadciśnienia tętniczego,
- **wysokość przeznaczonych środków na realizację w/w zadania: do 30.000,00 zł**
4. Program związany ze starzeniem się społeczeństwa, profilaktyka chorób ludzi starszych,
- **wysokość przeznaczonych środków na realizację w/w zadania: do 25.000,00 zł**

Czas realizacji programów od dnia podpisania umowy do 25.11.2009 roku.

Z A P R A S Z A M Y

do składania ofert i uczestnictwa w konkursie

Niniejszy konkurs prowadzony będzie zgodnie z zasadami wynikającymi z Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne /Dz.U. z 1998 r. Nr 93, poz. 592/.

Oferty mogą być składane przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej realizujące świadczenia zdrowotne na terenie miasta Dąbrowy Górniczej, które podpisały kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

1. Zarządzenie Prezydenta Miasta nr 1456/09 z dnia 24.02.2009 roku, formularz ofertowy wraz ze wzorem oświadczenia, szczegółowe warunki konkursu ofert dotyczące realizacji w/w programów oraz kryteria oceny oferty Zainteresowani mogą pobrać ze strony internetowej Urzędu Miejskiego: www.dabrowa-gornicza.pl oraz w siedzibie zamawiającego w Wydziale Zdrowia, Polityki Społecznej i Aktywizacji Zawodowej Urzędu Miejskiego w Dąbrowie Górniczej ul. Graniczna 21. pok. nr 225, II piętro, telefon: /032/ 295 67 65 lub 295 68 93.

2. Oferty należy sporządzić na formularzu ofertowym, który można pobrać w siedzibie zamawiającego /jak wyżej/ lub ze strony internetowej www.dabrowa-gornicza.pl

3. Oferty należy składać w formie pisemnej w zamkniętych kopertach z dopiskiem: „konkurs ofert na program profilaktyki i promocji zdrowia /wymienić nazwę programu/, „nie otwierać” w Urzędzie Miejskim w Dąbrowie Górniczej ul. Graniczna 21, od poniedziałku do piątku w godz. od 7.30 do 15.30.

Oferty należy składać do dnia 18.03.2009 r. do godz. 15.30,

4. Postępowanie konkursowe, co do wyboru najkorzystniejszej oferty na w/w Programy przeprowadzi Komisja Konkursowa, powołana Zarządzeniem Prezydenta Miasta Dąbrowy Górniczej. Ogłoszenie rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert zostanie zamieszczone na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Dąbrowie Górniczej www.dabrowa-gornicza.pl i tablicy ogłoszeń w siedzibie organizatora.

Oferty rozpatrzone będą w ciągu 14 dni od terminu określonego dla ich złożenia.
Termin związania z ofertą wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

Umowa może być zawarta na okres od dnia podpisania umowy do 25.11.2009 roku.

Oferentom przysługuje prawo do złożenie umotywowanego protestu dotyczącego rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o jego wynikach.

Organizator konkursu zastrzega sobie prawo: do wyłonienia więcej niż jednego oferenta na realizację tego samego programu, odwołania konkursu ofert oraz przesunięcia terminu składania ofert, zamknięcia konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert bez podania przyczyny.

FORMULARZ OFERTOWY

część A – INFORMACJE O OFERENCIE

Pełna nazwa Oferenta, siedziba	
Adres do korespondencji, Numer telefonu, fax, e-mail	
Forma organizacyjna Numer wpisu do właściwego rejestrów i oznaczenie organu dokonującego wpisu	
NIP	
REGON	
Nazwa banku, numer konta bankowego	
Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej	Numer polisy Data ważności : od do
Osoba (osoby) upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta z upoważnieniem do zawierania umów cywilno – prawnych	

część B - INFORMACJE O PROGRAMIE

Nazwa programu :
Osoba odpowiedzialna za realizację programu (Nazwisko i Imię, tel., fax.) : Posiadane zasoby kadrowe: Wskazanie liczby osób realizatorów programu i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych lokalowe: sprzętowe, aparatura-ważna z punktu widzenia realizacji zadania:
Opis programu: szczegółowe zadania jakie planuje oferent zrealizować w ramach programu Plan rzeczowo-finansowy: - proponowana liczba osób, którą oferent mógłby objąć programem, - termin realizacji programu: od do Koszty programu: - przewidywany całkowity koszt programu, - kalkulacja ceny: /cena x liczba osób/. Monitorowanie programu, ewaluacja. Przewidywane wyniki i osiągnięcia.
Miejsce realizacji programu (dokładny adres, nr pokoju/gabinet - tel., fax) : - wskazanie dni tygodnia i godzin udzielania świadczeń /badań, konsultacji lekarza/ wyłącznie na rzecz programu, - określić sposób rejestracji pacjentów: a/ osobiście / godziny, dni/ b/ telefonicznie /nr telefonu, godziny/ c/ inne
Sposób naboru uczestników - promocja realizowanego programu
Do oferty konkursowej należy dołączyć: 1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego i szczegółowymi warunkami konkursu ofert /załącznik nr 1/. 2. Dokumenty stosownie do statusu prawnego jednostki - wyciąg z rejestru zakładów opieki zdrowotnej, - wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego, - zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, - statut zakładu opieki zdrowotnej, - kopię polisy ubezpieczenia OC, - dokumenty stwierdzające wpis do rejestru właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej, zezwolenie na wykonywanie praktyki / w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych/, - decyzję w sprawie nadania numeru identyfikacji podatkowej NIP, - zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON. Wyżej wymienione dokumenty / a także kserokopie/ winny być opatrzone datą, pieczęcią oraz podpisem /czytelny/ osób uprawnionych do reprezentowania jednostki. Wszystkie kserokopie winny być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”

W załączeniu :

wymienić dołączone inne dokumenty /kserokopie potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez kierownika zakładu /

.....
data

.....
pieczęć i podpis

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert dotyczącymi realizacji programu profilaktycznego pn.:

..... i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

data:
.....

podpis kierownika zakładu

Oświadczenie

Oświadczam, że placówka medyczna
nazwa placówki, adres

.....po
siada odpowiednie warunki do realizacji zadania, a wykonawcy udokumentowane
uprawnienia do realizacji zadań programowych.

data:

.....
podpis kierownika zakładu

Oświadczenie

Informuję, że świadczenia realizowane w ramach Programu pn:

.....

nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

data:

.....
podpis kierownika zakładu