**ZARZĄDZENIE NR 1865/2023**

**PREZYDENTA MIASTA SOPOTU**

**z dnia 14.04.2023 r.**

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na zakup świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki dla mieszkańców Sopotu.**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 30 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 40 ze zm.) art. 9a i 9b ustawy z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.)

zarządza się, co następuje:

§ 1

Ogłasza się konkurs ofert na zakup świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki dla mieszkańców Sopotu.

§ 2

Treść ogłoszenia o konkursie ofert stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 3

Ogłoszenie o konkursie umieszcza się:

1. w Biuletynie Informacji Publicznej Gminy Miasta Sopotu
2. na tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta Sopotu.

§ 4

Realizację zarządzenia powierza się Naczelnikowi Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Sopotu.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

|  |
| --- |
| Załącznik Nr 1  do Zarządzenia Nr 1865/2023  Prezydenta Miasta Sopotu  z dnia 14.04.2023 r. |
| **PREZYDENT MIASTA SOPOTU ogłasza konkurs ofert na zakup świadczeń zdrowotnych**  **w zakresie okulistyki dla mieszkańców Sopotu** |
| 1. **PODSTAWA PRAWNA** |
| Konkurs ofert ogłasza się na podstawie art. 9a i 9b , ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.) oraz ustawy  z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 633). |
| 1. **ADRESACI OGŁOSZENIA** |
| do udziału w konkursie uprawnione są podmioty lecznicze w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 633) (dalej Oferenci). |
| 1. **CEL ZADANIA** |
| Głównym celem zakupu świadczeń jest zmniejszenie odsetka osób, u których nastąpi pogorszenie widzenia na skutek patologicznych chorób oczu związanych z wiekiem. |
| 1. **TERMIN REALIZACJI** |
| Termin realizacji: od dnia podpisania umowy do dnia 15 grudnia 2023 r. |
| 1. **ŚRODKI PRZEZNACZONE NA REALIZACJĘ** |
| Gmina Miasta Sopotu (dalej Zamawiający) przekaże na realizację świadczeń łączną kwotę 34 000,00 PLN,  Zamawiający planuje przeznaczyć kwotę 70 zł za badanie podstawowe.  Zamawiający planuje przeznaczyć kwotę 100 zł za badanie specjalistyczne. |
| 1. **OPIS I WARUNKI REALIZACJI** |
| Przeprowadzenie podstawowych badań wzroku:  • badanie ostrości wzroku,  • badanie komputerowe wady wzroku,  • badanie ciśnienia śród-gałkowego - tonometria,  • badanie w lampie szczelinowej,  • badanie dna oka.  Przeprowadzenie dodatkowych badań specjalistycznych, wyłącznie u pacjentów, u których taka potrzeba zostanie stwierdzona przez lekarza:  • badanie komputerowe pola widzenia,  • badanie GDx VCC.  każdy z pacjentów zostanie objęty działaniami edukacyjnymi w postaci indywidualnych pogadanek z zakresu chorób narządu wzroku, czynników ryzyka oraz objawów.  Osoby objęte zakupem świadczeń muszą spełnić następujące kryteria:  • mieszkańcy Gminy Miasta Sopot,  • ukończony 50 rok życia,  • niestwierdzone choroby narządu wzroku. |
| 1. **WYMOGI FORMALNE** |
| **Informacje ogólne**   1. Oferent winien zapoznać się niniejszym ogłoszeniem oraz załącznikami do niego. 2. Wszystkie załączniki do ogłoszeniu zostaną wypełnione przez Oferenta ściśle według wskazówek. 3. Złożenie oferty niespełniającej wymogów określonych w niniejszym ogłoszeniu spowoduje jej odrzucenie. 4. **Oferty muszą obejmować całość zamówienia, nie dopuszcza się składania ofert cząstkowych.** 5. Zamawiający wykluczy z postępowania Oferenta, jeśli stwierdzi, że dostarczone przez niego informacje, istotne dla prowadzonego postępowania, są niezgodne ze stanem faktycznym. 6. Konkurs zostanie przeprowadzony przez Komisję Konkursową powołaną przez Prezydenta Miasta Sopotu.   **Opis sposobu przygotowania oferty**   1. Oferta zostanie spisana na formularzu oferty stanowiącym **Załącznik nr 1** do ogłoszenia. 2. Do oferty należy dołączyć **wszystkie** dokumenty, oświadczenia i informacje wymagane postanowieniami niniejszego ogłoszenia. 3. Załączone dokumenty powinny być przedstawione w formie oryginałów lub kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Oferenta. 4. Okres ważności zaświadczeń i informacji, których wymaga Zamawiający musi obejmować termin otwarcia ofert, a data ich wystawienia nie może być wcześniejsza niż 90 dni przed terminem otwarcia ofert. 5. Wymagane oświadczenia muszą być złożone na formularzach zgodnych ze wzorami określonymi przez załączniki do ogłoszenia. 6. Ofertę należy sporządzić w języku polskim, powinna zostać napisana na maszynie do pisania, komputerze, ręcznie długopisem lub nieścieralnym atramentem. 7. Oferta zostanie opieczętowany pieczęcią firmową Oferenta i podpisana przez osoby uprawnione do Jego reprezentacji. 8. Upoważnienie do podpisania oferty powinno zostać do niej dołączone, o ile pełnomocnictwo nie wynika z innych dokumentów przekazanych wraz z nią. 9. Wszelkie miejsca, w których Oferent naniósł korekty powinny być parafowane przez osoby podpisujące ofertę. 10. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez czytelne przekreślenie błędnego zapisu  i zamieszczenie obok poprawnego.   **Wymagania od Oferentów - warunki podmiotowe**   1. Podmiotami mającymi możliwość złożenia oferty są podmioty uprawnione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych wymienionych w informacjach o przedmiocie konkursu oraz określone w ustawie o działalności leczniczej, a w szczególności: 2. Podmioty lecznicze wykonujący zadania określone w jego statucie, 3. Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej, grupowej lub specjalistycznej praktyki, 4. Osoby, które uzyskały fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielają ich  w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. 5. Posiadanie sprzętu i warunków lokalowych niezbędnych do realizacji przedmiotu konkursu.   **Dokumenty wymagane w ofercie**  W celu potwierdzenia spełniania wymaganych warunków, Oferent załączy do oferty następujące oświadczenia  i dokumenty (oryginały lub kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez Oferenta):   1. Kopia aktualnego odpisu z właściwego rejestru lub kopia wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską, lub inny dokument potwierdzające zarejestrowaną działalność oferenta . 2. Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki). 3. Kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej o zakresie niezbędnym do realizacji Zadania. 4. Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez Oferenta. 5. Oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek na ubezpieczenie społeczne  i zdrowotne. 6. Oświadczenie o posiadaniu przez personel wymaganych kwalifikacji (oświadczenie podpisane przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta) oraz wykaz osób i podmiotów, które będą realizować zadanie wraz z danymi na temat ich wymaganych kwalifikacji zgodnie  z **Załącznikiem nr 2 do ogłoszenia.** 7. Określenie warunków lokalowych (ze wskazaniem miejsca realizacji Zadania – w granicach administracyjnych miasta Sopotu) oraz wykaz pozostającego w dyspozycji sprzętu i aparatury niezbędnego do realizacji Zadania wraz z określeniem formy posiadania (własność, dzierżawa, leasing lub inne) zgodnie z **Załącznikiem nr 3 do ogłoszenia**. 8. Opis proponowanego sposobu realizacji Zadania wraz z harmonogramem działań zgodnie  z **Załącznikiem nr 4 do ogłoszenia.** 9. Plan finansowo-rzeczowy sporządzony zgodnie **z Załącznikiem Nr 5 do ogłoszenia**   **Opis sposobu obliczania ceny**   1. Oferent określi jedną cenę brutto za całościowy zakup świadczeń. 2. Cenę oferty należy podać dodatkowo na **Załączniku nr 6 do ogłoszenia** - Formularz cenowy wraz  z kalkulacją elementów należności. 3. Cena oferty musi być podana w złotych polskich (PLN). 4. Ceny określone przez Oferenta obowiązują przez cały okres związania ofertą i będą wiążące  dla zawieranej umowy. 5. Przy rozpatrywaniu ofert będzie brał pod uwagę cenę brutto dla całej oferty.   Podana cena powinna uwzględniać wszystkie elementy związane z prawidłową i terminową realizacją Zadania. |
| 1. **MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY** |
| 1. Oferty należy **składać do dnia 05 maja 2023** **r. do godz. 15.00 w Kancelarii Ogólnej Urzędu Miasta Sopotu, ul. Kościuszki 25/27, pok. 16** lub za pośrednictwem operatora pocztowego. 2. Uwaga! W przypadku składania ofert za pośrednictwem operatora pocztowego, muszą one wpłynąć do Kancelarii Ogólnej Urzędu Miasta Sopotu do **dnia 05 maja 2023** **r. do godz. 15:00 (nie decyduje data stempla pocztowego!).** 3. Oferty, które wpłyną lub zostaną złożone po terminie zostaną zwrócone bez otwierania. 4. Oferta wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami musi być umieszczona w trwale zamkniętej kopercie, zaadresowanej na Zamawiającego, opatrzonej napisami:   **„OFERTA NA** **ZAKUP ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE OKULISTYKI DLA MIESZKAŃCÓW SOPOTU”**  „**Nie otwierać przed 08 maja 2023 r., godz. 10:00”**   1. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę przed upływem terminu składania ofert, pod warunkiem pisemnego powiadomienia przewodniczącego komisji konkursowej. 2. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty. 3. Złożenie oferty nie jest równoznaczne z przyznaniem dotacji.   **Odrzucone zostaną oferty które :**   1. zostały złożone po terminie, 2. nie są podpisane, 3. przedmiot oferty nie będzie odpowiadał przedmiotowi Zadania, 4. cena została podana w walucie innej niż PLN, 5. zostały złożone przez podmioty nieuprawnione lub podlegające wykluczeniu, 6. nie będą zawierały wymaganych dokumentów i informacji, 7. których złożenie stanowi czyn nieuczciwej konkurencji. |
| **IX. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ W SPRAWACH DOTYCZĄCYCH KONKURSU** |
| 1. Informacje dotyczące ogłoszenia udzielane są w Wydziale Zdrowia i Spraw Społecznych, Urząd Miasta Sopotu , ul. Marynarzy 4.   Uprawnionymi do bezpośredniego kontaktowania się z Oferentami są:  - Milena Makowska – Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych, tel. 58 521 36 87,  - Izabela Strzelczak – Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych, tel. 58 521 36 20  od poniedziałku do piątku, w godzinach od 10:00. do 15:00.   1. Oferent może wystąpić z pisemnym zapytaniem dotyczącym warunków konkursu ofert i uzyskania wyjaśnień niezwłocznie drogą elektroniczną. 2. Wyjaśnienie uzyskane na zapytanie kierowane w formie ustnej nie są wiążące i nie stanowią podstawy do odwołania. 3. Termin przyjmowania zapytań upływa na 3 dni przed terminem składania ofert. |
| 1. **OTWARCIE, OCENA I WYBÓR OFERT** |
| **Otwarcie ofert**   1. Otwarcie ofert nastąpi **w dniu 08 maja 2023 r. o godzinie 10:00** w siedzibie Zamawiającego  (Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych, ul. Marynarzy 4, I piętro, pokój nr 8/9 ) 2. Oferenci mogą być obecni przy otwieraniu ofert. 3. Podczas otwierania ofert ogłoszone zostaną nazwy i adresy Oferentów oraz ceny ich ofert. 4. Oferentom nieobecnym na otwarciu ofert Zamawiający prześle powyższe informacje na ich wniosek. 5. Oferty wycofane i zmienione (zastąpione inną ofertą) nie będą otwierane.   **Ocena i wybór oferty**   * 1. Konkurs ofert składa się z dwóch etapów.   2. W pierwszym etapie Komisja Konkursowa dokonuje oceny pod względem formalnym dokonując kolejno następujących czynności:  1. stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert, 2. otwiera koperty z ofertami, 3. dokonuje oceny ofert pod względem formalnym, 4. odrzuca oferty sporządzone wadliwie bądź niekompletne, 5. przyjmuje do protokołu wyjaśnienia lub oświadczenia zgłoszone przez Oferentów.    1. W drugim etapie komisja konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty dla do oceny oferty pod względem merytorycznym stosując następujące kryteria oraz ich punktację  |  |  | | --- | --- | | **Nazwa kryterium** | **Liczba punktów** | | 1) Wartość merytoryczna oferty, w tym stopień w jakim oferta odpowiada wymogom podanym w ogłoszeniu konkursowym | [0-5 pkt.] | | 2) Racjonalność kalkulacji kosztów w relacji do zakresu rzeczowego zadania, aktualnych średnich cen i stawek na rynku usług | [0-15 pkt.] | | 3) Doświadczenie Oferenta w realizacji podobnych działań | [0-10pkt.] | | 4) Zasoby rzeczowe Oferenta (wyposażenie gabinetu) | [0-10 pkt.] |   **Komisja Konkursowa wybierze oferty, które uzyskają największą liczbę punków.**   * 1. W toku oceny ofert komisja konkursowa może:   2. zwrócić się do Oferentów o udzielenie wyjaśnień dotyczących treści merytorycznych złożonych ofert,   3. poprawić w tekście oferty oczywiste omyłki pisarskie.   4. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie 30 dni od daty ostatecznego terminu składania ofert.   5. Rozstrzygnięcia konkursu dokona Komisja konkursowa która niezwłocznie zawiadamia (pisemnie, faksem lub pocztą elektroniczną) Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie oraz zamieszcza informację na tablicy ogłoszeń w siedzibie oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Sopotu. |
| **XI. POSTANOWIENIA UMOWY** |
| 1. Zamawiający zawrze umowę zgodną z wybraną najkorzystniejszą ofertą w terminie 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert. 2. Zamawiający wymagać będzie od wybranego Oferenta podpisania umowy o treści uwzględniającej warunki wynikające z postanowień zawartych w niniejszym ogłoszeniu oraz zaproponowane  w wybranej ofercie. 3. Wzór umowy został określony w **Załączniku nr 7**. Ostateczna treść umowy może ulec zmianie  w zakresie niezmieniającym istotnych postanowień umowy oraz przedmiotu zamówienia. 4. Oferent nie może dokonywać żadnych dodatkowych zmian we wzorze umowy i w chwili złożenia oferty zobowiązuje się do podpisania umowy zgodnej z zapisami określonymi we wzorze. Na ostatniej stronie umowy Oferent składa swój podpis. |
| 1. **TRYB ODWOŁAWCZY** |
| 1. Oferentom przysługuje prawo do złożenia odwołania od decyzji Komisji Konkursowej 2. Oferent składa pisemne odwołanie wraz z uzasadnieniem w terminie trzech dni roboczych od daty ogłoszenia wyników konkursu, w Kancelarii Ogólnej Urzędu Miasta, (pok. 16 parter) ul. Kościuszki 25/27, odwołanie, które nie wpłynie w wyznaczonym terminie nie będzie rozpatrywane. 3. Komisja Konkursowa rozpatruje odwołanie niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od daty ogłoszenia wyników konkursu. |
| 1. **POSTANOWIENIA KOŃCOWE** |
| 1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert, udzielający zamówienia może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych o czym niezwłocznie informuje poprzez umieszczenie stosownych informacji w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta   Sopotu oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie udzielającego zamówienie.   1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do:    1. odwołania konkursu ofert, przedłużenia terminu składania i otwarcia ofert oraz przedłużenia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny.    2. odstąpienia od realizacji Zadania z przyczyn obiektywnych (m.in. zmiany w budżecie), 2. Rozstrzygnięcie nastąpi również w przypadku wpłynięcia jednej oferty w ramach konkursu.   **Zamawiający umorzy konkurs jeżeli zaistnieje jedna z poniższych okoliczności**   * 1. cena najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę jaką zamawiający przeznaczył na finansowanie Zadania,   2. wystąpi istotna zmiana okoliczności, niemożliwa do przewidzenia, powodująca, że prowadzenie postępowania lub realizacja zamówienia nie leży w interesie publicznym,   3. postępowanie obarczone jest wadą uniemożliwiającą zawarcie ważnej umowy lub postępowanie konkursowe nie zostanie zakończone wyłonieniem właściwej oferty. |

Załącznik Nr 1 do Ogłoszenia o konkursie ofert

na „zakup świadczeń zdrowotnych

w zakresie okulistyki

dla mieszkańców Sopotu”

........................... ........................,dnia ..........

*/pieczątka Oferenta/ /Miejscowość/*

**OFERTA**

**NA ZAKUP ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE OKULISTYKI DLA MIESZKAŃCÓW SOPOTU**

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

Termin realizacji

od ............... roku do ................... roku

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na **zakup świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki dla mieszkańców Sopotu**, po zapoznaniu się ze szczegółowymi warunkami konkursu   
i informacjami o przedmiocie konkursu łącznie z projektem umowy, a także po uzyskaniu wszelkim niezbędnych informacji na temat przedmiotu konkursu niżej podpisani, reprezentujący:

* 1. *Pełna nazwa i siedziba Oferenta, ewentualny adres korespondencyjny, telefon,   
     fax, e-mail:*

|  |
| --- |
|  |

1. *Osoby upoważnione do reprezentacji podmiotu leczniczego*

|  |
| --- |
|  |

1. *Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu:*

|  |
| --- |
|  |

1. *Nr identyfikacyjny REGON oraz NIP:*

|  |
| --- |
|  |

1. *Nazwiska, imiona i funkcje osób umocowanych do składania oświadczeń woli   
   w imieniu Oferenta:*

|  |
| --- |
|  |

1. *Nazwa banku i nr rachunku bankowego:*

|  |
| --- |
|  |

oświadczamy, że:

1. Uzyskaliśmy informacje konieczne do przygotowania i złożenia oferty.
2. Posiadamy odpowiednie przygotowanie i potencjał ekonomiczny, techniczny   
   i kadrowy, które pozwolą nam na rzetelną oraz zgodną z obowiązującymi przepisami prawa realizację postanowień umowy w przypadku jej zawarcia.
3. Znajdujemy się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie umowy.
4. Nie zalegamy z płatnością składek na ubezpieczenie społeczne (załączamy aktualne zaświadczenie ZUS)
5. Nie podlegamy wykluczeniu z konkursu na podstawie dodatkowych wymogów zamawiającego, tzn.; że zdajemy sobie sprawę, iż z ubiegania się o zawarcie umowy wyklucza się;
   1. Oferentów, w odniesieniu do których wszczęto postępowanie upadłościowe, lub których upadłość ogłoszono,
   2. Oferentów, którzy zalegają z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne, chyba że Minister Finansów, z ważnych względów społecznych lub gospodarczych, wyrazi zgodę na ich udział w postępowaniu,
   3. osoby fizyczne, które prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione   
      w związku z działalnością z zakresu przedmioty konkursu albo inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych,
   4. osoby prawne, których urzędujących członków władz prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione w związku z działalnością z zakresu przedmiotu konkursu albo inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych.
6. Wszystkie otrzymane od Zamawiającego dokumenty i informacje przyjmujemy bez zastrzeżeń i oferujemy gotowość zrealizowania przedmiotu konkursu, zgodnie   
   z wymogami określonymi w ogłoszeniu za łączną cenę brutto:

**łączną cenę brutto** ...................................**zł - za badanie podstawowe 1 osoby**

**słownie...................................................................................................................złotych**

**łączną cenę brutto** ...................................**zł - za badanie specjalistyczne 1 osoby**

**słownie...................................................................................................................złotych**

1. Zobowiązujemy się do realizacji postanowień umowy w okresie jej obowiązywania.
2. Przedmiot konkursu zamierzamy zrealizować samodzielnie / przy udziale podwykonawców wymienionych w Załączniku nr 3 *(niepotrzebne skreślić).*
3. W razie wybrania naszej oferty, zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach określonych w ogłoszeniu z uwzględnieniem zapisów zawartych we wzorze umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
4. Niniejsza oferta składa się z........ kolejno ponumerowanych stron.

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

podpis i pieczęć upełnomocnionego (-nych) przedstawiciela(-li)

**Wykaz załączników:**

1. ...............................................................
2. ...............................................................
3. ...............................................................
4. ...............................................................
5. ...............................................................

Załącznik Nr 2 do Ogłoszenia o konkursie ofert

na „zakup świadczeń zdrowotnych

w zakresie okulistyki

dla mieszkańców Sopotu”

............................. ........................,dnia ...............

*/pieczątka Oferenta/ /Miejscowość/*

**Oświadczenie o posiadaniu wymaganych kwalifikacji przez** **osoby i podmioty, które będą realizować zadanie**

Oświadczam, iż dysponuję personelem medycznym zdolnym do zapewnienia prawidłowego realizowania świadczeń zdrowotnych w okulistyki dla mieszkańców Sopotu

*(dotyczy pracowników oraz ewentualnych podwykonawców)*

........................., dn. ...................... ................................................................

*(podpis i pieczęć uprawnionego   
 przedstawiciela Oferenta)*

Załącznik Nr 3 do Ogłoszenia o konkursie ofert

na „zakup świadczeń zdrowotnych

w zakresie okulistyki

dla mieszkańców Sopotu”

**……………………………………………………………………**

*(pieczęć firmowa)*

**Określenie warunków lokalowych**

**oraz**

**wykaz pozostającego w dyspozycji sprzętu i aparatury niezbędnego do realizacji zamówienia wraz z określeniem formy posiadania (własność, dzierżawa, leasing lub inne).**

**W przypadku nie posiadania niezbędnego sprzętu należy określić źródło jego pozyskania na czas trwania zadania.**

.........................,dn. ....................... ................................................................

(podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Oferenta

Załącznik Nr 4 do Ogłoszenia o konkursie ofert

na „zakup świadczeń zdrowotnych

w zakresie okulistyki

dla mieszkańców Sopotu”

............................. ........................,dnia .............. */pieczątka Oferenta/ /Miejscowość/*

**Opis proponowanego sposobu realizacji świadczeń zdrowotnych wraz z proponowanym harmonogramem działań, a także przedstawienie podobnych przedsięwzięć realizowanych   
w przeszłości przez oferenta.**

........................, dn. .......................

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

*(podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Oferenta)*

Załącznik Nr 5 do Ogłoszenia o konkursie ofert

na „zakup świadczeń zdrowotnych

w zakresie okulistyki

dla mieszkańców Sopotu”

Plan finansowo – rzeczowy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc/rok** | **Ilość osób** | **Cena jednostkowa** | **cena razem w zł.** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**Słownie kwota brutto:**

Załącznik Nr 6 do Ogłoszenia o konkursie ofert

„zakup świadczeń zdrowotnych

w zakresie okulistyki

dla mieszkańców Sopotu”

**Należy przedstawić przewidywane koszty realizacji Zadania z uwzględnieniem wszystkich zadań, a w szczególności ujętych w opisie przedmiotu zamówienia**

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Element zakupu świadczeń** | **Liczba osób** | **Cena jednostkowa w zł** | **Cena razem** |
| a) Badanie podstawowe |  |  | (kwota nie może przekroczyć 70,00 zł za badanie jednej osoby) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| b) badania specjalistyczne |  |  | (kwota nie może przekroczyć 100,00 zł za badanie jednej osoby) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Edukacja pacjenta + materiały edukacyjne |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  | (łączny koszt zadania nie większy niż 34 000 zł ) |

**Słownie kwota brutto**:

**………………………………………………………………………………………….**

........................., dn. .......................

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

*(podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Oferenta)*

Załącznik Nr 7 do Ogłoszenia o konkursie ofert

„zakup świadczeń zdrowotnych

w zakresie okulistyki

dla mieszkańców Sopotu”

**WZÓR UMOWY**

**UMOWA Nr……………………..**

**ZAKUP ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE OKULISTYKI**

**DLA MIESZKAŃCÓW SOPOTU**

Zawarta w Sopocie w dniu ……………………r., pomiędzy:

Gminą Miasta Sopotu z siedzibą w Sopocie ul. Kościuszki 25/27 , NIP: PL 585 14 11 941 reprezentowaną przez:

1. **Magdalenę Czarzyńską - Jachim – Wiceprezydent Miasta Sopotu**

**2. Macieja Kisałę – Naczelnika Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych**

zwaną dalej „**Udzielającą zamówienie ”**

a

……………………………………………………

reprezentowanym przez :

1. …………………………….

zwanym dalej **„ Przyjmującym zamówienie”**

§ 1

1.Udzielający zamówienie, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku   
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2561) oraz w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert finansuje udzielanie przez Przyjmującego zamówienie świadczenia zdrowotne dla mieszkańców miasta Sopotu   
w zakresie okulistyki, zwanego dalej Zadaniem, w terminie od dnia………………..., do dnia 15 grudnia 2023 r.

2**.** Świadczenia, o których mowa w ust. 1 będą udzielane osobom łącznie spełniającym warunki jak niżej:

• mieszkańcy Gminy Miasta Sopot,

• ukończony 50 rok życia,

• niestwierdzone choroby narządu wzroku.

§ 2

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony tj. od dnia zawarcia umowy do dnia 15.12.2023 roku.
2. Opis sposobu realizacji Zadania wraz z harmonogramem działań stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do profesjonalnego prowadzenia Zadania przy wykorzystaniu nowoczesnych metod i środków.

§ 3

1. Świadczenia zdrowotne udzielane na podstawie niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie wykonywać będzie przez personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do dołożenia należytej staranności przy wyborze osób, które w jego imieniu będą udzielać świadczeń zdrowotnych, objętych przedmiotem umowy.
2. Imienny wykaz i kwalifikacje osób udzielających świadczenia zawiera załącznik   
   Nr 2 do niniejszej umowy.

§ 4

Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż aparatura i sprzęt medyczny niezbędne do realizacji Zadania odpowiadają standardom określonym we właściwych przepisach. Wykaz aparatury   
i sprzętu stanowi załącznik nr 3 do umowy.

§ 5

Przyjmujący zamówienie oświadcza, ze wszystkie pomieszczenia, w których będzie udzielał świadczeń zdrowotnych spełniają wymagania sanitarno – epidemiologiczne, zgodnie   
z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

§ 6

1.Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się na okres obowiązywania umowy, do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku   
z udzieleniem świadczeń oraz w ramach czynności kontrolnych udostępni Udzielającemu zamówienie stosowny dokument potwierdzający fakt zawarcia umowy ubezpieczenia   
w zakresie przedmiotu umowy, wraz z dowodem uiszczenia składki w sytuacji, gdy taki obowiązek go dotyczy.

2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, o którym w ust. 1 określa rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019 poz. 866).

§ 7

* 1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania:

1. badania okulistycznego na poziomie podstawowym (badanie ostrości wzroku, badanie komputerowe wady wzroku, badanie ciśnienia śród-gałkowego - tonometria, badanie w lampie szczelinowej, badanie dna oka),
2. badania okulistycznego na poziomie specjalistycznym (badanie komputerowe pola widzenia, badanie GDx VCC).
   1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się udzielić świadczeń dla nie więcej niż ……… świadczeniobiorców.
   2. Cena brutto za świadczenia w zakresie okulistyki wynosi:
3. **za badanie podstawowe 1 osoby:……………………………………………………………………**

**słownie..........................................................................................................złotych,**

1. **za badanie specjalistyczne 1 osoby: ………………………………………….złotych**

**słownie..........................................................................................................złotych.**

4. Łączna kwota na udzielanie świadczeń określonych w § 1 ust. 1 nie może przekroczyć kwoty**………………………………………** brutto (słownie: …………………………………………………..) zgodnie z przedstawionym planem finansowo – rzeczowym, stanowiącym załącznik Nr 4 do umowy.

5. Podstawą przekazania należności stanowić będzie przedłożona przez Przyjmującego zamówienie, w terminie do 10-go dnia każdego następnego miesiąca prawidłowo wystawiona i zaakceptowana przez Udzielającego zamówienie faktura wraz ze sprawozdaniem z realizacji umowy za miesiąc poprzedni na druku stanowiącym załącznik Nr 5.

6. Należność zostanie przekazana w ciągu 14 dni od daty otrzymania i zaakceptowania przez Udzielającego zamówienie faktury.

7. W przypadku niesłusznie pobranych należności, Przyjmujący zamówienie zwraca pobraną należność wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, naliczonymi od dnia powstania nieprawidłowości, w ciągu 7 dni roboczych, na rachunek bankowy Udzielającego zamówienie.

8. W przypadku nagłych nieprzewidzianych okoliczności wynikających z pilnej potrzeby udzielenia dodatkowych świadczeń, kwota w umowie może ulec zwiększeniu.

§ 8

Środki przekazane na realizację Zadań objętych umową przeznaczone będą wyłącznie na finansowanie Zadania oraz wszelkich czynności i działań, niezbędnych do ich wykonania.

§ 9

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do czytelnego oznakowania w historii choroby pacjenta, świadczeń finansowanych przez Gminę Miasta Sopotu, poprzez umieszczenie przy poradzie odpowiednich symboli:

- PP-G (porada podstawowa Gmina)

- PS-G (porada specjalistyczna Gmina)

§ 10

Zleceniobiorca zobowiązany jest do przekazania merytorycznego sprawozdania z realizacji zadania do Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Sopotu do dnia 15 stycznia 2023 roku.

§ 11

Przyjmujący zamówienie, realizując zlecone Zadanie, zobowiązuje się do informowania   
w wydawanych przez siebie, w ramach Zadania, publikacjach, swoich materiałach informacyjnych, poprzez media, jak również stosownie do charakteru zadania, poprzez widoczną w miejscu jego realizacji tablicę lub przez ustną informację kierowaną do odbiorców, o fakcie dofinansowania realizacji Zadania przez Udzielającego zamówienia.

§ 12

1. Udzielający zamówienie sprawuje kontrolę prawidłowości wykonywania Zadania przez Przyjmującego zamówienie, w tym wydatkowania przekazanych mu środków finansowych. Kontrola może być przeprowadzona w toku realizacji Zadania oraz po jego zakończeniu.

2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, Udzielający zamówienie ma prawo żądać, aby Przyjmujący zamówienie przedstawił, w wyznaczonym terminie, pisemną informację   
o przebiegu realizacji Zadania.

3. Upoważnieni pracownicy Udzielającego zamówienie mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonywania Zadania oraz żądać udzielenia ustnie lub na piśmie informacji dotyczących wykonania Zadania. Przyjmujący zamówienie na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.

4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do niezwłocznego wykonania wszelkich zaleceń pokontrolnych po przeprowadzonej kontroli, o której mowa w ust. 1. wydanych   
w formie pisemnej.

5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia na potrzeby kontroli imiennego wykazu pacjentów objętych Zadaniem.

6. Prawo kontroli przysługuje upoważnionym pracownikom Udzielającego zamówienie zarówno w siedzibie Przyjmującego zamówienie, jak i w miejscu realizacji Zadania.

§ 13

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, zgodnie z Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku   
   z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz.Urz.UE.L 2016 Nr 119, str. 1 oraz innymi przepisami w tym zakresie.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych zgodnie   
   z ustawą o ochronie danych osobowych, przy użyciu urządzeń systemów informatycznych zapewniających zastosowanie wysokiego bezpieczeństwa, zgodnie z rozporządzeniem ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych   
   i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych.
3. Przyjmujący zamówienie może przetwarzać pozyskane dane osobowe wyłącznie w celu realizacji niniejszej umowy i wyłącznie w zakresie niezbędnym dla jej prawidłowego wykonania.

4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że znana jest mu odpowiedzialność karna za naruszenie przepisów w zakresie przetwarzania danych osobowych.

5. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do zachowania tajemnicy danych osobowych przetwarzanych w celu realizacji niniejszej umowy, również po jej zakończeniu.

§ 14

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy.

2. W przypadku rozwiązania umowy na mocy porozumienia Stron, skutki finansowe oraz ewentualny zwrot środków finansowych Strony określą w sporządzonym protokole.

§ 15

1. Umowa może być rozwiązana przez Udzielającego zamówienie ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:

a) wykorzystywania udzielonych środków finansowych niezgodnie z przeznaczeniem,

b) nieprzestrzegania założeń Zadania, na który zawarta została umowa,

c) nieterminowego lub nienależytego wykonywania umowy, w tym w szczególności zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego Zadania, stwierdzonego na podstawie wyników kontroli oraz oceny realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych,

d) odmowy Udzielającego zamówienie poddania się kontroli, bądź nie usunięcia   
w terminie stwierdzonych nieprawidłowości.

2. W przypadku rozwiązania Umowy z przyczyn określonych w ust. 1, Udzielający zamówienie określi kwotę środków finansowych podlegającej zwrotowi wraz z odsetkami   
w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, naliczanymi od dnia przekazania środków finansowych z budżetu Udzielającego zamówienie, termin jej zwrotu oraz nazwę   
i numer konta, na które należy dokonać wpłaty.

§ 16

1. Wszelkie zmiany umowy i oświadczenia składane zgodnie z niniejszą umową wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. Strony wyznaczają osoby odpowiedzialne za realizację Umowy :

a) po stronie Udzielającego zamówienie – …………………………………………………..

b) po stronie Przyjmującego zamówienie - …………………………………………………..

§ 17

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia   
2011 r. o działalności leczniczej ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (publicznych oraz przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. –Kodeks Cywilny.

§ 18

1. Wszelkie sprawy sporne powstałe na podstawie realizacji Umowy, rozstrzygane będą przez sąd właściwy dla siedziby udzielającego zamówienie, z zastrzeżeniem ust.2
2. Spory między stronami powstające w związku z realizacja Umowy rozstrzygane będą polubownie z zachowaniem zasady działania w dobrej wierze i z poszanowaniem słusznych interesów stron.

§ 19

Umowa niniejsza została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Przyjmującego zamówienie, dwa dla Udzielającego zamówienie.

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO**

1. W związku z rozpoczęciem obowiązywania od dnia 25 maja 2018 r. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych   
w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. L 119 z 04.05.2016), Zamawiający informuje, iż:

1)  Administratorem Pani/ Pana/ danych osobowych, o której jest mowa w Umowie\*, jest Prezydent Miasta Sopotu z siedzibą w Sopocie przy ul. Kościuszki 25/27. Z administratorem danych można się skontaktować poprzez adres mailowy [iod@um.sopot.pl](mailto:iod@um.sopot.pl) telefonicznie pod numerem 58 5213-669 lub pisemnie na adres siedziby administratora.

2)  Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/ Pan skontaktować poprzez email [iod@um.sopot.pl](mailto:iod@um.sopot.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

3)  Pani/Pana/osoby, o których jest mowa w Umowie\* , dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit .b i c RODO w celu związanym z wykonaniem niniejszej Umowy.

Pani/Pana/osoby, o której jest mowa w Umowie\* dane mogą zostać przekazane osobom lub podmiotom, na ile jest to niezbędne do realizacji zadania przez (lub dla) w/w osób lub podmiotów, przykładowo: które są uprawnione do udostępnienia im dokumentacji z postępowania, dostawcom usługi  IT w zakresie obsługi systemów informatycznych i teleinformatycznych, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, kurierom, osobom występującym z zapytaniem o udzielenie informacji publicznej, instytucjom prowadzącym postępowania kontrolne.

4)  Pani/Pana/osoby, o której jest mowa w Umowie\*, dane osobowe będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku ich przechowywania wynikającego z przepisów prawa.

5)  Przysługuje Pani/Panu/osobie, o której jest mowa w Umowie\*, prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania i ograniczenia przetwarzania z zastrzeżeniem przypadków,   
o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO.

6)  Przysługuje Pani/Panu/osobie, o której jest mowa w Umowie\* , prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

7)  W odniesieniu do Pani/Pana/osoby, o której jest mowa w Umowie\* , danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO.

8)  Nie przysługuje Pani/Panu/osobie, o której jest mowa w Umowie\* :

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo usunięcia danych osobowych;

- prawo do przenoszenia danych osobowych, o których mowa w art. 20 RODO;

- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawa prawną przetwarzania Pani/Pana/osoby, o której jest mowa w Umowie , danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.

\*Niepotrzebne usunąć w zależności od strony umowy (osoba fizyczna czy prawna).

**Udzielający zamówienie Przyjmujący zamówienie**

………………………………………….

kontrasygnata Skarbnika Miasta

**Załącznik nr 1 do umowy nr ……………………… z dnia …………………..**

**Opis proponowanego sposobu realizacji świadczeń zdrowotnych wraz z proponowanym harmonogramem działań.**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Załącznik Nr 2 do Umowy nr …………………….. z dnia………….**

**Wykaz osób i podmiotów, które będą wykonywać zamówienie lub będą uczestniczyć   
w wykonywaniu zamówienia wraz z danymi na temat ich kwalifikacji niezbędnych do wykonania zamówienia, stażu pracy .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p | Imię, nazwisko | kwalifikacje | Staż pracy |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

**Załącznik Nr 3 do umowy Nr ……………………. z dnia ……………………….**

Wykaz aparatury/sprzętu

|  |  |
| --- | --- |
| l.p | Nazwa/rodzaj |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Załącznik Nr 4 do umowy Nr ……………………. z dnia ……………………….**

Plan finansowo – rzeczowy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc/rok** | **Ilość osób** | **Cena jednostkowa** | **cena razem w zł.** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**Słownie kwota brutto:**

**Załącznik Nr 5 do Umowy Nr ……………………………………….. z dnia …………….**

Sprawozdanie z wykonania umowy za miesiąc …………………………………………………………. 2020

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p | Imię i Nazwisko | Rok urodzenia | Rodzaj udzielonej porady | Data udzielenia porady |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |