

Działając na podstawie art. 48b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.)

## **ZARZĄD POWIATU TCZEWSKIEGO**

**zaprasza do składania ofert na realizację szczepień profilaktycznych przeciw wirusowi HPV typ 16, 18, 6, 11 dziewcząt urodzonych w 2005 r.**

**w ramach Powiatowego Programu Profilaktyka Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego HPV „Chronię życie przed rakiem”.**

### **I. Podmioty uprawnione do złożenia oferty**

Podmiotami uprawnionymi do złożenia oferty w konkursie ofert są podmioty wykonujące działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.), posiadające aktywną listę zamieszkałych na terenie powiatu tczewskiego dziewcząt urodzonych w 2005 r.

### **II. Przedmiot konkursu**

1. Przedmiotem konkursu jest wybór podmiotów wykonujących działalność leczniczą i posiadających aktywną listę zamieszkałych na terenie powiatu tczewskiego dziewcząt urodzonych w 2005 r., zwanych dalej realizatorami, celem przeprowadzenia szczepień profilaktycznych przeciw wirusowi HPV typ 16, 18, 6, 11.
2. Szczepienia profilaktyczne dziewcząt z listy, o której mowa w pkt 1, powinny być przeprowadzone w schemacie 2 dawkowym (0,5 ml w 0,6 miesiącu). Podanie pierwszej dawki szczepionki powinno nastąpić najpóźniej w miesiącu maju 2017 r., a w wyjątkowych uzasadnionych przypadkach w terminie późniejszym uzgodnionym z zamawiającym.
3. W ramach szczepień profilaktycznych realizatorzy zobowiązani będą do:
  - 1) zaproszenia adresatów szczepionki, tj. dziewcząt zamieszkałych na terenie powiatu tczewskiego z rocznika urodzenia 2005, na bezpłatne szczepienie przeciw wirusowi HPV typ 16, 18, 6, 11;
  - 2) przekazania rodzicom/opiekunom prawnym jak i dziewczętom objętym programem szczepień ochronnych informacji na temat czynników ryzyka zakażeniom wirusem HPV i zachorowań na raka szyjki macicy, właściwych zachowań zdrowotnych oraz znaczenia badań przesiewowych (badań cytologicznych);
  - 3) uzyskania pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego na wykonanie cyklu szczepień;
  - 4) przeprowadzenia badania lekarskiego i kwalifikacji do szczepienia, przed każdą dawką szczepienia;
  - 5) wykonania szczepień;
  - 6) dokonania wpisu o szczepieniu do wymaganej dokumentacji medycznej (książeczka zdrowia, karta szczepień);

- 7) przeprowadzenia badania ankietowego wśród rodziców/opiekunów prawnych przed podaniem pierwszej i drugiej dawki szczepienia.

Wzory formularzy, o których mowa w pkt 3 i 7, zostaną opracowane we współpracy Wydziału Zdrowia, Spraw Społecznych i PFRON Starostwa Powiatowego w Tczewie z realizatorami przedmiotu zamówienia.

4. Realizatorzy zobowiązani będą do zakupu szczepionki przeciw wirusowi HPV typ 16, 18, 6, 11, oraz jej transportu i przechowywania zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami producenta (łańcuch chłodniczy). Zakupiona szczepionka powinna być dopuszczona do obrotu i stosowania na terenie Polski na podstawie wpisu do rejestru środków farmaceutycznych lub materiałów medycznych.
5. Wymagany personel medyczny:
  - 1) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej;
  - 2) personel medyczny posiadający uprawnienia do szczepień.
6. Realizatorzy zobowiązani będą do prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej związanej z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i według potrzeb zamawiającego.
7. Realizatorzy zapewnią aparaturę i sprzęt medyczny na swój koszt zgodnie z obowiązującymi przepisami.

### **III. Zasady przygotowania i złożenia oferty**

1. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej w zaklejonej kopercie, na której należy wpisać nazwę oferenta i jego adres oraz nazwę konkursu: konkurs ofert na realizację Powiatowego Programu Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego HPV „Chronię życie przed rakiem”.
2. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: od podpisania umowy do 20 grudnia 2017 r.
3. Oferta musi być podpisana i opieczetowana przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń woli, zgodnie z odpisem z KRS lub innymi dokumentami potwierdzającymi status prawny podmiotu i umocowanie osób go reprezentujących. W przypadku wystawienia przez osoby, o których mowa w zdaniu poprzednim, pełnomocnictwa do podpisania oferty, pełnomocnictwo musi zostać dołączone do oferty.
4. Każda strona oferty wraz z załącznikami i dokumentami składającymi się na ofertę musi być ponumerowana i podpisana przez osoby upoważnione.
5. Ewentualne poprawki w treści oferty muszą być parafowane przez osoby podpisujące ofertę.
6. Kopie oryginalnych dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione.
7. Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:
  - 1) aktualny odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji – odpis musi być zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, niezależnie od tego, kiedy został wydany;
  - 2) aktualny wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w dziale IV ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.) – wypis musi być zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, niezależnie od tego, kiedy został wydany;

- 3) pełnomocnictwa, o ile dotyczy;
  - 4) dokumenty poświadczające kwalifikacje osób, które będą brały udział w realizacji przedmiotu zamówienia, m.in. kopie dyplomu oraz prawa wykonywania zawodu;
  - 5) polisę bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania;
  - 6) dokumentację dotyczącą szczepionki – charakterystykę produktu leczniczego;
  - 7) inne dokumenty, oświadczenia oraz informacje mogące mieć, zdaniem oferenta, wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty, w tym dokumentację potwierdzającą doświadczenie oferenta w realizacji programów polityki zdrowotnej/programów zdrowotnych.
8. Warunki konkursu wraz z formularzem ofertowym można otrzymać w Wydziale Zdrowia Spraw Społecznych i PFRON Starostwa Powiatowego w Tczewie, ul. Piaskowa 2, w godzinach pracy Urzędu (Pn, Wt, Śr 7:30-15:30; Cz 7:30-16:30; Pt 7:30-14:30), lub pobrać ze strony powiatowej <http://powiat.tczew.pl>.
  9. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy złożyć do dnia **1 marca 2017 r. do godz. 13:00** w Biurze Obsługi Klienta Starostwa Powiatowego w Tczewie, ul. Piaskowa 2, 83-110 Tczew.
  10. Oferta przesłana Poczta Polska lub pocztą kurierską będzie traktowana jako złożona w terminie, jeżeli zostanie dostarczona do siedziby ogłaszającego konkurs do dnia 1 marca 2017 r. do godz. 13:00.
  11. Oferent związany jest ofertą 30 dni od upływu terminu składania ofert.

#### **IV. Wybór ofert do realizacji**

1. Oferty, które wpłyną po terminie składania ofert będą odrzucone bez otwarcia.
2. Oferty, które zostaną złożone przez podmioty nieuprawnione, lub oferty niezwiązane tematycznie z przedmiotem konkursu zostaną odrzucone bez rozpatrywania.
3. W celu dokonania oceny ofert zamawiający powołuje komisję konkursową, zwaną dalej Komisją.
4. Pierwsze posiedzenie Komisji odbędzie się w dniu 1 marca 2017 r. o godz. 13:15, w Sali 138 Starostwa Powiatowego w Tczewie przy ul. Piaskowej 2, i będzie miało charakter jawny.
5. W części jawnej Komisja w obecności oferentów po stwierdzeniu prawidłowości zarejestrowania ofert, dokona otwarcia kopert z ofertami w kolejności ich rejestracji.
6. Komisja w części jawnej przekaze obecnym nazwy oferentów oraz proponowany przez nich całkowity koszt zaszczepienia jednej osoby pełnym cyklem szczepienia.
7. Komisja w części jawnej może zażądać udzielenia przez oferentów dodatkowych wyjaśnień, które przyjmie do protokołu, oraz uzupełnienia braków formalnych oferty w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
8. Oferty spełniające wymogi formalne będą podlegały dalszej ocenie Komisji w części niejawnej.
9. Komisja w części niejawnej może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:

