

**Zarządzenie Nr 921/10**  
**Prezydenta Miasta Suwałk**  
**z dnia 15 września 2010 r.**

**w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację świadczeń zdrowotnych polegających na przeprowadzeniu profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Suwałk powyżej 75 roku życia.**

Na podstawie art. 35 i 35a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.), Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. nr 93, poz. 592) oraz § 36 ust 1 Regulaminu Organizacyjnego Urzędu Miejskiego w Suwałkach (Zarządzenie nr 134/07 Prezydenta Miasta Suwałk z dnia 19 czerwca 2007 r. w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Urzędu Miejskiego w Suwałkach), zarządzam co następuje:

**§ 1.**

1. Prezydent Miasta Suwałk ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację w 2010 r. świadczeń zdrowotnych polegających na przeprowadzeniu profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Suwałk powyżej 75 roku życia.
2. Ogłoszenie o konkursie stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

**§ 2**

Wykonanie zarządzenia powierza się Wydziałowi Zdrowia i Pomocy Społecznej Urzędu Miejskiego w Suwałkach.

**§ 3**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Załącznik  
do Zarządzenia Nr 921/10  
Prezydenta Miasta Suwałk  
z dnia 15 września 2010 r.

## **Ogłoszenie o konkursie wraz zaproszeniem do składania ofert**

Prezydent Miasta Suwałk ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację świadczeń zdrowotnych polegających na przeprowadzeniu profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Suwałk powyżej 75 roku życia.

### **I. Nazwa i siedziba organu ogłaszającego konkurs:**

Prezydent Miasta Suwałk, ul. Mickiewicza 1, 16 – 400 Suwałki.

### **II. Przedmiot konkursu:**

1. Przedmiotem konkursu jest realizacja w 2010 r. świadczeń zdrowotnych polegających na przeprowadzeniu profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Suwałk powyżej 75 roku życia, czyli urodzonych przed 1 stycznia 1936 roku.
2. W ramach programu oferent zobowiązuje się:
  - sprzedawać szczepionki mieszkańcom Suwałk biorącym udział w programie,
  - przeprowadzić szczepienie,
  - każde szczepienie poprzedzić badaniem lekarskim
  - zaszczepić wyłącznie mieszkańców Suwałk powyżej 75 roku życia, zameldowanych Suwałkach od co najmniej 3 miesięcy, którzy wypełnią i podpiszą ankietę wraz z oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych, stanowiącą załącznik nr 3 do niniejszego ogłoszenia,
  - sporządzić sprawozdanie merytoryczne z realizacji programu zdrowotnego, którego druk jest określony w załączniku nr 4 do niniejszego ogłoszenia.
3. Umowa może być zawarta na okres od 30 września do 30 listopada 2010 r., przy czym terminem rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będzie data zawarcia umowy.
4. Ze względu na ograniczone środki finansowe programem szczepień zostaną objęte osoby, które jako pierwsze zgłoszą się do wybranego w konkursie ofert realizatora.
5. Wybrany w konkursie ofert realizator podlega obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielanych świadczeń.
6. Szacunkowo uprawnionych do skorzystania ze szczepień jest 3.393 osób.

### **III. Miejsce i termin zapoznania się ze szczegółowymi warunkami konkursu:**

W Wydziale Zdrowia i Pomocy Społecznej Urzędu Miejskiego w Suwałkach (pok. Nr 2) w terminie od 20 września 2010 roku do 28 września 2010 roku w godzinach 8<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> oraz na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Suwałkach – [www.um.suwalki.pl](http://www.um.suwalki.pl) – można otrzymać formularze ofert stanowiące załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia, zapoznać się z warunkami konkursu ofert i wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia .

### **IV. Miejsce i termin składania ofert:**

Oferty należy składać, na drukach stanowiących załącznik do niniejszego ogłoszenia, w zamkniętej i opisanej („*Szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie*” oraz nazwa oferenta ) kopercie, do dnia 28 września 2010 roku, do godziny 15<sup>30</sup>, w kancelarii ogólnej Urzędu Miejskiego w Suwałkach – pok. nr 4.

### **V. Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu:**

Konkurs ofert zostanie rozstrzygnięty w ciągu 14 dni od momentu otwarcia ofert, które nastąpi 29 września 2010 r. o godzinie 14<sup>00</sup> w pok. nr 3 Urzędu Miejskiego w Suwałkach.

### **VI. Termin związania ofertą:**

Oferent jest związany złożoną przez siebie ofertą przez okres 30 dni liczonych od ostatecznego terminu składania ofert.

### **VII. Zastrzeżenie o prawie do odwołania konkursu ofert:**

Prezydent Miasta Suwałk zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny oraz przesunięcia terminu składania ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu.

### **VIII. Informacja o możliwości składania skarg i protestów dotyczących konkursu ofert:**

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowaną skargę.
2. Do czasu rozpatrzenia skargi postępowanie konkursowe zostaje zawieszone.
3. Komisja konkursowa rozpatruje skargę w ciągu 3 dni od daty jej złożenia.
4. O wniesieniu i rozstrzygnięciu skargi komisja konkursowa w formie pisemnej niezwłocznie informuje pozostałych oferentów i Prezydenta Miasta Suwałk.
5. Oferent może złożyć do Prezydenta Miasta Suwałk umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania pisemnego zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku.
6. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy.
7. Po wniesieniu protestu Prezydent Miasta Suwałk aż do jego rozstrzygnięcia nie może zawrzeć umowy.
8. Prezydent Miasta Suwałk rozpoznaje i rozstrzyga protest najpóźniej w ciągu 7 dni od daty jego złożenia.
9. O wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu Prezydent Miasta Suwałk niezwłocznie informuje w formie pisemnej pozostałych oferentów.

10. W przypadku uwzględnienia protestu Prezydent Miasta Suwałk powtarza konkurs ofert.

**IX. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:**

1. Prezydent Miasta Suwałk przeznacza 25.000 zł (słownie: dwadzieścia pięć tysięcy złotych) na realizację zamówienia polegającego na przeprowadzeniu profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Suwałk powyżej 75 roku.
2. Finansowanie świadczeń będzie polegało na dofinansowaniu 50% kosztów zakupu szczepionki i całkowitym sfinansowaniu kosztów przeprowadzenia badania lekarskiego i przeprowadzenia szczepienia.

**KONIECZNE ZAŁĄCZNIKI I EWENTUALNE REFERENCJE**

*(oryginały bądź kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez uprawnione osoby):*

1. Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Opis działań realizowany w trakcie udzielania świadczeń.
3. Oświadczenie o płynności finansowej i o nie posiadaniu zadłużenia (ZUS, Urząd Skarbowy).
4. Oświadczenia ewentualnych partnerów (wymienionych w punkcie V. 3 oferty) o gotowości do przystąpienia do realizacji programu w przypadku pozytywnego rozpatrzenia złożonej oferty.
5. Aktualny wyciąg z rejestru zakładów opieki zdrowotnej, lub imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu – w odniesieniu do osób, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.
6. Statut.
7. Oświadczenie wyrażające zgodę na zaszczepienie pacjentów z innych ZOZ, które nie przystąpiły do konkursu lub nie zostały wyłonione na realizatorów programu.

Załącznik nr 1  
do Ogłoszenia o konkursie  
ofert wraz z zaproszeniem  
do składania ofert

## **O F E R T A**

### **ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE POLEGAJĄCE NA PRZEPROWADZENIU PROFILAKTYCZNYCH SZCZEPIEŃ PRZECIWKO GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW SUWAŁK POWYŻEJ 75 ROKU ŻYCIA**

.....  
(pieczęć podmiotu)

#### **I. DANE OFERENTA**

|   |              |              |                 |
|---|--------------|--------------|-----------------|
| Nazwa oferenta:   |              |              |                 |
| Adres:  | miejsowość:  | kod:         | Ulica i nr domu |
|   | nr telefonu: | numer faksu: | E-mail:         |
| Nazwa banku   |              |              |                 |
| Numer konta   |              |              |                 |
| Nazwiska i imiona oraz funkcje osób statutowo upoważnionych do reprezentowania podmiotu w kontaktach zewnętrznych i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów): |              |              |                 |
| 1. ....   |              |              |                 |
| 2. ....   |              |              |                 |
| Osoba upoważniona do składania ewentualnych wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego):  |              |              |                 |
| 1. ....   |              |              |                 |

## II. OFERTA

Proponowany przez oferenta  
czas trwania umowy

## III. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ

| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe |
|-----|-----------------|-----------------------|
| 1.  |                 |                       |
| 2.  |                 |                       |
| 3.  |                 |                       |
| 4.  |                 |                       |
| 5.  |                 |                       |
| 6.  |                 |                       |
| 7.  |                 |                       |
| 8.  |                 |                       |

## IV. DOTYCHCZASOWA DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ PROFILAKTYCZNYCH

## V. INNE DANE

### 1. Sposób rekrutacji uczestników:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 2. Zakładane rezultaty realizacji programu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible][illegible]

realizacji zadania):

[illegible]

## VI. KOSZTORYS

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Liczba osób, które zostaną objęte szczepieniami</b> |  |  |
| Koszt udzielenia usługi medycznej (a+b+c+d)            |  |  |
| w tym:   |  |  |
| a)   | Koszt szczepienia                                |  |
| b)   | Koszt badania lekarskiego i podania szczepionki. |  |
| c)   | Wkład finansowy własny                           |  |
| d)   | Inne koszty                                      |  |

➤ Ewentualne uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....

.....

.....

➤ Ewentualny poza finansowy wkład własny podmiotu w realizację zadania (np. praca wolontariuszy):

.....

.....

.....

.....

➤ Dodatkowe uwagi lub informacje wnioskodawcy:

.....

.....

.....

.....

.....  
(pieczęć podmiotu)

.....  
(podpis osoby upoważnionej do składania  
oświadczeń woli w imieniu podmiotu)

Załącznik nr 2  
do Ogłoszenia o konkursie ofert  
wraz z zaproszeniem do składania ofert

## **W Z Ó R U M O W Y**

zawarta w dniu ..... 2010 r. w Suwałkach,  
pomiędzy **Miastem Suwałki** reprezentowanym przez:  
**Wiesława Stelmacha – Pełniącego Funkcję Prezydenta Miasta Suwałki**  
zwanego dalej Zleceniodawcą

a

..... z siedzibą w .....,  
ul..... reprezentowanym przez:  
..... zwanym dalej Realizatorem

### **§ 1**

1. Zleceniodawca, zgodnie z zakresem rzeczowym zawartym w ofercie, zleca Realizatorowi realizację świadczeń zdrowotnych polegających na przeprowadzeniu profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Suwałk powyżej 75 roku życia. Kosztorys zadania stanowi załącznik do niniejszej umowy.
2. Termin realizacji zadania, o którym mowa w ust. 1, ustala się: od ..... 2010 roku do 30 listopada 2010 roku.

### **§2**

1. Zleceniodawca na realizację wyżej wymienionego zadania przeznacza środki finansowe w wysokości ..... zł (słownie: ..... ) przy czym zapłata za jedno szczepienie wynosi .....

2. Zapłata za wykonanie zadania nastąpi w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Zleceniodawcę rachunku i sprawozdania sporządzonego przez Realizatora.
3. Środki finansowe zostaną przekazane na rachunek bankowy Realizatora numer:

.....

### § 3

Sprawozdanie końcowe z wykonania zadania powinno zostać sporządzone przez Realizatora i dostarczone Zleceniodawcy do zaakceptowania w terminie 14 dni po zakończeniu realizacji zadania.

### § 4

Kontrola prawidłowości wykonywania zleconego zadania, polega na przeprowadzaniu przez upoważnionych pracowników Zleceniodawcy, w każdym czasie i miejscu, kontroli dokumentacji dostarczonej lub udostępnionej przez Realizatora.

### § 5

Realizator obowiązany jest do udzielania ustnie lub na piśmie, w zależności od żądania kontrolującego i w terminie przez niego określonym, wyjaśnień i informacji dotyczących realizacji zleconego zadania.

### § 6

Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron za dwutygodniowym okresem wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy. Skutki finansowe strony określą w sporządzonym na tę okoliczność protokole.

### § 7

Umowa może być rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku nieterminowego lub nienależytego wykonywania umowy, a w szczególności zmniejszenia zakresu rzeczowego

realizowanego zadania, stwierdzonego na podstawie wyników kontroli oraz oceny realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych.

## **§ 8**

Umowa zostaje rozwiązana bez wypowiedzenia w przypadku nieudokumentowania, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy przez Realizatora, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń o których mowa w niniejszej umowie.

## **§ 9**

Wszelkie zmiany umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

## **§ 10**

W zakresie nie uregulowanym umową stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

## **§ 11**

Ewentualne spory, powstałe na tle wykonania niniejszej umowy, strony poddają rozstrzygnięciu właściwemu, ze względu na siedzibę Zleceniodawcy, sądowi powszechnemu.

## **§ 12**

Umowa niniejsza została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Zleceniodawcy i jeden dla Realizatora.

REALIZATOR

ZLECENIODAWCA

.....

.....

.....  
pieczętka prowadzącego program szczepień

Załącznik Nr 3  
do Ogłoszenia o konkursie

Imię .....

Nazwisko.....

Adres: Suwałki, ul. ....

1. Płeć: ☐ kobieta      ☐ mężczyzna

2. Wiek: ..... lat

3. Czy kiedykolwiek chorował(a) Pan(i) na grypę?

☐ tak      ☐ nie

4. Czy w przeszłości szczepił(a) się Pan(i) przeciwko grypie?

☐ tak      ☐ nie

5. Jeśli tak, to czy uzyskano odporność i nie wystąpiły objawy grypy?

☐ tak      ☐ nie

6. Czy finansowanie szczepień przez Miasto wpłynęło na decyzję o  
zaszczepieniu?

☐ tak      ☐ nie

7. Czy w roku ubiegłym korzystał(a) Pan(i) ze szczepień współfinansowanych  
przez Prezydenta Miasta Suwałk?

☐ tak      ☐ nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie realizowanego profilaktycznego programu zdrowotnego polegającego na przeprowadzeniu szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Miasta Suwałki

.....  
data i czytelny podpis osoby uczestniczącej w programie

**Sprawozdanie z realizacji programu zdrowotnego polegającego  
na przeprowadzeniu profilaktycznych szczepień przeciwko grypie  
dla mieszkańców Suwałk powyżej 75 roku życia**

.....  
nazwa i adres realizatora programu

1. Do programu zgłosiło się:

– ..... mieszkańców Suwałk powyżej 75 r.ż.

w tym: ..... kobiet

..... mężczyzn

2. Program realizowało ..... lekarzy i ..... pielęgniarek.

3. Wnioski na przyszłość (dotyczące sposobu realizacji programu, konieczności  
powtórzenia jego realizacji w przyszłości)

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