

**Zarządzenie Nr 0050. *114* .2015**

**Burmistrza Miasta Marki**

**z dnia 2 września 2015 roku**

**w sprawie ogłoszenia o konkursie ofert wraz z zaproszeniem do składania ofert  
na realizację programu szczepień ochronnych przeciwko grypie  
populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia)  
oraz powołania Komisji konkursowej do wyboru ofert**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013 r. poz. 594), art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217), art. 48 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz uchwały Nr VI/9/2015 Rady Miasta Marki z dnia 28 stycznia 2015 roku w sprawie uchwały budżetowej Miasta Marki na 2015 rok, zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Ogłasza się konkurs ofert oraz zaprasza podmioty wykonujące działalność leczniczą do składania ofert na realizację w 2015 roku programu szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia) zwanego dalej „programem”, dla mieszkańców miasta Marki.

**§ 2. 1.** Ustala się treść ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do zarządzenia.

2. Ustala się regulamin organizowania konkursu ofert na realizację programu w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do zarządzenia.

3. Ustala się szczegółowe warunki konkursu ofert na realizację programu w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do zarządzenia.

4. Ustala się treść formularza ofertowego na realizację programu w brzmieniu określonym w załączniku nr 4 do zarządzenia.

5. Ustala się treść oświadczenia oferenta w brzmieniu określonym w załączniku nr 5 do zarządzenia.

6. Ustala się opis programu w brzmieniu określonym w załączniku nr 6 do zarządzenia.

**§ 3. 1.** Na realizację programu przeznacza się łącznie kwotę nie większą niż 25 000 zł (słownie złotych: dwadzieścia pięć tysięcy).

2. Wydatki na realizację programu znajdują pokrycie w budżecie Gminy Miasta Marki na 2015 rok, w planie wydatków w części realizowanej przez Wydział Promocji i Rozwoju Urzędu Miasta Marki: dział 851, rozdział 85149.

**§ 4. 1.** Powołuje się Komisję konkursową w składzie:

- 1) Małgorzata Czerwińska – Przewodnicząca
- 2) Agnieszka Torsz – Członek
- 3) Ewelina Rutkowska - Członek

2. Przewodnicząca Komisji konkursowej może zapraszać do udziału w jej pracach inne osoby, których obecność jest niezbędna dla realizacji zadań Komisji.

3. Członkowie Komisji konkursowej nie mogą być oferentami.

4. Członek Komisji konkursowej podlega wyłączeniu od udziału w Komisji, gdy oferentem lub Kierownikiem oferenta jest:

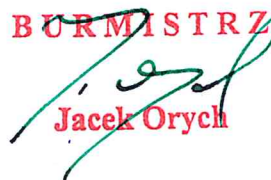
- 1) jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia;

- 2) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;
- 3) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej lub jakiegokolwiek zależności;
- 4) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej.
5. Członkowie Komisji konkursowej składają oświadczenie o braku przesłanek powodujących ich wyłączenie od udziału w Komisji konkursowej.
6. Do osób zaproszonych do udziału w pracach Komisji konkursowej, o których mowa w ust. 2, przepisy ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

§ 5. Wykonanie zarządzenia powierza się Naczelnikowi Wydziału Promocji i Rozwoju Urzędu Miasta Marki oraz Komisji konkursowej.

§ 6. Zarządzenie wymaga ogłoszenia w Biuletynie Informacji Publicznej, na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miasta Marki oraz na stronie internetowej Urzędu Miasta Marki.

§ 7. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**BURMISTRZ**  
  
**Jacek Orych**



### Ogłoszenie o konkursie ofert

1. Przedmiotem konkursu jest realizacja w 2015 roku programu szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia) dla mieszkańców miasta Marki. W oparciu o dotychczasowe doświadczenia z realizacji programu, przewidywana liczba uczestników wyniesie ok. 400.
2. Oferty mogą być składane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, które na podstawie umów podpisanych na rok 2015 z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia mają prawo udzielać świadczeń zdrowotnych z rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej oraz posiadające jednostki lub komórki organizacyjne udzielające tych świadczeń na terenie miasta Marki.
3. Oferenci mogą składać oferty dotyczące określonej liczby osób uprawnionych, o których mowa w pkt. 1.
4. Komisja konkursowa w celu realizacji zadania, określonego w pkt. 1 oraz ustalenia liczby i ceny jednostkowej świadczeń udzielanych w programie, może przeprowadzić negocjacje z wybranymi oferentami.
5. Podmioty wyłonione w drodze konkursu mogą realizować program od dnia podpisania umowy przez obie strony.
6. Umowy mogą być zawarte na okres od dnia podpisania umowy do dnia **1 grudnia 2015 r.**
7. Zainteresowani mogą zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz pobrać obowiązujący formularz ofertowy w Wydziale Promocji i Rozwoju Urzędu Miasta Marki przy Al. Marsz. J. Piłsudskiego 95, od poniedziałku do piątku w godz. 8<sup>00</sup> - 16<sup>00</sup>, w środy od 10<sup>00</sup> - 16<sup>00</sup> w pokoju nr 21, tel.: 22 781-10-03 wew. 900, 910 oraz na stronie internetowej Urzędu Miasta Marki pod adresem [www.marki.pl](http://www.marki.pl).
8. Oferty należy składać w siedzibie Urzędu Miasta Marki Al. Marsz. J. Piłsudskiego 95, 05-270 Marki, w terminie do dnia **2 października 2015 r. do godz. 16.00**. Oferty złożone po wyznaczonym terminie nie podlegają procedurze konkursowej oraz będą zwrócone do nadawcy.
9. Oferty składa się w zamkniętej i nieprzejrzywej kopercie w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Koperta powinna być opisana z oznaczeniem nazwy i adresu oferenta oraz zawierać informację: „Oferta na realizację w 2015 roku programu szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia)”.
10. Publiczne otwarcie ofert nastąpi w dniu **5 października 2015 r.**, o godz. 10.00 w siedzibie Urzędu Miasta Marki przy Al. Marsz. J. Piłsudskiego 95, pok. nr 21.
11. Rozstrzygnięcia konkursu dokona Komisja konkursowa w siedzibie Urzędu Miasta Marki przy Al. Marsz. J. Piłsudskiego 95 w planowanym terminie do dnia **14 października 2015 r.** Wyniki konkursu zostaną wywieszone na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miasta Marki przy Al. Marsz. J. Piłsudskiego 95 oraz na stronie internetowej Urzędu Miasta Marki pod adresem [www.marki.pl](http://www.marki.pl).
12. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
13. Zawarcie umowy z wybranymi oferentami nastąpi w przewidywanym terminie **do 21 dni** od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
14. Zastrzega się prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert bez podawania przyczyn.
15. Oferentom przysługuje prawo złożenia umotywowanej skargi lub protestu dotyczącego postępowania konkursowego w trybie określonym w § 11 i § 12 „Regulaminu

organizowania konkursu ofert” stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenia nr 0050.  
.2015 Burmistrza Miasta Marki z dnia 2.09.2015 r.

**BURMISTRZ**  
  
**Jacek Orych**



## **Regulamin organizowania konkursu ofert**

### **§ 1**

Regulamin organizowania konkursu ofert, zwany dalej „Regulaminem konkursu”, określa zasady postępowania Komisji konkursowej w trakcie przeprowadzania konkursu ofert na realizację w 2015 roku programu szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia) zwanego dalej „programem” dla mieszkańców miasta Marki. W oparciu o dotychczasowe doświadczenia z realizacji programu, przewidywana liczba uczestników wyniesie ok. 400.

### **§ 2**

1. Oferty mogą być składane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, które na podstawie umów podpisanych na rok 2015 z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia mają prawo udzielać świadczeń zdrowotnych z rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej oraz posiadające jednostki lub komórki organizacyjne udzielające tych świadczeń na terenie miasta Marki.
2. Oferenci mogą składać oferty dotyczące określonej liczby osób uprawnionych, o których mowa w § 1.
3. Warunkiem przystąpienia oferenta do konkursu jest złożenie prawidłowej oferty - zgodnej z wymaganiami i terminem określonym w ogłoszeniu.

### **§ 3**

1. Zawarcie umowy następuje na podstawie wyniku konkursu ofert organizowanego przez miasto Marki (udzielającego zamówienia) na zasadach i w trybie określonym w niniejszym Regulaminie konkursu.
2. Celem konkursu ofert jest wybór najkorzystniejszych ofert, odpowiadających warunkom konkursu.
3. Konkurs przeprowadza Komisja konkursowa zgodnie z Regulaminem konkursu oceniając złożone oferty.

### **§ 4**

Ogłoszenie o konkursie ofert podaje się do publicznej wiadomości, co najmniej na 30 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert, na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miasta Marki, Biuletynie Informacji Publicznej oraz na stronie internetowej Urzędu Miasta Marki pod adresem [www.marki.pl](http://www.marki.pl).

### **§ 5**

1. Oferenci zobowiązani są złożyć następujące dokumenty:
  - 1) ofertę na formularzu zgodnym z załącznikiem nr 4 do zarządzenia nr 0050. .2015 Burmistrza Miasta Marki z dnia 2.09.2015 r., opatrzoną pieczęcią i podpisem osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą składającego ofertę;
  - 2) oświadczenie oferenta na formularzu zgodnym z załącznikiem nr 5 do zarządzenia nr 0050. .2015 Burmistrza Miasta Marki z dnia 2.09.2015 r., opatrzoną pieczęcią i podpisem osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą składającego ofertę;
  - 3) aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu leczniczego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, ubiegającego się o realizację programu (oferenta);

- 4) kopię regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą (oferenta);
  - 5) kopię zaświadczenia o nadaniu NIP oferenta;
  - 6) kopię zaświadczenia o nr REGON oferenta;
  - 7) kopię polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Wszystkie kopie dokumentów oraz wydruki powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą (oferenta) i sygnowane jego podpisem oraz pieczęcią.

## § 6

Oferty składa się w zamkniętej i nieprzejrzywej kopercie w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Koperta powinna być opisana z oznaczeniem nazwy i adresu oferenta oraz nazwy programu.

## § 7

1. Konkurs ofert składa się z dwóch etapów.
2. W etapie pierwszym Komisja konkursowa dokonuje kolejno następujących czynności:
  - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
  - 2) odrzuca oferty zgłoszone po wyznaczonym terminie;
  - 3) otwiera koperty z ofertami;
  - 4) ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu;
  - 5) stwierdza kompletność wymaganych dokumentów ofertowych;
  - 6) odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom określonym w konkursie;
  - 7) ogłasza oferentom (pisemnie, telefonicznie, faksem lub pocztą elektroniczną), które z ofert spełniają warunki określone w konkursie, a które nie będą rozpatrywane;
  - 8) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia oferentów obecnych przy otwarciu ofert.
3. W etapie drugim Komisja konkursowa dokonuje oceny merytorycznej ofert oraz wybiera najkorzystniejsze oferty według kryteriów:
  - 1) kalkulacja kosztów;
  - 2) warunki kadrowe do realizacji programu;
  - 3) udokumentowane kwalifikacje osób mających realizować program;
  - 4) dotychczasowa działalność w dziedzinie objętej programem;- albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
4. Z przebiegu konkursu Komisja konkursowa sporządza protokół, który powinien zawierać:
  - 1) oznaczenie miejsca i czasu konkursu;
  - 2) imiona i nazwiska członków Komisji konkursowej oraz osób ewentualnie zaproszonych do udziału w pracach Komisji konkursowej;
  - 3) liczbę zgłoszonych ofert;
  - 4) wskazanie ofert odpowiadających warunkom określonym w formularzu ofertowym i Regulaminie konkursu;
  - 5) wskazanie ofert nie odpowiadających warunkom określonym w pkt. 4 lub zgłoszonych po terminie - wraz z uzasadnieniem;
  - 6) wyjaśnienia i oświadczenia oferentów;
  - 7) wskazanie najkorzystniejszych dla udzielającego zamówienia ofert albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta - wraz z uzasadnieniem;
  - 8) ewentualne odrębne stanowisko członka Komisji konkursowej;
  - 9) wzmiankę o odczytaniu protokołu;
  - 10) podpisy członków Komisji konkursowej oraz osób ewentualnie zaproszonych do udziału w pracach Komisji konkursowej.



## § 8

1. Komisja konkursowa, w wyznaczonym terminie, może wezwać oferenta jednym ze sposobów komunikacji: telefonicznie, pisemnie, faksem lub pocztą elektroniczną, pod rygorem nie rozpatrywania oferty, do uzupełnienia dokumentów, o których mowa w § 5 pkt 2 – 7.
2. Oferty mające braki formalne, nieuzupełnione w terminie wyznaczonym przez Komisję konkursową nie będą rozpatrywane.
3. Przyjęcie oferty przez Komisję konkursową do drugiego etapu konkursu nie jest tożsame z wyborem oferenta na realizatora programu.
4. Komisja konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału oferentów, z wyjątkiem czynności, o których mowa w § 7 ust. 2 pkt 1 i 6.

## § 9

1. Komisja konkursowa może z wybranymi oferentami przeprowadzić negocjacje.
2. Komisja konkursowa powiadamia oferentów jednym ze sposobów komunikacji: telefonicznie, pisemnie, faksem lub pocztą elektroniczną o terminie i miejscu negocjacji.
3. Z przeprowadzonych negocjacji Komisja konkursowa sporządza protokół.
4. Protokół z negocjacji zawiera oznaczenie daty i miejsca oraz informację o ustaleniach poczynionych przez strony.
5. Protokół z negocjacji podpisuje przewodniczący Komisji konkursowej i co najmniej dwóch jej członków oraz oferent.
6. Każdy członek Komisji konkursowej może wnieść do protokołu zdanie odrębne w sprawie wyboru oferenta na realizatora programu.
7. Komisja konkursowa może dokonać wyboru oferty w całości, bez przeprowadzenia negocjacji.

## § 10

1. Komisja konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów (pisemnie, faksem lub pocztą elektroniczną) o zakończeniu konkursu i jego wyniku.
2. Wyniki zostaną podane do wiadomości publicznej przez wywieszenie na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miasta Marki przy Al. Marsz. J. Piłsudskiego 95 oraz na stronie internetowej Urzędu Miasta Marki pod adresem [www.marki.pl](http://www.marki.pl).

## § 11

1. W toku postępowania konkursowego przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć Komisji konkursowej umotywowaną skargę, którą Komisja rozpatruje w terminie trzech dni od daty jej złożenia.
2. Do czasu rozpatrzenia skargi postępowanie konkursowe zostaje zawieszone.
3. O wniesieniu i rozstrzygnięciu skargi Komisja konkursowa w formie pisemnej niezwłocznie informuje pozostałych oferentów.

## § 12

1. Oferent może złożyć do Burmistrza Miasta Marki umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w § 10.
2. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy.
3. W przypadku wniesienia protestu, Urząd Miasta Marki nie podpisze umów, aż do jego rozstrzygnięcia.
4. Urząd Miasta Marki rozpoznaje i rozstrzyga protest najpóźniej w ciągu 7 dni od daty jego złożenia.
5. O wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu niezwłocznie informuje się (pisemnie, faksem lub pocztą elektroniczną) pozostałych oferentów.
6. W przypadku uwzględnienia protestu Urząd Miasta Marki powtarza konkurs ofert.

§ 13

Gmina Miasto Marki zawrze umowy z wybranymi przez Komisję konkursową oferentami, w przewidywanym terminie do 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

BURMISTRZ  
BUR

Jacek Orych  
Jacek Orych



**Szczegółowe warunki konkursu ofert na realizację w 2015 roku programu szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia) dla mieszkańców miasta Marki**

**1. Podmioty mogące składać oferty:**

Podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217.), udzielające w 2015 r. świadczeń zdrowotnych z rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie umów podpisanych z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, posiadające jednostki lub komórki organizacyjne udzielające tych świadczeń na terenie miasta Marki.

**2. Zadanie:**

Przedmiotem konkursu ofert jest realizacja w 2015 roku programu szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia) dla mieszkańców miasta Marki. W oparciu o dotychczasowe doświadczenia z realizacji programu, przewidywana liczba uczestników wyniesie ok. 400. Podmioty realizujące program zobowiązane są zapewnić wszystkie wyroby medyczne niezbędne do wykonania szczepień.

**3. Wysokość środków przeznaczonych na realizację zadania:**

Nie więcej niż 25 000 zł (słownie złotych: dwadzieścia pięć tysięcy).

**4. Termin składania ofert:**

Do dnia 2 października 2015 r., do godz. 16.00.

**5. Miejsce składania ofert:**

Urząd Miasta Marki, Al. Marsz. J. Piłsudskiego 95, Kancelaria Ogólna Urzędu Miasta Marki - pokój nr 6.

**6. Termin realizacji zadania:**

Od dnia zawarcia umowy do dnia 1 grudnia 2015 r.

**7. Oferenci zobowiązani są złożyć następujące dokumenty:**

- 1) ofertę na formularzu zgodnym z załącznikiem nr 4 do zarządzenia nr 0050. .2015 Burmistrza Miasta Marki z dnia 2.09.2015 r., opatrzoną pieczęcią i podpisem osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą składającego ofertę,
- 2) oświadczenie oferenta na formularzu zgodnym z załącznikiem nr 5 do zarządzenia nr 0050. .2015 Burmistrza Miasta Marki z dnia 2.09.2015 r., opatrzoną pieczęcią i podpisem osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą składającego ofertę;
- 3) aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, ubiegającego się o realizację programu (oferenta),
- 4) kopię regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą (oferenta),
- 5) kopię zaświadczenia o nadaniu NIP oferenta,
- 6) kopię zaświadczenia o nr REGON oferenta,
- 7) kopię polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie kopie dokumentów i wydruki powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą (oferenta) i sygnowane jego podpisem oraz pieczęcią.

#### **8. Przygotowanie oraz składanie ofert:**

1. Wszystkie koszty związane ze sporządzeniem i złożeniem oferty ponosi oferent.
2. Oferty należy składać w zaklejonych i nieprzejrzystych kopertach w Urząd Miasta Marki, Al. Marsz. J. Piłsudskiego 95, Kancelaria Ogólna Urzędu Miasta Marki- pokój nr 6 w terminie **do dnia 2 października 2015 r. do godz. 16.00**. Koperta z ofertą powinna być oznakowana następująco: "Nazwa i adres podmiotu składającego ofertę", opis oferty: „Oferta na realizację w 2015 roku programu szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia)”.
3. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane i zostaną zwrócone oferentom bez otwierania koperty, o ile była ona zamknięta i zaklejona.

#### **9. Wybór oferenta:**

- 1) W pierwszej części konkursu oferty będą oceniane pod względem formalnym (kompletność dokumentów). Komisja konkursowa, w wyznaczonym terminie, może wezwać oferenta pod rygorem nie rozpatrywania oferty do uzupełnienia dokumentów, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 2 – 7 Regulaminu organizowania konkursu ofert.
- 2) Oferty sporządzone wadliwie bądź niekompletne w zakresie przedstawionych informacji nie będą rozpatrywane ze względów formalnych.
- 3) W drugiej części konkursu oferty zostaną ocenione przez Komisję konkursową pod względem merytorycznym w oparciu o formularz ofertowy, zgodny z załącznikiem nr 4 do zarządzenia nr 0050. .2015 Burmistrza Miasta Marki z dnia 25.08.2015 r.
- 4) Kryteria stosowane w ocenie oferty przez Komisję konkursową:
  - a) kalkulacja kosztów,
  - b) warunki kadrowe do realizacji programu,
  - c) udokumentowane kwalifikacje osób mających realizować program,
  - d) dotychczasowa działalność w dziedzinie objętej programem.
- 5) Planowany wybór oferty/ofert nastąpi do dnia **14.10.2015 r.** Wyniki zostaną podane do wiadomości publicznej przez wywieszenie na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Miasta Marki przy Al. Marsz. J. Piłsudskiego 95 oraz na stronie internetowej Urzędu miasta Marki pod adresem [www.marki.pl](http://www.marki.pl).
- 6) Skargi i protesty mogą być zgłaszane do Komisji konkursowej w siedzibie Urzędu Miasta Marki przy Al. Marsz. J. Piłsudskiego 95, Kancelaria Ogólna Urzędu Miasta Marki – pokój nr 6.
- 7) Umowy z wybranymi oferentami zostaną zawarte w przewidywanym terminie do 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
- 8) Realizacja programu może nastąpić od dnia podpisania umowy przez obie strony.

**BURMISTRZ**  
  
**Jacek Orych**



Urząd Miasta Marki  
Al. Marsz. J. Piłsudskiego 95  
05-270 Marki  
tel. 22 781 10 03 fax: 22 490 67 44

Załącznik Nr 4 do Zarządzenia  
Burmistrza Miasta Marki  
Nr 0050. 114 .2015  
z dnia 2.09.2015 r.

### FORMULARZ OFERTOWY

*dotyczący realizacji w 2015 roku programu szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji  
z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia) dla mieszkańców Miasta Marki*

|                                                                                       |                 |             |                                    |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|------------------------------------|---------|
| <b>I. DANE OFERENTA</b>                                                               |                 |             |                                    |         |
| Nazwa oferenta<br>zgodnie z<br>dokumentem<br>rejestrowym:                             |                 |             |                                    |         |
| Forma organizacyjna:                                                                  |                 |             |                                    |         |
| Dyrektor/Kierownik:                                                                   | imię:           | nazwisko:   |                                    |         |
| Adres siedziby:                                                                       | kod:            | miescowość: | ulica i numer domu:                |         |
|                                                                                       | numer telefonu: |             | numer faksu:                       | e-mail: |
| Adres do<br>korespondencji (nie<br>wpisywać jeśli taki<br>sam jak adres<br>siedziby): | kod:            | miescowość: | ulica i numer domu:                |         |
|                                                                                       | Numer telefonu: |             | numer faksu:                       | e-mail: |
| NIP:                                                                                  | REGON:          |             |                                    |         |
| Numer wpisu do rejestru<br>podmiotów wykonujących<br>działalność leczniczą            | Nr:             |             | Data rejestracji (dd-mm-<br>rrrr): |         |
| Główny księgowy lub osoba<br>upoważniona do prowadzenia<br>rozliczenia finansowego:   |                 |             |                                    |         |
| Nazwa banku:                                                                          |                 |             |                                    |         |
| Numer konta:                                                                          |                 |             |                                    |         |



**II. KALKULACJA KOSZTÓW/PLAN RZECZOWO-FINANSOWY:**

|                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1.                                                                           |  |
| 2.                                                                           |  |
| 3.                                                                           |  |
| 4.                                                                           |  |
| 5.                                                                           |  |
| 6.                                                                           |  |
| 7.                                                                           |  |
| 8.                                                                           |  |
| 9. Liczba możliwych do wykonania szczepień osób uprawnionych                 |  |
| 10. Koszt szczepienia jednej osoby (nie obejmuje kosztu badania lekarskiego) |  |
| Proponowany łączny koszt szczepień (iloczyn 9 i 10)                          |  |

**III. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ**

| Lp.               | Imię | Nazwisko | Kwalifikacje zawodowe        |
|-------------------|------|----------|------------------------------|
|                   |      |          |                              |
|                   |      |          |                              |
|                   |      |          |                              |
|                   |      |          |                              |
|                   |      |          |                              |
|                   |      |          |                              |
|                   |      |          |                              |
|                   |      |          |                              |
|                   |      |          |                              |
| <b>Czas pracy</b> |      |          |                              |
| dzień tyg.        | od   | do       | miejsce udzielania świadczeń |
|                   | :    | :        |                              |
|                   | :    | :        |                              |
|                   | :    | :        |                              |
|                   | :    | :        |                              |
|                   | :    | :        |                              |
|                   | :    | :        |                              |
|                   | :    | :        |                              |

**IV. DZIAŁALNOŚĆ DOTYCHCZASOWA**

|                                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Liczba osób $\geq 65$ r. ż. wpisanych na listę POZ                                                      |  |
| Liczba szczepień p. grypie wykonanych w 2014 r. dla osób $\geq 65$ r. ż. w ramach programu miasta Marki |  |

.....  
Miejscowość, data.....  
Podpis i pieczęć  
osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu  
wykonującego działalność leczniczą (oferenta)

### Oświadczenie oferenta

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz regulaminem organizowania konkursu ofert, które stanowią załączniki Nr 1 i 2 do Zarządzenia nr 0050.2015 Burmistrza Miasta Marki z dnia 2.09.2015 r.

2. Oświadczam, że.....  
(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą - oferenta)

realizuje w 2015 roku świadczenia zdrowotne w rodzaju POZ na podstawie umowy nr

....., z dnia .....

podpisanej z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Oświadczam, że program szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka będzie realizowany w pomieszczeniach

.....,  
(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą - oferenta)

które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. Nr 0, poz. 739).

.....  
*Pieczęć nagłówkowa  
podmiotu wykonującego  
działalność leczniczą*

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Podpis i pieczęć  
osoby uprawnionej do reprezentowania  
podmiotu wykonującego działalność  
leczniczą (oferenta)*





## **Program zdrowotny w zakresie szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia) dla mieszkańców miasta Marki.**

### I. Opis programu zdrowotnego w zakresie szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia) zwanego dalej „programem”.

#### **1. Opis problemu**

Grypa jest chorobą zakaźną stanowiącą duże zagrożenie dla zdrowia. Według Światowej Organizacji Zdrowia na świecie rocznie na grypę zapada 5 - 10% ogólnej populacji. Grypa jest jedną z ważniejszych przyczyn zachorowań oraz umieralności ludzi, powodując jednocześnie duże straty ekonomiczne.

Zarażenie wirusem grypy następuje drogą kropelkową. Zachorowanie na grypę może powodować pojawienie się innych chorób jako powikłań. Może również doprowadzić do pogorszenia przebiegu chorób występujących przed zachorowaniem. Grypa może doprowadzić do groźnych powikłań ze strony układu oddechowego, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego oraz innych narządów (ucha środkowego, nerek).

Wskazania medyczne do szczepienia dotyczą głównie osób od 65 roku życia. Infekcje grypowe są szczególnie groźne dla osób w podeszłym wieku. W tej grupie pacjentów są one najczęstszą przyczyną zaostrzeń chorób układu oddechowego, mogą także prowadzić do powikłań ze strony pozostałych układów, w tym układu sercowo-naczyniowego. Liczne badania farmakoekonomiczne wskazują, iż szczepienie przeciwko grypie jest postępowaniem o wysokim współczynniku efektywności, szczególnie w populacji osób starszych. Stosowanie szczepień ochronnych zmniejsza liczbę zachorowań, redukuje liczbę hospitalizacji i śmiertelność z powodu grypy i jej powikłań. Szczepienia ochronne dodatkowo zmniejszają zużycie antybiotyków, co biorąc pod uwagę rosnącą oporność bakterii, jest korzystnym zjawiskiem.

Celem szczepień przeciwko grypie jest nie tylko uniknięcie zachorowania, ale przede wszystkim uniknięcie poważnych powikłań pogrypowych takich jak: zapalenie płuc, zapalenie ucha środkowego, zapalenie mięśnia sercowego. Grypa może także wywołać zaburzenia neurologiczne oraz powikłania ze strony układu nerwowego, np. zapalenie mózgu. Skuteczność szczepionki przeciwko grypie ocenia się na 70 - 90%. Odporność po szczepieniu wykształca się po około dwóch tygodniach i trwa od 6 do 12 miesięcy. Wykazano również, iż szczepienie przeciwko grypie jest bezpieczną i skuteczną metodą profilaktyki powikłań pogrypowych w grupach wysokiego ryzyka.

#### **2. Główne czynniki ryzyka:**

- 1) niski status społeczny i ekonomiczny,
- 2) infekcje w czasie sezonu grypowego,
- 3) wiek (zachorowania w grupie ryzyka zwiększają możliwość wystąpienia ciężkiego przebiegu i powikłań),
- 4) osoby narażone na powikłania pogrypowe,
- 5) nieprzestrzeganie zasad higieny.

#### **3. Prawdopodobne czynniki ryzyka:**

- 1) niedożywienie lub niewłaściwa dieta m.in. (pozbawiona witaminy C),
- 2) przebywanie w dużych skupiskach.

## II. Cele ogólne i szczegółowe programu

### 1. Cele główne:

- 1) zmniejszenie zachorowalności na grypę i infekcje grypopodobne,
- 2) zmniejszenie wskaźnika powikłań z powodu zachorowania na grypę.

### 2. Cel pośredni:

Podniesienie poziomu wiedzy na temat szczepień przeciwko grypie i ich celowości.

## III. Sposób realizacji działań na poszczególnych etapach programu

### 1. Tryb zapraszania uczestników do programu

Program jest skierowany do mieszkańców miasta Marki, którzy zgłoszą chęć zaszczepienia się u wybranego realizatora programu, z którym miasto Marki zawarło stosowną umowę.

### 2. Populacja objęta programem

Program skierowany jest do mieszkańców Marek urodzonych **do dnia 31 grudnia 1950 r.**

### 3. Zasady uczestnictwa w programie

Do uczestnictwa w programie uprawnieni są mieszkańcy Marek, zameldowani na pobyt czasowy lub stały na terenie Gminy Miasta Marki, urodzeni **do dnia 31 grudnia 1950 r.**

### 4. Zakres merytoryczny programu

Program obejmuje zaszczepienie szczepionką przeciwko grypie osoby, posiadającej zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do szczepienia. Badanie lekarskie, nie jest finansowane z budżetu Gminy Miasta Marki.

### 5. Zasady sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielonych w programie

Szczegółowy opis sposobu i terminów rozliczania szczepień Gmina Miasto Marki określi w umowach na realizację programu.

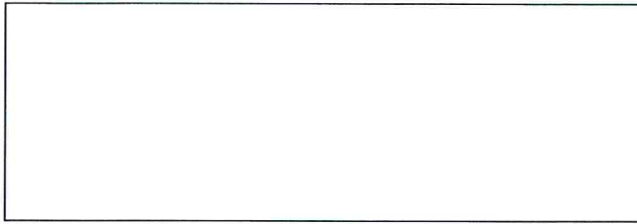
## IV. Wskaźniki do monitorowania oczekiwanych efektów

1. Liczba osób od 65 roku życia.
2. Liczba wykonanych szczepień w ramach programu.

## V. Czas trwania programu

Program realizowany od dnia podpisania umów z realizatorami programu do dnia **1 grudnia 2015 r.**





(pieczęć nagłówkowa podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

**Sprawozdanie merytoryczne**

**z realizacji w 2015 roku programu zdrowotnego w zakresie szczepień ochronnych przeciwko grypie  
osób z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia) dla mieszkańców miasta Marki**

| Liczba wykonanych szczepień | Koszt jednostkowy szczepienia | Całkowity koszt wykonanych<br>szczepień |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|
|                             |                               |                                         |

| Lp. | Imię i nazwisko osoby zaszczepionej | Rok urodzenia osoby<br>zaszczepionej |
|-----|-------------------------------------|--------------------------------------|
|     |                                     |                                      |

Informacje o sposobie przeprowadzenia akcji informacyjno – reklamowej dotyczącej realizacji  
Programu

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis i pieczęć  
Dyrektora/Kierownika  
podmiotu wykonującego działalność  
leczniczą

Osoba odpowiedzialna za sporządzenie sprawozdania: .....

nr tel.: .....

e-mail: .....



## Umowa Nr 032.....2015

zawarta w dniu ..... 2015 roku pomiędzy:

**Gminą Miasto Marki** z siedzibą w Markach 05-270, przy Al. Marsz. J. Piłsudskiego 95, NIP 125-16-22-308, REGON 000526009, reprezentowaną przez:

**Jacka Orycha –Burmistrza Miasta Marki**

zwaną dalej „Zleceniodawcą”

a

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

zwanych dalej „Zleceniobiorcą”.

Umowa zostaje zawarta na podstawie art. 48 ust. 4 i 9 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.) po przeprowadzeniu konkursu ofert.

### § 1

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca przyjmuje do realizacji program zdrowotny z zakresu szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia) dla mieszkańców miasta Marki.

2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do rozpowszechnienia informacji o programie na terenie zakładu opieki zdrowotnej wraz z umieszczoną w widocznym miejscu informacją o treści: **„Program zdrowotny w zakresie szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia) dla mieszkańców miasta Marki jest finansowany ze środków budżetowych Miasta Marki”.**

3. W ramach realizacji programu, o którym mowa w ust 1, Zleceniobiorca zobowiązuje się do:

- 1) doboru i powiadomienia pacjentów spośród grupy podwyższonego ryzyka;
- 2) zaszczepienia osób z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia), w liczbie określonej w ust. 4, z zastrzeżeniem, że szczepienie obejmuje badanie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, usługę szczepienia wraz ze szczepionką.
- 3) przedłożenia w wersji pisemnej oraz elektronicznej, sprawozdania merytorycznego (wzór sprawozdania stanowi załącznik nr 2 do umowy) z wykonania programu. Wersja



elektroniczna sprawozdania powinna być dostarczona wraz z fakturą VAT na nośniku danych. Sprawozdanie zarówno w formie pisemnej jak i elektronicznej musi być wypełnione wg wzoru wymaganego przez Zleceniodawcę, pod rygorem odrzucenia sprawozdania.

4. W ramach realizacji programu Zleceniobiorca zaszczerpi nie więcej niż ..... **osób** z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia) **posiadających stałe miejsce zameldowania na terenie Gminy Marki.**

5. Program zdrowotny realizowany będzie przez pracowników doświadczonych, o wysokich kwalifikacjach zawodowych i wiedzy merytorycznej niezbędnej do realizacji przedmiotu umowy.

6. Strony ustalają, że usługi wykonywane będą w czasie i miejscu określonym w formularzu ofertowym przez Zleceniobiorcę.

## § 2

Realizacja programu, o którym mowa w § 1, rozpoczyna się z dniem zawarcia umowy, a zakończona będzie do dnia **31 grudnia 2015 r.**

## § 4

1. Za realizację programu Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie w wysokości ..... **zł brutto** (słownie złotych: .....zł) w tym podatek VAT, za wykonanie świadczenia dla jednej osoby z zastrzeżeniem, że całkowity koszt realizacji przez Zleceniobiorcę programu nie może przekroczyć kwoty ..... **zł brutto** (słownie złotych: .....zł), w tym podatek VAT.

2. Wydatki na realizację programu znajdują pokrycie w budżecie Miasta Marki na 2015 rok, w planie wydatków w części realizowanej przez Wydział Promocji i Rozwoju Urzędu Miasta Marki: **dział 851, rozdział 85149, § 4300.**

3. Fakturę VAT za realizację programu należy wystawić na: **Gmina Miasto Marki, Urząd Miasta Marki, al. Marszałka Józefa Piłsudskiego 95, 05-270 Marki, NIP 125-16-22-308.**

4. Warunkiem przekazania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 jest złożenie prawidłowej wystawionej faktury VAT wraz ze sprawozdaniem merytorycznym z realizacji zadania w terminie i na zasadach określonych w umowie.

5. Zapłata należności nastąpi przelewem na konto Zleceniobiorcy w terminie 21 dni od daty prawidłowo złożonej faktury VAT wraz z prawidłowo wypełnionym sprawozdaniem merytorycznym w Kancelarii Ogólnej Urzędu Miasta Marki, po spełnieniu warunków określonych w umowie.

6. Zleceniodawca przekaże należność Zleceniobiorcy na rachunek bankowy podany na fakturze VAT.

§ 5

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej oraz do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej oraz innej dokumentacji odzwierciedlającej realizację zadania w sposób umożliwiający jej kontrolę.
2. Zleceniodawca zastrzega sobie możliwość kontroli realizacji zadania w każdym czasie przez osoby przez niego upoważnione. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w wyniku przeprowadzonej kontroli Zleceniodawca określi sposób i termin ich usunięcia.

## § 6

Umowa może zostać rozwiązana przez Zleceniodawcę z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy Zleceniobiorca nie usunie nieprawidłowości stwierdzonych w wyniku kontroli w wyznaczonym terminie.

## § 7

Umowa może zostać rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy:

- 1) Zleceniobiorca nie podda się kontroli przez Zleceniodawcę w zakresie objętym umową,
- 2) Zleceniobiorca udzieli odpłatnie świadczeń zdrowotnych objętych umową,

## 88

1. W przypadku rozwiązania umowy na skutek okoliczności wskazanych w § 7,  
Zleceniobiorca zapłaci Zleceniodawcy karę umowną w wysokości 20 % od kwoty  
                zł brutto (słownie:                                         zł), określonej w § 4 ust. 1 umowy.
2. Kara umowna jest płatna w terminie 14 dni od daty rozwiązania umowy przez  
Zleceniodawcę, bez odrębnego wezwania.

## § 9

1. W przypadku naruszenia postanowień umowy w zakresie określonym w § 2,  
Zleceniobiorca zapłaci Zleceniodawcy karę umowną w wysokości 20 % kwoty  
zł brutto (słownie:                                      zł), określonej w § 4 ust. 1 umowy.
4. Kara umowna jest płatna w terminie 14 dni od daty wezwania do zapłaty.

## § 10

Prawa i obowiązki stron nie mogą być przenoszone na osoby trzecie

§ 11

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności wyłącznie w formie aneksu podpisanego przez obie strony.



§ 12

Ewentualne spory mogące wyniknąć w związku z realizacją niniejszej umowy rozstrzygać będzie sąd właściwy dla siedziby Zleceniodawcy.

§ 13

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach; po jednym dla każdej ze Stron.

**Zleceniodawca:**

**Zleceniobiorca:**

---

**ZALĄCZNIKI:**

- 1) oferta nr
- 2) wzór sprawozdania merytorycznego