* Białostockie Centrum Onkologii*

 *im. Marii Skłodowskiej-Curie*

*ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok*

*tel.: 85 664 68 00 fax: 85 743 59 13*

*NIP: 966-13-30-466*

*e-mail: bco@onkologia.bialystok.pl*

Szczegółowe warunki Konkursu Ofert nr 41/KO/2020

**na realizację świadczeń zdrowotnych (edukacji zdrowotnej/promocji zdrowia)
przez podmioty, wykonujące działalność leczniczą z województwa podlaskiego,**w postaci udzielania profilaktycznych porad edukacyjnych uczestniczkom projektu
pn. *„Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.”* (nr WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18)



 *Dyrektor BCO*

 *…………………………*

 *Zatwierdzam*

 Na podstawie Ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2020r. poz. 295 ze zm.),Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Białymstoku, **ogłasza konkurs ofert** na realizację świadczeń zdrowotnych (edukacji zdrowotnej/promocji zdrowia)przez podmioty, wykonujące działalność leczniczą, w postaci udzielania profilaktycznych porad edukacyjnych uczestniczkom projektu pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.” (nr WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18), współfinansowanego z Unii Europejskiej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Osi Priorytetowej II Przedsiębiorczość i aktywność zawodowa, Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się, którego Liderem jest Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie w Białymstoku.

**Zamawiający** - Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku

**Oferent**– podmiot przystępujący z ofertą do konkursu

**Wykonawca** – podmiot, z którym zostanie podpisana umowa o współpracy

* **Wymagania podstawowe:**

*W naborze uczestniczyć może każdy* ***podmiot wykonujący działalność leczniczą****, udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju* ***Podstawowa Opieka Zdrowotna*** *na podstawie ważnej umowy z* ***Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, Poradnie Położniczo-Ginekologiczne*** *(specjalność w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: RPWDL) o numerze 1450),* ***Poradnie Ginekologiczne*** *(specjalność w RPWDL o numerze 1452)****, Gabinety Profilaktyki Chorób Piersi*** *(specjalność w RPWDL o numerze 1458)* ***oraz podmioty lecznicze wykonujące działania z zakresu oświaty i promocji zdrowia****, które* ***posiadają miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych*** *(tryb leczenia w RPWDL o numerze HC.6.7)* ***na terenie województwa podlaskiego***, ***na obszarach o bardzo niskim poziomie zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne, tj.:***

* ***na obszarach tzw. „białych plam” – tj. powiat sejneński, siemiatycki, wysokomazowiecki, suwalski, bielski i m. Suwałki i/lub***
* ***w miejscowościach poniżej 20 000 mieszkańców i/lub***
* ***na obszarach wiejskich.***

***Musi być spełniony warunek lokalizacji na co najmniej jednym z w/w obszarów.***

**I. DOKUMENTY KONKURSOWE**

Szczegółowy opis przedmiotu konkursu – załącznik nr 1

Formularze oferty – załącznik nr 2 i 3

Oświadczenia oferenta – załącznik nr 4, 5, 6

Lista osób zgłoszonych do realizacji świadczeń – załącznik nr 7

Wykaz miejsc udzielania świadczeń – załącznik nr 8

Regulamin projektu – załącznik nr 9

Projekt umowy – załącznik nr 10

# II. OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

1. Zawarcie umowy na czas określony od momentu podpisania umowy do
31.12.2022 r. lub do momentu zrealizowania założonych w projekcie wskaźników.
2. Z uwagi na sytuację epidemiologiczną termin może zostać wydłużony na skutek zmiany umowy pomiędzy Zamawiającym a Instytucją Pośredniczącą.
3. Zamawiający podpisze umowę z wybranym Oferentem w terminie nie później niż do 30 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu.
4. Zaoferowana cena /PLN/ brutto za świadczenia będzie obowiązywać przez czas trwania umowy.

**III. PRZEDMIOT KONKURSU**

1. Przedmiotem konkursu jest **realizacja świadczeń zdrowotnych (edukacji zdrowotnej/promocji zdrowia), w postaci udzielania profilaktycznych porad edukacyjnych dotyczących profilaktyki raka szyjki macicy** uczestniczkom projektu pn. *„Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim”.*
2. Współpraca między Zamawiającym a Wykonawcą polegała będzie na realizacji wśród pacjentek, kwalifikujących się jako uczestniczki projektu, porad edukacyjnych podstawowych indywidualnych oraz pogłębionych indywidualnych, dotyczących raka szyjki macicy - występowania, czynników ryzyka, objawów, profilaktyki i skutków choroby nowotworowej szyjki macicy. Prowadzenie porad edukacyjnych możliwe jest wyłącznie przez osoby z wykształceniem lekarskim, pielęgniarskim lub położniczym lub przez absolwentów kierunku zdrowie publiczne, które uprzednio uczestniczyły w szkoleniu kadry medycznej, realizowanym przez Zamawiającego w ramach projektu. Zamawiający zakłada wyłonienie edukatorów spośród Wykonawców. Oferent zobowiązany jest do zgłoszenia min. 1 osoby z każdej podlegającej mu jednostki, którą zgłasza do udzielania świadczeń w ramach Projektu. W przypadku, gdy zasoby kadrowe, którymi dysponuje Oferent pozwalają mu na zgłoszenie większej liczby niż 2 osoby, o ich zakwalifikowaniu do roli edukatora zadecyduje Zamawiający po zamknięciu postępowania i przeanalizowaniu stopnia realizacji założeń. Zamawiający zapewnia przeszkolenie wytypowanej przez Wykonawcę kadry medycznej, celem przygotowania do pełnienia roli edukatora, udział w szkoleniu jest obligatoryjny. Wykonawca zobligowany będzie do utworzenia w każdej zgłoszonej placówce punktu informacyjno-edukacyjnego dotyczącego profilaktyki raka szyjki macicy, w którym prowadzone będą działania rekrutacyjne i informacyjno-edukacyjne, skierowane do uczestniczek Projektu. Rozliczeniu podlegać będą przeprowadzone porady edukacyjne, w wyniku których edukator poprawnie zakwalifikuje pacjentkę (grupa docelowa) do projektu oraz zwiększy poziom wiedzy uczestniczek w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy.

**IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZYGOTOWANIA OFERT**

1. Oferent powinien zapoznać się dokładnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, formularzami oferty, regulaminem projektu oraz projektem umowy.
2. Ofertę w tym formularze ofertowe oraz wszystkie wymagane załączniki należy sporządzić pod rygorem nieważności w języku polskim.
3. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje osoba /osoby/ uprawniona do reprezentacji lub posiadająca pełnomocnictwo, które należy dołączyć do oferty.
4. Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny. Strony oferty oraz miejsca, w których Oferent naniósł poprawki, podpisuje osoba/y uprawniona, która podpisała ofertę. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego zapisu poprawnego. Oferta nie powinna zawierać żadnych dopisków między wierszami, fragmentów wymazanych ani napisanych poza niezbędnymi do poprawy.
5. Oferent może wprowadzać zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Zamawiającego o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
6. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę zgodnie z postanowieniami pkt. V.1 - zasady składania ofert z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty” oraz podpis Oferenta na kopercie przy słowie „zmiana” lub słowie „wycofanie”.
7. Informacji związanych z konkursem udziela :

– w zakresie przedmiotu konkursu – *Patrycja Borkowska tel. /85/ 678 41 32 (**pborkowska@onkologia.bialystok.pl**)*

–w zakresie procedury konkursu – *Katarzyna Kozłowska tel. /85/ 664 67 23 (katarzyna.kozlowska@onkologia.bialystok.pl)*

**V. ZASADY SKŁADANIA OFERT**

1. Dokumenty konkursowe składane przez Oferentów do Zamawiającego powinny być opatrzone napisem: ***„Oferta do konkursu*** ***na realizację świadczeń zdrowotnych (edukacji zdrowotnej/promocji zdrowia)*  *w ramach Projektu „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.”,*** nazwą Oferenta wraz z adresem korespondencyjnym, złożone w zamkniętej kopercie – pod rygorem nieważności.
2. Ofertę należy złożyć, (w zamkniętej kopercie z napisem j.w pkt 1), bezpośrednio w Dziale Kadr i Płac BCO (ul. Ogrodowa 12 „budynek administracji ” III piętro) **do dnia 16.11.2020 r. do godz. 10:00** lub wysłać pocztą na adres: **BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII ul. Ogrodowa 12, 15-027 BIAŁYSTOK** /oferta musi wpłynąć do siedziby BCO (do Działu Kadr i Płac) do dnia 16.11.2020 r. do godz. 10:00/
3. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
4. Oferty nadane jako przesyłka pocztowa, które będą dostarczone po wyznaczonym terminie
(i wyznaczonej godzinie) zostaną zwrócone Oferentowi bez otwierania.
5. O każdej zmianie lub modyfikacji Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert Zamawiający informuje na stronie internetowej BCO.
6. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, Zamawiający może przedłużyć termin składania ofert.
7. W ofercie należy podać wycenę należności PLN (cyfrą i słownie) brutto za wykonanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z formularzem ofertowym załącznik nr 3 do niniejszej specyfikacji.

**VI. ZAWARTOŚĆ OFERT**

1. Dla uznania ważności oferta musi zawierać wymagane przez Zamawiającego, wymienione poniżej dokumenty. Dokumenty powinny zostać złożone w formie oryginału lub kserokopii (poświadczonej za zgodność z oryginałem przez Oferenta lub osobę uprawnioną).
2. wypełnione formularze ofertowe (na załączonym druku - załączniki nr 2 i 3);
3. odpis właściwego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (może zostać złożony w formie aktualnego wydruku elektronicznego poświadczonego podpisem oferenta),
4. odpis dokumentu rejestrowego, wskazującego osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu oraz pełnomocnictwo (jeśli dotyczy),
5. polisa OC lub pisemne zobowiązanie się Oferenta (w załączniku nr 4) do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej ze wskazaniem minimalnej sumy gwarancyjnej w odniesieniu do jednego wypadku oraz wszystkich wypadków, których skutki objęte będą umową ubezpieczenia na kwoty objęte Rozporządzeniem Min. Fin. w spr. obowiązku ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na usługi zdrowotne (zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami),
6. oświadczenie – załącznik nr 5 - o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu, regulaminem projektu załączonym do niniejszej dokumentacji (załącznik nr 9) oraz projektem umowy załączonym do niniejszej dokumentacji (załącznik nr 10)
i zaakceptowaniu powyższych warunków i projektu umowy oraz zobowiązanie
(w przypadku wyboru oferty) do podpisania umowy,
7. lista osób wskazanych do pełnienia roli edukatora, Oferent musi przedłożyć listę osób, spośród zatrudnionej lub współpracującej kadry medycznej, mających pełnić funkcję edukatorów w projekcie (osoby z wykształceniem medycznym: lekarze, pielęgniarki, położne lub absolwenci kierunku zdrowie publiczne), którzy będą uczestniczyć w szkoleniu kadry medycznej realizowanym przez Zamawiającego, a następnie przeprowadzać porady edukacyjne uczestniczkom projektu, zgodnie z załącznikiem nr 7. Oferent zobowiązany jest do zgłoszenia min. 1 osoby z każdej podlegającej mu jednostki, którą zgłasza do udzielania świadczeń w ramach Projektu.
8. wykaz miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach projektu – załącznik nr 8. Dotyczy Oferentów posiadających więcej niż jedno miejsce udzielania świadczeń,
9. **w przypadku złożenia drugiej bądź kolejnej oferty przez Oferenta w konkursie organizowanym przez BCO na udzielanie świadczeń zdrowotnych, Zamawiający dopuszcza złożenie:**
* **Oświadczenia w formie załącznika nr 6 (w zamian za pkt. 1 b, c)**
* **Załącznik nr 2,3,4,5,7,8,**
1. Kopię polisy na warunkach określonych w zobowiązaniu Oferent przedkłada najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy (nie później niż do 14 dni od dnia zawarcia umowy).
2. Wszystkie zaświadczenia i dokumenty powinny być aktualne i zgodne ze stanem faktycznym.
3. Oferta konkursowa wraz z zawartymi dokumentami pozostaje w siedzibie Zamawiającego.

**VII. OTWARCIE OFERT**

Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **17.11.2020 r. o godz. 10:15** w siedzibie BCO (pok. nr 4), ul. Ogrodowa 12, „budynek administracji ” III piętro).

**VIII. WYBÓR OFERTY PRZEZ KOMISJĘ KONKURSOWĄ**

1. Komisja Konkursowa prowadzi postępowanie na zasadach określonych Zarządzeniem wew.
nr 33/2020 Dyrektora BCO w jego aktualnej wersji.
2. Komisja konkursowa:
* stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
* otwiera koperty z ofertami i ustala, które z ofert spełniają warunki określone w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
1. Firma (nazwa) i adres oferenta, którego oferta jest otwierana, ogłaszane są osobom obecnym przy otwarciu ofert oraz niezwłocznie odnotowywane w protokole postępowania konkursowego.
2. W toku dokonywania formalnej oceny złożonych ofert komisja konkursowa może żądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.
3. Komisja konkursowa odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom określonym w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert” lub zgłoszone po wyznaczonym terminie.
4. W przypadku gdy oferta zawiera braki formalne komisja konkursowa może zobowiązać oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. W tym trybie nie może być usunięty brak „oferty cenowej” i warunki wykonywania świadczeń zdrowotnych.
5. Oświadczenia lub dokumenty składane jako uzupełnienie braków formalnych powinny być złożone w zamkniętej kopercie oznaczonej jak oferta oraz dodatkowo zawierać oznaczenie „Uzupełnienie braków oferty”.
6. Komisja konkursowa:
7. wybiera najkorzystniejszą ofertę,
8. dokonuje wyboru większej liczby ofert,
9. oddala wszystkie oferty, jeżeli nie zapewniają właściwej możliwości wykonywania świadczeń zdrowotnych.
10. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty komisja konkursowa kieruje się w kryterium ceny - w*aga kryterium 100%.* Ocena dokonywana jest odrębnie dla każdego świadczenia zdrowotnego. Jeżeli oferent poda wyższą cenę niż zaplanowana dla danego świadczenia przez Zamawiającego o:

- 0,01-10% - otrzyma 90%

- 10,01-20% - otrzyma 80%

- o ponad 20% - otrzyma 70%

za dane świadczenie. Łączna ocena oferty stanowi średnią arytmetyczną otrzymanych ocen. Oferta najkorzystniejsza cenowo (najtańsza) otrzyma łącznie 100 %.

1. Zamawiający /Komisja Konkursowa/ zastrzega możliwość negocjacji warunków umowy i ceny zaproponowanej przez Oferenta za usługi (przeprowadzenie negocjacji z oferentami nie oznacza ostatecznego wyboru oferty) lub odrzucenia oferty, w przypadku gdy cena oferty przekroczy przewidywane środki finansowe przeznaczone przez Zamawiającego na wymienione usługi medyczne.
2. Komisja konkursowa może wybrać kilka ofert w celu wykonania całości zakresu świadczeń zdrowotnych.
3. W razie oddalenia przez komisję konkursową wszystkich ofert lub nie wybrania żadnej z ofert, Zamawiający może ogłosić nowy konkurs ofert.

**IX. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

1. Oferent związany jest ofertą do dnia unieważnienia konkursu ofert, odrzucenia bądź oddalenia oferty lub podpisania z Zamawiającym umowy na wykonywanie świadczeń objętych ofertą
w zależności, która z wymienionych okoliczności nastąpi wcześniej.
2. Okres związania ofertą wynosi 60 dni.

**X. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU OFERT**

Rozstrzygnięcie postępowania – nazwa /firma/ i adres Oferenta, który został wybrany, zostanie dokonane w siedzibie Zamawiającego, informacja zostanie podana na tablicy ogłoszeń BCO i na stronie internetowej BCO:, w terminie do 30 dni od upływu terminu składania ofert.

**XI. POUCZENIE O ŚRODKACH ODWOŁAWCZYCH**

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku przeprowadzanego postępowania przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w przepisach *ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r.*
2. Środki odwoławcze nie przysługują na :
3. wybór trybu postępowania,
4. niedokonanie wyboru Oferenta,
5. unieważnienie postępowania konkursowego.
6. W toku konkursu ofert, do czasu rozstrzygnięcia konkursu ofert, Oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest (w ciągu 7 dni roboczych od dnia zaskarżonej czynności), co skutkuje zawieszeniem postępowania konkursowego do czasu jego rozpatrzenia, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
7. Komisja konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu siedmiu dni od daty jego złożenia, udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
8. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
9. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz stronie internetowej BCO.
10. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.
11. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń do czasu jego rozpatrzenia.

**XII. ZASTRZEŻENIE**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo: do odwołania konkursu, unieważnienia konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert - bez podania przyczyny.
2. Dokumenty dotyczące postępowania konkursowego przechowywane są w siedzibie Zamawiającego.

………………………………………

 podpis Dyrektora



Załącznik nr 1

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU OFERT**

Celem projektu pn. *„Zrób cytologię w trosce o siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim”* (nr WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18), jest przedłużenie wieku aktywności zawodowej i obniżenie śmiertelności wśród kobiet powodowanej chorobą nowotworową szyjki macicy, poprzez zwiększenie poziomu wiedzy dotyczącej profilaktyki raka szyjki macicy oraz zwiększenie zgłaszalności do udziału w badaniach cytologicznych, umożliwiających odpowiednio wczesne wykrycie choroby, a realizowanych w ramach krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy na obszarze województwa podlaskiego.

Projekt skoncentrowany jest na eliminowaniu istotnych barier świadomościowych, ekonomiczno-organizacyjnych, psychologicznych w dostępie do badań diagnostycznych min. poprzez działania edukacyjne, a także organizacyjne, takie jak zapewnienie dojazdu na badania czy możliwość zapewnienia opieki nad osobą niesamodzielną lub osobą zależną podczas udziału uczestniczki we wsparciu w postaci badania wykonywanego w ramach projektu.

Z uwagi na niski procent zgłaszalności na badania cytologiczne kobiet z obszarów tzw. „białych plam” (powiat sejneński, siemiatycki, wysokomazowiecki, suwalski, bielski i m. Suwałki), działania projektowe będą w szczególności ukierunkowane na kobiety z powyższych obszarów oraz miejscowości poniżej 20 000 mieszkańców, obszarów wiejskich i kobiety, które jeszcze nie wykonywały badań profilaktycznych w kierunku raka szyjki macicy (kwalifikacja w oparciu o dane z bazy SIMP).

**Obowiązki Wykonawcy, wyłonionego w ramach konkursu ofert:**

1. **Wytypowanie i skierowanie spośród zatrudnionej lub współpracującej z Wykonawcą kadry medycznej -** osób pełniących w projekcie funkcję edukatorów (osoby z wykształceniem medycznym: lekarze, pielęgniarki, położne lub absolwenci kierunku zdrowie publiczne), którzy będą **uczestniczyć w szkoleniu kadry medycznej realizowanym przez Zamawiającego**, w zakresie prowadzenia dla uczestniczek Projektu porad edukacyjnych dotyczących profilaktyki raka szyjki macicy. Zakres szkolenia obejmuje tematy dotyczące profilaktyki raka szyjki macicy. Wymiar szkolenia 8 godzin*.*

**Oferent zobowiązany jest do zgłoszenia min. 1 osoby z każdej podlegającej mu jednostki, którą zgłasza do udzielania świadczeń w ramach Projektu.** W przypadku, gdy zasoby kadrowe, którymi dysponuje Oferent pozwalają mu na zgłoszenie większej liczby niż 2 osób, o ich zakwalifikowaniu do roli edukatora zadecyduje Zamawiający po zamknięciu postępowania i przeanalizowaniu stopnia realizacji założeń.

*Koszt szkolenia kadry medycznej, wyżywienia oraz dojazdu pokrywa Zamawiający.*

1. Utworzenie **punktu informacyjno-edukacyjnego**, w którym prowadzone będą działania rekrutacyjne i informacyjno-edukacyjne skierowane do uczestniczek Projektu.

***Zamawiający wyposaży punkt informacyjno-edukacyjny w:***

1. ***podstawowy zestaw komputerowy, składający się z laptopa oraz drukarki ze skanerem,***

**UWAGA***: W przypadku uczestnictwa Wykonawcy w więcej niż jednym z niżej wymienionych projektów profilaktycznych tj.:*

* *„Zrób mammografię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka piersi w województwie podlaskim.” (nr WND-RPPD.02.05.00-20-0015/18),*
* *„Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.” (nr WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18),*
* *„Zrób kolonoskopię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka jelita grubego w województwie podlaskim.” (nr WND-RPPD.02.05.00-20-0017/18).*

***zestaw komputerowy przysługuje tylko w ramach jednego z w/w projektów.***

1. ***materiały informacyjno-edukacyjne: roll-up, plakaty, tablica informacyjna.***
2. **Wytypowanie i aktywna rekrutacja na porady edukacyjne** kobiet, które kwalifikują się jako grupa docelowa Projektu tzn. **kobiety, posiadające miejsce zamieszkania (zgodnie z art. 25 KC), miejsce pracy lub nauki na obszarze województwa podlaskiego, które w dniu przystąpienia do Projektu mają ukończone 25 i nieukończone 59 lat. i spełniają następujące kryteria: nie miały wykonywanej cytologii w ciągu ostatnich 3 lat, w ramach krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy (NFZ) lub nie miały wykonywanej cytologii w ciągu ostatnich 12 miesięcy, jeśli obciążone są czynnikami ryzyka (zakażenie wirusem HIV, przyjmowanie leków immunosupresyjnych, zakażenie HPV – typ wysokiego ryzyka).**

Wyłączone z badań/udziału w projekcie są kobiety, u których rozpoznano raka szyjki macicy, oraz kobiety po zakończonym leczeniu i kontroli onkologicznej.

1. **Realizacja porad edukacyjnych indywidualnych podstawowych i indywidualnych pogłębionych** dla pacjentek, które kwalifikują się jako grupa docelowa Projektu.

**Porady edukacyjne powinny być realizowane w różnych godzinach, aby zapewnić dostęp również kobietom pracującym na różne zmiany. Obowiązkiem Wykonawcy jest realizacja działań w ramach projektu z uwzględnieniem zakazu podwójnego finansowania (poza godzinami pracy wykazanymi w harmonogramie do NFZ).**

1. **Prowadzenie i dostarczenie do Zamawiającego, dokumentacji Projektowej** pacjentek zakwalifikowanych do udziału w projekcie, a uczestniczących w poradach edukacyjnych organizowanych przez Wykonawcę.

*Wzory dokumentów projektowych zostaną przekazane przez Zamawiającego.*

1. **Przekazanie uczestniczkom porad materiałów informacyjno-edukacyjnych.**

*Materiały informacyjno-edukacyjne zostaną przekazane przez Zamawiającego.*

1. **Wytypowanie i kierowanie kobiet z grupy docelowej na badania cytologiczne** realizowane przez Zamawiającego lub Partnera Projektu – Łomżyńskie Centrum Medyczne, które muszą spełniać poniższe kryterium:
2. nie miały wykonywanej cytologii w ciągu ostatnich 3 lat,
3. obciążone są czynnikami ryzyka (zakażenie wirusem HIV, przyjmowanie leków immunosupresyjnych, zakażenie HPV – typ wysokiego ryzyka), a nie miały wykonywanej cytologii w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Wyłączone z badań są kobiety, u których rozpoznano raka szyjki macicy, oraz kobiety po zakończonym leczeniu i kontroli onkologicznej.

**Łączne, maksymalne wskaźniki założone do osiągnięcia przez podmioty włączone do współpracy w ramach projektu to:**

* **900 kobiet zrekrutowanych z grupy docelowej,**
* **900 przeprowadzonych porad indywidualnych podstawowych (1 godz.)**
* **600 przeprowadzonych porad pogłębionych (1 godz.)**
* **200 kobiet skierowanych na badania cytologiczne**



 Załącznik nr 2

 …………………………..pieczęć Oferenta

***Formularz ofertowy
KONKURS OFERT NA REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH***

***(EDUKACJI ZDROWOTNEJ/PROMOCJI ZDROWIA)***

*w ramach Projektu „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.” nr WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18*

1. Nazwa Oferenta *…………………………………………………………………………………..……..……….*
2. Adres Oferenta *………………………………………………………………………..…………………...……*
3. Nr telefonu i osoba wyznaczona do kontaktu ……………………………..……………………
4. Adres e-mail ………………………………..…………………………………….……………………………
5. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej..…………………………………………………….
6. REGON …………………………
7. NIP ………………………………
8. Numer kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia[[1]](#footnote-1) ………………………………………
9. Okres obowiązywania polisy[[2]](#footnote-2) ………………………………………………..………………………...
10. Osoba upoważniona do reprezentacji……………………………………………………………….
11. Dane Inspektora Ochrony Danych Osobowych[[3]](#footnote-3)…………………………………………………

*………………………………………….. (podpis i pieczęć Oferenta)*



 Załącznik nr 3

 …………………………..pieczęć Oferenta

***Formularz ofertowy
KONKURS OFERT NA REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH***

***(EDUKACJI ZDROWOTNEJ/PROMOCJI ZDROWIA)***

*w ramach Projektu „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.” nr WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18*

1. Proponowana kwota (brutto) za świadczenia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Świadczenia zdrowotn**e | **CENY BRUTTO /PLN/ ZA ŚWIADCZENIA** |
| 1 | Porada edukacyjna podstawowa indywidualna (1 godz.) - jedna porada |   |
| *cena słownie:* |  |
| 2 | Porada edukacyjna pogłębiona indywidualna (1 godz.) – jedna porada |  |
| *cena słownie:* |  |

 *…..……………………………………..*

*(podpis i pieczęć Oferenta)*



Załącznik nr 4

 …………………………..pieczęć Oferenta

**OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał/a przez cały okres trwania umowy
z Zamawiającym.

 ………………………………………….. (podpis i pieczęć Oferenta)



Załącznik nr 5

 …………………………..pieczęć Oferenta

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert nr 41/KO/2020 na realizację świadczeń zdrowotnych (edukacji zdrowotnej/promocji zdrowia).
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami konkursu, regulaminem projektu oraz projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że pozostaję związany/a ofertą przez okres 60 dni.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie dokumentów poświadczone za zgodność z oryginałem są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w projekcie umowy.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych w zakresie postępowania konkursowego i umowy konkursowej.
7. Oświadczam, że biorę udziału w naborze / współpracuję z Zamawiającym w ramach realizowanych projektów (zaznaczyć właściwe):

 *„Zrób mammografię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka piersi w województwie podlaskim.” (nr WND-RPPD.02.05.00-20-0015/18),*

  *„Zrób kolonoskopię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka jelita grubego w województwie podlaskim.” (nr WND-RPPD.02.05.00-20-0017/18).*

*…………………………………………..*

*(podpis i pieczęć Oferenta)*



Załącznik nr 6

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że:

* Odpis właściwego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
* Odpis dokumentu rejestrowego, wskazującego osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu oraz pełnomocnictwo (jeśli dotyczy)

zostały złożone w Białostockim Centrum Onkologii w Białymstoku w konkursie na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w 2020 r. i stwierdzony w nich stan prawny nie uległ zmianie.

*…………………………………………..*

*(podpis i pieczęć Oferenta)*



Załącznik nr 7

**LISTA OSÓB ZGŁOSZONYCH DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ**

**Wykaz kadry medycznej Oferenta zgłoszonych do realizacji świadczeń zdrowotnych (edukacji zdrowotnej/promocji zdrowia)**

**w ramach Projektu pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka
szyjki macicy w województwie podlaskim.” nr WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Numer prawa wykonywania zawodu *(jeśli dotyczy)* | Stanowisko*(zaznaczyć właściwe)* |
| 1 |  |  |  lekarz podstawowej opieki zdrowotnej  pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej położna podstawowej opieki zdrowotnej pozostała kadra medyczna |
| 2 |  |  |  lekarz podstawowej opieki zdrowotnej  pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej położna podstawowej opieki zdrowotnej pozostała kadra medyczna |
| 3 |  |  |  lekarz podstawowej opieki zdrowotnej  pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej położna podstawowej opieki zdrowotnej pozostała kadra medyczna |
| 4 |  |  |  lekarz podstawowej opieki zdrowotnej  pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej położna podstawowej opieki zdrowotnej pozostała kadra medyczna |
| 5 |  |  |  lekarz podstawowej opieki zdrowotnej  pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej położna podstawowej opieki zdrowotnej pozostała kadra medyczna |

*……………………………………….. (podpis i pieczęć Oferenta)*

****

Załącznik nr 8

**WYKAZ MIEJSC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (EDUKACJI ZDROWOTNEJ/PROMOCJI ZDROWIA)\***

**przez placówki, zgłoszone do współpracy w ramach Projektu pn. „Zrób cytologię w trosce o Siebie i bliskich.**

**Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy w województwie podlaskim.”
nr WND-RPPD.02.05.00-20-0016/18**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa placówki | Adres | Numer kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia*(jeśli dotyczy)*  | Imię i nazwisko osoby oddelegowanej do udzielania świadczeń *(zgodnie z załącznikiem nr 6)* |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

*…………………………………………..
 (podpis i pieczęć Oferenta)*

*\* Dotyczy Oferentów posiadających więcej niż jedno miejsce udzielania świadczeń*

1. Jeśli dotyczy [↑](#footnote-ref-1)
2. Jeśli jednostka dysponuje aktualną polisą [↑](#footnote-ref-2)
3. Jeśli jednostka posiada IODO, należy wskazać jego: imię, nazwisko, adres poczty elektronicznej lub numer telefonu kontaktowego [↑](#footnote-ref-3)