- 1) liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 2) ceny za udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej.
10. W razie, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona zostanie tylko jedna oferta, Zarząd Powiatu Tczewskiego może przyjąć tę ofertę, jeśli spełnia ona określone wymagania.
  11. Decyzję o wyborze ofert do realizacji podejmie w formie uchwały Zarząd Powiatu Tczewskiego, po zapoznaniu się z opinią Komisji. Uchwała będzie podstawą do zawarcia z podmiotami leczniczymi, których oferty zostaną wybrane w konkursie, pisemnych umów szczegółowo określających warunki realizacji przedmiotu zamówienia. Podjęcie decyzji o wyborze ofert kończy postępowanie konkursowe.
  12. Wyniki konkursu zostaną podane do publicznej wiadomości w formie informacji zamieszczonej na tablicy ogłoszeń Starostwa Powiatowego w Tczewie, na stronie Biuletynu Informacji Publicznej <http://bip.powiat.tczew.pl>, na stronie powiatowej <http://powiat.tczew.pl> oraz przekazane drogą elektroniczną oferentowi.
  13. Z przebiegu prac Komisji zostanie sporządzony protokół.
  14. Komisja rozwiązuje się z chwilą zakończenia postępowania konkursowego.
  15. Oferty podmiotów uczestniczących w postępowaniu konkursowym nie podlegają zwrotowi.

#### **V. Postanowienia końcowe**

1. Zarząd Powiatu Tczewskiego zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert bez podania przyczyny, zamknięcia konkursu ofert bez wybrania którejkolwiek z ofert, przesunięcia terminu składania ofert.
2. Szczegółowe informacje o konkursie ofert można uzyskać w Wydziale Zdrowia, Spraw Społecznych i PFRON Starostwa Powiatowego w Tczewie, 83-110 Tczew, ul. Piaskowa 2, tel. 58 7734916 lub 502 678 721, e-mail: [zdrowie@powiat.tczew.pl](mailto:zdrowie@powiat.tczew.pl).

**FORMULARZ OFERTOWY**

realizacji szczepień profilaktycznych przeciw wirusowi HPV typ 16, 18, 6, 11 dziewcząt urodzonych w 2005 r. w ramach Powiatowego Programu profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego HPV „Chronię życie przed rakiem”.

1. Oferent (pełna nazwa):

.....

2. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu, adres e-mail oferenta:

.....

3. Nr NIP: ..... nr REGON: .....

4. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa organu dokonującego wpisu i data wpisu, np. do KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – wymienić:

.....

5. Numer rachunku bankowego:

.....

6. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w imieniu oferenta:

.....

7. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego):

.....

8. Nazwisko i imię osoby (osób) odpowiedzialnej(-nych) za realizację przedmiotu zamówienia:

.....

9. Informacje o szczepionce, w tym: zgodność techniczna szczepionki warunkująca dopuszczenie do obrotu i stosowania na terenie Polski, jej skuteczność i zakres działania:

.....

10. Określenie warunków udzielania świadczeń (aparatura i sprzęt medyczny):

.....

11. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie:

.....

12. Zasoby kadrowe przewidywane do zaangażowania przy realizacji przedmiotu zamówienia.

Lp.	Imię i nazwisko	Specjalizacje, kwalifikacje	Zakres działań w ramach realizacji przedmiotu zamówienia

13. Proponowana liczba świadczeń możliwa do wykonania przez świadczeniodawcę zgodnie z aktywną listą dziewcząt zamieszkałych na terenie powiatu tczewskiego z rocznika urodzenia 2005 w podziale na gminy powiatu tczewskiego:

Liczba dziewcząt z rocznika urodzenia 2005 zamieszkałych odpowiednio na terenie						Razem
Miasta Tczew	Gminy Tczew	Miasta i gminy Pelplin	Miasta i gminy Gniew	Gminy Subkowy	Gminy Morzeszczyn	

14. Opis poszczególnych działań w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia:

.....

15. Harmonogram realizacji przedmiotu zamówienia (należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych działań):

Przedmiot zamówienia planujemy zrealizować w okresie od ..... do .....		
Lp.	Poszczególne działania w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia	Termin realizacji poszczególnych działań

16. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji przedmiotu zamówienia:

1) zakładany całkowity koszt realizacji przedmiotu zamówienia, obejmujący zaszczepienie pełnym cyklem szczepień ..... dziewcząt zamieszkałych na terenie powiatu tczewskiego z rocznika urodzenia 2005 wynosi ..... zł brutto;

2) kosztorys ze względu na rodzaj kosztów:

Lp.	Rodzaj kosztów	Wartość dla jednej osoby (w zł brutto)		Łączny koszt zaszczepienia jednej osoby (w zł brutto)
		pierwsza dawka szczepienia	druga dawka szczepienia	
1.	Koszt szczepionki			
2.	Koszt badania			
3.	Koszt szczepienia			
<b>Ogółem</b>				

17. Dane na temat doświadczenia oferenta w realizacji programów polityki zdrowotnej/programów zdrowotnych:

- oferent posiada doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej/programów zdrowotnych **TAK/NIE**<sup>1)</sup>

- jeżeli oferent posiada doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej/programów zdrowotnych proszę opisać dotychczasową działalność w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu lub innych programów profilaktycznych, w tym we współpracy z administracją publiczną:

.....

**Jednocześnie oferent oświadcza, że:**

1. Wyraża zgodę na przystąpienie do negocjacji zgodnie z pkt IV.9 ogłoszenia konkursowego oraz, że ustalenia zawarte w protokole negocjacji nie będą podlegać zmianie przez cały okres obowiązywania umowy.

2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Zarządu Powiatu Tczewskiego o prowadzonym postępowaniu konkursowym na wybór realizatorów szczepień profilaktycznych przeciw wirusowi HPV typ 16, 18, 6,11 dziewcząt urodzonych w 2005 r. w ramach Powiatowego Programu Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego HPV „Chronię życie przed rakiem” oraz z treścią Powiatowego Programu Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego HPV „Chronię życie przed rakiem” przyjętego uchwałą nr XXV/152/12 Rady Powiatu Tczewskiego z dnia 28 sierpnia 2012 r.

3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

4. Przez cały okres realizacji przedmiotu zamówienia na zlecenie zamawiającego, zobowiązuje się do:

- 1) zatrudnienia przy realizacji przedmiotu zamówienia osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach;
- 2) zabezpieczenia dostępu do sprzętu i aparatury medycznej, niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;
- 3) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- 4) utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w zakresie obejmującym również odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażenia wirusem HIV.

Data: .....

.....

.....

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
lub podpisy i pieczęć osób upoważnionych  
do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta

**Załączniki:**

1. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego/innego rejestru lub ewidencji<sup>1)</sup>
2. Aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w dziale IV ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.).
3. Pełnomocnictwa, o ile dotyczy.
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób wymienionych w pkt 12 oferty (dyplom, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje, inne).
5. Polisa/zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia<sup>1)</sup> od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w zakresie obejmującym również odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażenia wirusem HIV, na okres ich udzielania.
6. Dokumentacja dotycząca szczepionki – charakterystyka produktu leczniczego.
7. Inne dokumenty i oświadczenia oraz informacje mogące mieć zdaniem oferenta wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty, w tym dokumentacja potwierdzająca doświadczenie oferenta w realizacji programów polityki zdrowotnej/programów zdrowotnych, to jest: ..... *(należy wymienić załączone dokumenty)*

---

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić