|  |
| --- |
| Hälsovalssymbol_rev_RGB.jpg |
|  |  |
|  | **Ansökan**  |
|  | **Hälsoval Region Jämtland Härjedalen** |

Ansökan om godkännande för Hälsoval Region jämtland Härjedalen

**Leverantörsuppgifter**

Leverantör som ansöker om godkännande för flera enheter ska skicka in en ansökan per vårdenhet, inklusive eventuell filial.
Fyll i samtliga efterfrågade uppgifter i dokumentet. För mer information hänvisas till angivna kapitel förfrågningsunderlaget.

|  |  |
| --- | --- |
| **Leverantör:**  |  |
| Organisationsnummer:  |  |
| Juridisk person: |  |
| Driftsform: |  |
| Bg/Pg: |  |
| Post- och ortsadress:  |  |
| Besöksadress:  |  |
| Telefon:  |  |
| Webbplats:  |  |
| **Firmatecknare:** |  |
| Telefon:  |  |
| Mobil:  |  |
| E-post: |  |
| **Kontaktperson ansökan:** |  |
| Telefon:  |  |
| Mobil:  |  |
| E-post: |  |

**Nedanstående krav är en sammanfattning av förfrågningsunderlagets samlade rubriker. Vid ifyllandet av svarsblanketten förutsätter regionen att sökanden läser förfrågnings-underlaget parallellt med ifyllandet av ansökan för att innebörden av nedanstående krav ska framgå.**

|  |
| --- |
| Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i **kapitel 1 Definitioner** accepteras och uppfylls. |
| [ ]  Ja [ ]  Nej  |
| Anmärkning/kommentar:      |

|  |
| --- |
| Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i **kapitel 2 Inledning** accepteras och uppfylls. |
| [ ]  Ja [ ]  Nej  |
| Anmärkning/kommentar:      |

|  |
| --- |
| Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i **kapitel 3 Uppdragsspecifikation** accepteras och uppfylls. |
| [ ]  Ja [ ]  Nej  |
| Anmärkning/kommentar:      |

|  |
| --- |
| Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i **kapitel 4 Regler för val av hälsocentral** accepteras och uppfylls. |
| [ ]  Ja [ ]  Nej  |
| Anmärkning/kommentar:      |
| **Namn på kontaktperson**  |
| Telefon:  |
| Mobil:  |
| E-post: |

|  |
| --- |
| Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i **kapitel 5 Ersättning** accepteras och uppfylls. |
| [ ]  Ja [ ]  Nej  |
| Anmärkning/kommentar:      |

|  |
| --- |
| Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i **kapitel 6 Uppföljning och utvärdering** accepteras och uppfylls. |
| [ ]  Ja [ ]  Nej  |
| Anmärkning/kommentar:      |

|  |
| --- |
| Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i **kapitel 7 Allmänna villkor** accepteras och uppfylls. |
| [ ]  Ja [ ]  Nej  |
| Anmärkning/kommentar:      |

|  |
| --- |
| Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i **kapitel 8 Föreskrifter för ansökan** accepteras och uppfylls. |
| [ ]  Ja [ ]  Nej  |
| Anmärkning/kommentar:      |

|  |
| --- |
| Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor **i kapitel 9 Avtalsmall** accepteras och uppfylls. |
| [ ]  Ja [ ]  Nej  |
| Anmärkning/kommentar:      |

|  |
| --- |
| Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor som finns i dokument som gäller Hälsoval Region Jämtland Härjedalen samt på regionens webbplats: [Rutiner och styrdokument](http://www.regionjh.se/forpersonalovrigavardgivareochpartners/sjukvardochhalsa/halsovalforvardgivare/rutinerochstyrdokument.4.5d8827a158da94a9fe79391.html) accepteras och uppfylls. |
| [ ]  Ja [ ]  Nej  |
| Anmärkning/kommentar:      |

|  |
| --- |
| Leverantören är medveten om att regionen kan återkalla godkännandet av att bedriva en vårdenhet inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen om leverantören inte uppfyller förutsättningar och villkor i förfrågningsunderlaget. Leverantören är medveten om att tecknat avtal upphör att gälla om leverantören inte klarar verifiering av vårdenhet.  |
| [ ]  Ja [ ]  Nej  |
| Anmärkning/kommentar:      |

## Krav för godkännande

### 8.1 Planerad tidpunkt för driftstart

|  |
| --- |
| Ja [ ]  Bilaga:  |
| Anmärkning/kommentar:      |

### 8.10 Registreringsskyldigheter, betalning av skatter och avgifter

 Leverantörenskainneha F-skattsedel och styrka detta genom att till ansökan bifoga:

|  |
| --- |
| Kopia på företagets Registreringsbevis utfärdat av behörig officiell myndighet (motsvaras i Sverige av Bolagsverket), under förutsättning att registreringsskyldighet föreligger. Aktuellt bevis får ej vara äldre än sex (6) månader räknat från datum för inkommen ansökan. |
| Ja [ ]  Bilaga:        |
| Anmärkning/kommentar:      |

### 8.11 Teknisk förmåga och kapacitet

|  |
| --- |
| * beskrivning av leverantören, resurser och organisation
 |
| Bilaga:        |
| * tidigare erfarenhet (beställare samt kontaktperson inklusive namn, telefonnummer och e-postadress)
 |
| Bilaga:        |
| * referenser (kontaktperson inklusive namn, telefonnummer och e-postadress)
 |
| Bilaga:        |
| * beskrivning av hur leverantören avser att lösa uppdraget
 |
| Bilaga:        |
| * presentation av eventuella samarbetsparter/underleverantörer och former för samarbete
 |
| Bilaga:        |
| * planerade öppettider för vårdenhet inkl ev filial
 |
| Bilaga:        |
| * inriktning och mål med verksamheten
 |
| Bilaga:        |
| * tänkt geografisk lokalisering för vårdenhet inkl ev filial
 |
| Bilaga:        |
| * redogörelse för ledning samt tilltänkt verksamhetschef
 |
| Bilaga:        |
| * verksamhetschefen ska vara väl förtrogen med lagar och förordningar, allmänna råd med mera som gäller för hälso- och sjukvården. Dennes namn och kompetens ska redovisas i ansökan. Referenser ska även bifogas ansökan, vilka styrker den tilltänkte verksamhetschefens kompetens
 |
| Bilaga:        |
| * kompetensprofiler för samtliga medarbetare inom vårdenheten inkl ev filial samt för medarbetare hos eventuella samarbetspartners/underleverantörer.
 |
| Bilaga:       Filial: Bilaga:        |

### 8.12 Tillgång till andra företags kapacitet

|  |
| --- |
| Villkoren accepteras och uppfylls: |
| Ja [ ]  Bilaga:        |
| Underleverantörer och former för samarbete?       |
| Anmärkning/kommentar: |

### 8.13 Finansiell och ekonomisk ställning

Intyg ska inte vara äldre än tre (3) månader.

|  |
| --- |
| Villkoren accepteras och uppfylles: |
| Ja [ ]  Bilaga/or:        |
| Anmärkning/kommentar:      |
| Utländsk leverantör skall bifoga följande dokument som bevis: |
| Registreringsbevis eller motsvarande Bilaga:       |
| Betalning av skatter och avgifter Bilaga:       |

|  |
| --- |
| Finansieringsplan för verksamheten ska bifogas ansökan.  |
| Ja [ ]  Bilaga/or:        |
| Anmärkning/kommentar:      |

### 8.14 Företag under bildande

|  |
| --- |
| Villkoren accepteras och uppfylls: |
| Ja [ ]  Bilaga/or:        |
| Anmärkning/kommentar:      |

### 8.16 Anmälan till Inspektion för vård och omsorg, IVO

|  |
| --- |
| Kopia av anmälan till IVO enligt [2 kap 1 - 3 § patientsäkerhetslag (2010:659)](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659) bifogas |
| [ ]  Ja [ ]  Nej  |
| Anmärkning/kommentar:      |

## Avlämnande av ansökan

Ansökan samt efterfrågade handlingar ska lämnas i förseglat omslag märkt: ”Ansökan Hälsoval Region Jämtland Härjedalen” med förfrågningsunderlagets diarienummer i två (2) exemplar varav ett i original och ett i elektroniskt format (USB eller liknande) till nedanstående adress:

Region Jämtland Härjedalen
Hälsovalskansliet
Hus 3, plan 3
831 83 ÖSTERSUND

## UNDERSKRIFT

Nedanstående underskrift gäller för samtliga delar av detta förfrågningsunderlag som bifogas anbudet.

Vi har tagit del av och accepterat förfrågningsunderlaget Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och förbinder oss att arbeta i enlighet med dess förutsättningar och villkor.

Härmed godkänner jag att Region Jämtland Härjedalen lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Ansökan kommer att diarieföras och blir därmed offentligt.

Vid frågor skicka e-post till: halsoval@regionjh.se

|  |  |
| --- | --- |
| ­­­­­­­­­­­­­Ort och datum |  |
| Underskrift (av behörig företrädare för leverantören)Namnförtydligande |  |

Ansökningsblankett tillval

## Bilaga 2 IT-och telefoniTjänster

|  |
| --- |
| **Utsedd kontaktperson för IT-frågor hos vårdgivaren:** |
| Namn: |
| Befattning: |
| Telefon: |
| E-postadress: |

**Beräknat antal klientarbetsplatser hos vårdgivaren:**

|  |
| --- |
| **Vårdenhetens plats (ort, stadsdel etc.)** |
|  |
| **Antal klientarbetsplatser som önskar ansluta till regionens IT-tjänster(ej bindande uppgift, endast som planeringsunderlag)** |
|  |

**Telefoni-tjänster – valfria:** ange om vårdenheten önskar erhålla några av följande valfria tilläggstjänster:

|  |
| --- |
| **Telefonitjänst – 1) anslutning telefonväxel samt telefonisttjänst** |
| [ ]  Ja [ ]  Nej  |
| Anmärkning/kommentar:      |
| **Telefonitjänst - 2) telefoniutrustning** |
| [ ]  Ja [ ]  Nej |
| Anmärkning/kommentar:      |
| **CallGuide – anslutning telefoniplattform** |
| [ ]  Ja [ ]  Nej |
| Anmärkning/kommentar:      |

**Telefonimätning av tillgängligheten:**

|  |
| --- |
| Namn på planerat systemstöd som ska användas för samtalsmätning och uppföljning av tillgängligheten. |
|  |

## 3.11 Tilläggsuppdrag

Regionen definierar prioriterade och önskvärda medicinska områden, utbildningar och deltagande i samverkansprojekt. Samtliga vårdgivare är skyldiga att åta sig tilläggsuppdrag inom ramen för den ersättning och de villkor i övrigt som regionen fastställer i särskild ordning. Ersättning och villkor är lika för alla vårdgivare. Beslut om vilka vårdgivare som ska fullgöra respektive tilläggsuppdrag fattas av regionen. Regionens målsättning är att alla tilläggsuppdrag ska bygga på frivilliga överenskommelser med respektive vårdgivare.
Efter godkännande från regionen och genom tilläggsavtal med vårdgivaren ersätts följande tilläggsuppdrag:

Ange om vårdenheten önskar erhålla något av följande tilläggsuppdrag:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tilläggsuppdrag** | **Önskar erhålla Ja/Nej** | **Om möjligt, ange person** |
| Familjecentral, bifoga kopia på avtal  |  |  |
| Ansvar för särskilt boende |  |  |
| Fortbildningssamordnare |  |  |
| Deltagande LPO |  |  |
| AT läkare |  |  |
| BT läkare |  |  |
| ST läkare |  |  |
| PTP psykolog |  |  |
| STP psykolog |  |  |
| Ambulansverksamhet i Gäddede |  |  |

**7.35 Köp av servicetjänster**

Vårdgivaren har möjlighet att teckna separata avtal med regionen eller av regionen upphandlad tjänst avseende:

Ange om vårdenheten önskar teckna avtal med någon/några av följande tjänster:

|  |
| --- |
| * sterilservice Ja [ ]  Anmärkning/kommentar:
 |
| * städtjänster Ja [ ]  Anmärkning/kommentar:
 |
| * transport och posthantering Ja [ ]  Anmärkning/kommentar:
 |
| * sjukvårds/förrådsprodukter Ja [ ]  Anmärkning/kommentar:
 |
| * tvätt Ja [ ]  Anmärkning/kommentar:
 |
| * medicinteknisk service Ja [ ]  Anmärkning/kommentar:
 |
| * medicinsk diagnostik Ja [ ]  Anmärkning/kommentar:
 |