

## OGŁOSZENIE

z dnia 13.05.2016

**Prezydenta Miasta Głogowa**

Działając na podstawie art. 48 ust.1 oraz art.48b ust.1-3 ustawy z dnia 08 kwietnia 2015 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( t. j. Dz. U. 2015, poz. 581.) oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( Dz. U. 2011 nr 112 poz.654 z póź.zm)

### **ogłasza konkurs ofert**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych, obejmujących działania profilaktyczne i edukacyjne pn."Wykrywanie wad wzroku u dzieci i młodzieży w szkołach podstawowych i gimnazjalnych w roku 2016 zamieszkałych na terenie miasta Głogowa"

**Wysokość środków przeznaczonych na realizację zadania - 10 000 zł**

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

Gmina Miejska Głogów ,Rynek 10, 67-200 Głogów.

#### **2. Przedmiot konkursu:**

Przedmiotem konkursu jest przeprowadzenie profilaktycznych badań okulistycznych, celem wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci i młodzieży ,a w szczególności:

I etap – badania przesiewowe

1.Do badań zostaną zakwalifikowani uczniowie szkół podstawowych oraz gimnazjalnych z terenu Gminy Miejskiej Głogów, u których pielęgniarzki wykryją nieprawidłowości

II etap – badania lekarskie

- 1) Badanie ostrości wzroku.
- 2) Dobór szkieł korekcyjnych.
- 3) Badanie w kierunku astygmatyzmu.
- 4) Wystawianie recept, które będą refundowane przez NFZ.

#### **3. Adresaci konkursu:**

Uprawnieni do profilaktycznych badań okulistycznych są uczniowie szkół podstawowych i gimnazjalnych, zamieszkałych na terenie miasta Głogowa ( szacunkowa liczba dzieci – 5 979 osób).

Termin na który może być zawarta umowa – od maja do 10 grudnia 2016r.

#### 4. Wymagania stawiane podmiotowi składającemu ofertę:

1. Badania przesiewowe - I etap pielęgniarka dyplomowana
2. Badania wykonywane w II etapie muszą być przeprowadzone przez lekarza specjalistę okulistyki, który ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Podmiot składający ofertę winien posiadać co najmniej 3 letnie doświadczenie w zakresie realizowania programów profilaktycznych dla młodzieży.
4. Personel realizujący program musi posiadać odpowiednie kwalifikacje, wiedzę, warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny.
5. Załącznikiem do umowy będzie szczegółowy harmonogram realizacji zadania.

#### 5. Spełnienie wymagań formalnych:

- 1) Złożenie oferty w terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie.
- 2) Zaświadczenie o nadaniu numeru identyfikacyjnego REGON.
- 3) Zaświadczenie o nadaniu numeru identyfikacyjnego NIP.
- 4) Oświadczenie o spełnianiu wymagań merytorycznych i kwalifikacji osób bezpośrednio zaangażowanych w realizację programu.

#### 6. Miejsce i termin składania ofert:

Oferty w zamkniętych kopertach z napisem : „**Konkurs ofert, na udzielanie świadczeń zdrowotnych, obejmujących działania profilaktyczne i edukacyjne pn "Wykrywanie wad wzroku u dzieci i młodzieży w szkołach podstawowych i gimnazjalnych w roku 2016"** należy składać w budynku Urzędu Miejskiego w Głogowie w Wydziale Edukacji i Spraw Społecznych w Dziale Pomocy Społecznej w pokoju 234 w terminie 15 dni od dnia opublikowania ogłoszenia do godz. 14.00.

Informacje o wyłonionym podmiocie zostaną opublikowane na stronie internetowej [www.glogow.pl](http://www.glogow.pl) oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miejskiego w Głogowie Rynek 10.

Sporządziła : Bożena Paszkowska

Prezydent Miasta Głogowa

PREZYDENT MIASTA

*Rafał Rokaszewicz*

**FORMULARZ OFERTY**  
**na świadczenia realizowane w zakresie programów profilaktyki zdrowotnej.**

**Program profilaktyczny pod nazwą: Wykrywanie wad wzroku u dzieci i młodzieży w szkołach podstawowych i gimnazjalnych w 2016 zamieszkałych na terenie miasta Głogowa**

**I. DANE OFERENTA**

|                                               |  |
|-----------------------------------------------|--|
| Oferent                                       |  |
| Forma organizacyjna                           |  |
| Osoba upoważniona do reprezentowania Oferenta |  |
| Adres do korespondencji                       |  |
| Nr telefonu , Fax                             |  |
| NIP                                           |  |
| REGON                                         |  |
| Nazwa Banku, numer konta                      |  |
| Inne Informacje                               |  |

## II.KWALIFIKACJE REALIZATORÓW PROGRAMU

| Lp. | Imię i nazwisko | Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych, specjalizacja | Inne dokumenty predysponujące do realizacji programu |
|-----|-----------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1   | 2               | 3                                                         | 4                                                    |
|     |                 |                                                           |                                                      |
|     |                 |                                                           |                                                      |
|     |                 |                                                           |                                                      |
|     |                 |                                                           |                                                      |
|     |                 |                                                           |                                                      |
|     |                 |                                                           |                                                      |

## III. SPRZĘT MEDYCZNY BĘDĄCY W DYSPOZYCJI OFERENTA / niezbędny do realizacji przedmiotu konkursu /

| L.p. | Nazwa sprzętu | Ilość | Uwagi |
|------|---------------|-------|-------|
| 1    | 2             | 3     | 4     |
|      |               |       |       |
|      |               |       |       |
|      |               |       |       |
|      |               |       |       |

W/w sprzęt posiada odpowiednie i aktualne atesty.

## IV. DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIA Z ZAKRESU OBJĘTEGO PRZEDMIOTEM POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

.....

.....

.....

.....

.....

## V. ZASADY REALIZACJI PRZEDMIOTU KONKURSU:

.....

.....

.....

.....

**VI. OFERTA CENOWA**

**Koszt realizacji zadania w przeliczeniu na jednego ucznia**  
.....

(słownie: .....  
.....

**VII. POSIADANIE KONTRAKTU Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA W ZAKRESIE SPECJALISTYKI**

Proszę wpisać: Tak lub Nie .....

**VIII. ZAŁĄCZONE OŚWIADCZENIA I DOKUMENTY :**

.....

.....

.....

.....

.....

Pod rygorem odpowiedzialności karnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są prawdziwe.

Podpis/y i pieczęć/ki osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta