

**ZARZADZENIE NR 53/2016**  
**BURMISTRZA KARCZEWA**  
**z dnia 29 kwietnia 2016 r.**

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wyłonienie realizatora w 2016 roku programu polityki zdrowotnej pn. „Program zapewnienia dostępu do świadczeń z zakresu fizykoterapii wśród mieszkańców Gminy Karczew”**

Na podstawie art. 30 ust. 1 oraz ust. 2 pkt 2 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r., poz. 446) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2015 poz. 581 z późn. zm.<sup>1</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Ogłasza się konkurs ofert na wyłonienie realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program zapewnienia dostępu do świadczeń z zakresu fizykoterapii wśród mieszkańców Gminy Karczew” w 2016 roku.

2. Ogłoszenie o konkursie stanowi Załącznik do niniejszego Zarządzenia.

3. Termin składania ofert wyznacza się na dzień 17 maja 2016 r.

4. Wzór Formularza ofertowego oraz Oświadczenia oferenta stanowią odpowiednio Załącznik Nr 2 i Załącznik Nr 3 do niniejszego Zarządzenia.

5. Informacja o ogłoszeniu konkursu zostanie zamieszczona na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Karczewie.

§ 2. Wykonanie Zarządzenia powierza się Sekretarzowi Gminy Karczew.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Burmistrz Karczewa  
inż. Władysław Dariusz Łokietek

<sup>1</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w: Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916, 1991, 1994 oraz z 2016 r. poz. 65.

**Ogłoszenie konkursu ofert na wyłonienie realizatora programu polityki zdrowotnej  
pn. „Program zapewnienia dostępu do świadczeń z zakresu fizykoterapii wśród  
mieszkańców Gminy Karczew” w 2016 roku**

§ 1. Przedmiotem konkursu jest zlecenie realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program zapewnienia dostępu do świadczeń z zakresu fizykoterapii wśród mieszkańców Gminy Karczew” w 2016 roku zwanego dalej Programem poprzez udzielanie bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie prowadzenia rehabilitacji leczniczej obejmującej:

- 1) galwanizację;
- 2) jonoforezę;
- 3) elektrostymulację;
- 4) prądy diadynamiczne;
- 5) prądy interferencyjne;
- 6) prądy Treberta;
- 7) ultradźwięki miejscowe;
- 8) ultrafonoforezę;
- 9) impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości;
- 10) laseroterapię punktową;
- 11) ćwiczenia w odciążeniu;
- 12) ćwiczenia indywidualne;
- 13) ćwiczenia wspomagane
- 14) krioterapię;
- 15) naświetlanie promieniami uv, ir – Sollux;
- 16) tens

§ 2. 1. Do konkursu mogą przystąpić podmioty realizujące działalność leczniczą, o której mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.).

2. Warunki, jakie powinien spełniać podmiot ubiegający się o realizację Programu:

- 1) doświadczenie w wykonywaniu zabiegów rehabilitacji leczniczej;
- 2) dysponowanie wykwalifikowaną kadrą do wykonywania zabiegów wymienionych w § 1 powyżej;
- 3) dysponowanie lokalem umożliwiającym przeprowadzenie wszystkich zabiegów, o których mowa w § 1 powyżej przez cały okres jego trwania potwierdzone tytułem prawnym do lokalu;
- 4) dysponowanie specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną niezbędnymi do wykonania zabiegów, o których mowa w § 1 powyżej.

§ 3. Termin realizacji Programu ustala się od dnia podpisania umowy **do dnia 31 grudnia 2016 r.**

§ 4. Wartość środków publicznych przewidzianych na realizację Programu wynosi 84000 zł.

§ 5. 1. Warunkiem realizacji Programu jest:

- 1) realizowanie zabiegów wyłącznie na terenie Gminy Karczew;
- 2) wykonywanie zabiegów przez co najmniej pięć dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie;
- 3) wykonywanie zabiegów pod nadzorem przynajmniej magistra fizjoterapii;
- 4) prowadzenie rekrutacji pacjentów w sposób ciągły obejmując jak największą liczbę uczestników;

5) zakwalifikowanie do udziału w Programie wyłącznie pacjentów posiadających odpowiednie skierowanie i zamieszkałych na terenie Gminy Karczew;

2. O liczbie i długości cykli terapeutycznych dla każdego pacjenta decyduje lekarz podmiotu realizującego Program.

**§ 6.** Do zadań oferenta należy:

- 1) prowadzenie rekrutacji pacjentów w oparciu o skierowania od lekarza;
- 2) prowadzenie zabiegów, o których mowa w § 1;
- 3) prowadzenie indywidualnych kartotek pacjentów;
- 4) oszczędne i celowe wydatkowanie przyznanych środków;
- 5) prawidłowe i terminowe sporządzanie comiesięcznych sprawozdań finansowych;
- 6) przeprowadzenie akcji informacyjnej o możliwościach udziału w programie i oferowanych świadczeniach.

**§ 7. 1.** Do Formularza oferty stanowiącej Załącznik Nr 1 do Ogłoszenia, oferent winien dołączyć następujące dokumenty:

- 1) oświadczenie oferenta, stanowiące Załącznik Nr 2 do Ogłoszenia;
- 2) wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.) z oznaczeniem organu dokonującego wpis;
- 3) dokument potwierdzający ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej ważny na czas trwania Programu;
- 4) dokument, o tytule prawnym do lokalu, którym mowa w § 2, ust. 2, pkt 3 powyżej;
- 5) oświadczenie oferenta o spełnieniu wymagań określonych 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. poz. 739)

2. Kopie dokumentów winny być poświadczone za zgodność z oryginałem.

**§ 8. 1.** Oferty należy składać w zamkniętej kopercie z podanym adresem zwrotnym i dopiskiem: „Dotyczy konkursu ofert na wyłonienie realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program zapewnienia dostępu do świadczeń z zakresu fizykoterapii wśród mieszkańców Gminy Karczew” w 2016 roku” w terminie do **17 maja 2016 r. do godz. 15.00.**

2. Oferty można składać w Biurze Obsługi Mieszkańców Urzędu Miejskiego w Karczewie lub pocztą na adres Urzędu Miejskiego w Karczewie, 05-480 Karczew, ul. Warszawska 28.

3. O zachowaniu terminu decyduje data i godzina wpływu oferty do Urzędu. Wszystkie oferty złożone po terminie zostaną odrzucone.

4. Informacje na temat konkursu można uzyskać w Urzędzie Miejskim w Karczewie pok. 20, tel. 22 780 65-16 wewn. 108 w godzinach pracy urzędu.

**§ 9. 1.** Oferty na realizację Programu, rozpatrzy pod względem merytorycznym i formalnym Komisja konkursowa w składzie:

- 1) Krzysztof Szczegielniak – Przewodniczący Komisji;
- 2) Małgorzata Pajek – Członek Komisji;
- 3) Ilona Chojecka – Członek Komisji.

2. Oferty, które nie spełniają wymogów formalnych zostaną odrzucone i nie będą podlegały ocenie Komisji.

3. Przy rozpatrywaniu ofert Komisja będzie brała pod uwagę następujące kryteria oceny:

- 1) ocena kosztów kalkulacji Programu (0 – 5 pkt);
- 2) doświadczenie w wykonywaniu zabiegów rehabilitacji leczniczej (0 – 5 pkt);
- 3) kwalifikacje osób realizujących Program (0 – 5 pkt);
- 4) warunki lokalowe oraz wyposażenie w sprzęt medyczny (0 – 5 pkt).

4. Otwarcie ofert nastąpi 18 maja 2016 r. o godz. 10.00 w Urzędzie Miejskim w Karczewie, ul. Warszawska 28.

5. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w ciągu 3 dni od dnia otwarcia ofert. Wyniki zostaną podane do publicznej wiadomości poprzez wywieszenie na tablicy informacyjnej oraz podane na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Karczewie.

6. Dokumentacja ofertowa nie jest zwracana oferentom.

7. Od decyzji Komisji nie przysługuje odwołanie.

**§ 10.** 1. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do:

- 1) odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny;
- 2) zmiany warunków konkursu;
- 3) nie dokonania wyboru oferty.

**§ 11.** Szczegółowe warunki realizacji zadania zostaną określone w umowie.

Burmistrz Karczewa  
inż. Władysław Dariusz Łokietek

**Formularz ofertowy**  
**na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Program zapewnienia dostępu do świadczeń z zakresu fizykoterapii wśród mieszkańców Gminy Karczew” w 2016 roku**

1. Pełna nazwa oferenta:

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

2. Dokładny adres siedziby:

Miejscowość..... ul..... nr .....

Tel. fax..... e-mail .....

3. Dokładny adres miejsca realizacji zadania:

Miejscowość..... ul..... nr .....

Tel. fax..... e-mail .....

4. Numer wpisu do rejestru, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (:Dz.U. z 2015r. poz. 618 z późn.zm.) i oznaczenie organu dokonującego wpis:

.....  
.....

5. NIP: .....

6. Regon: .....

7. Osoba/osoby upoważnione do podpisywania umów w ramach realizacji zadania (imię, nazwisko, numer telefonu)

.....  
.....

8. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (imię, nazwisko, numer telefonu):

9. Koszt jednostkowy poszczególnych zabiegów:

| Lp.    | Nazwa zabiegu                          | Koszt jednostkowy | Liczba zabiegów | Łączny koszt |
|--------|----------------------------------------|-------------------|-----------------|--------------|
| 1.     | Galwanizacja                           |                   |                 |              |
| 2.     | Jonoforeza                             |                   |                 |              |
| 3.     | Elektrostymulacja                      |                   |                 |              |
| 4.     | Prądy diadynamiczne                    |                   |                 |              |
| 5.     | Prądy interferencyjne                  |                   |                 |              |
| 6.     | Prądy Treberta                         |                   |                 |              |
| 7.     | Ultradźwięki miejscowe                 |                   |                 |              |
| 8.     | Ultrafonoforeza                        |                   |                 |              |
| 9.     | Impulsowe pole magn. niskiej częstotl. |                   |                 |              |
| 10.    | Laseroterapia punktowa                 |                   |                 |              |
| 11.    | Ćwiczenia w odciążeniu                 |                   |                 |              |
| 12.    | Ćwiczenia indywidualne                 |                   |                 |              |
| 13.    | Ćwiczenia wspomagane                   |                   |                 |              |
| 14.    | Krioterapia                            |                   |                 |              |
| 15.    | Naświetlanie promieniami uv,ir- Sollux |                   |                 |              |
| 16.    | Tens                                   |                   |                 |              |
| RAZEM: |                                        | ---               |                 |              |

10. Dane oferenta dotyczące warunków lokalowych oraz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny.

| Lp. | Nazwa zabiegu                               | Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny niezbędny do realizacji zadania | Sprzęt własny czy dzierżawiony |
|-----|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 1.  | galwanizacja                                |                                                                           |                                |
| 2.  | jonoforeza                                  |                                                                           |                                |
| 3.  | elektrostymulacja                           |                                                                           |                                |
| 4.  | pr. diadynamiczne                           |                                                                           |                                |
| 5.  | pr. interferencyjne                         |                                                                           |                                |
| 6.  | prądy Treberta                              |                                                                           |                                |
| 7.  | ultradźwięki miejsc                         |                                                                           |                                |
| 8.  | ultrafonoforeza                             |                                                                           |                                |
| 9.  | impulsowe pole magn. niskiej częstotliwości |                                                                           |                                |
| 10. | laseroterapia                               |                                                                           |                                |
| 11. | punktowa                                    |                                                                           |                                |
| 12. | ćwicz w odciążeniu                          |                                                                           |                                |
| 13. | ćwicz.indywidualne                          |                                                                           |                                |
| 14. | ćwicz.wspomagane                            |                                                                           |                                |
| 15. | krioterapia                                 |                                                                           |                                |
| 16. | naświetlanie prom. uv, ir – Sollux;         |                                                                           |                                |
| 16. | tens                                        |                                                                           |                                |

|                  |                                                                                  |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Warunki lokalowe | Podać miejsce i powierzchnię pomieszczeń, w których realizowane będą świadczenia |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

11. Dane dotyczące liczby i kwalifikacji zawodowych personelu odpowiedzialnego za realizację określonych świadczeń zdrowotnych oraz dane o kierownictwie.

| Lp. | Nazwisko i imię | Kwalifikacje zawodowe | Rola w realizacji zamówienia |
|-----|-----------------|-----------------------|------------------------------|
| 1.  |                 |                       |                              |
| 2.  |                 |                       |                              |
| 3.  |                 |                       |                              |
| 4.  |                 |                       |                              |
| ... |                 |                       |                              |

12. Dotychczasowe doświadczenie w realizacji świadczeń zdrowotnych podobnego rodzaju:

.....

.....

.....

13. Określenie dni i godzin, w których świadczenia zdrowotne będą realizowane:

.....

.....

.....

14. Dodatkowe informacje:

.....

.....

.....

.....

(miejscowość, data )

.....

(pieczęć, podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

.....  
(pieczęć oferenta)

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na wyłonienie realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program zapewnienia dostępu do świadczeń z zakresu fizykoterapii wśród mieszkańców Gminy Karczew” w 2016 roku.
2. Podane we wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
3. Podmiot leczniczy nie zalega z opłacaniem podatków oraz opłat i składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.
4. Jako podmiot będziemy ponosić wyłączną odpowiedzialność za całkowitą realizację programu, zarówno wobec Zleceniodawcy jak i wobec osób trzecich, szczególnie w przypadku gdy podczas realizacji zadań będziemy zmuszeni posługiwać się podwykonawcami.
5. Czynności wykonywane w ramach programu zdrowotnego nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.
6. Akceptuję warunki zawarte w projekcie umowy.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, odpis oferenta lub osoby  
upoważnionej)