



regionjh.se/halsoval

Ansökan

Hälsöval Region Jämtland Härjedalen

ANSÖKAN OM GODKÄNNANDE FÖR HÄLSÖVAL 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.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Anmärkning/kommentar:

Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i kapitel 2 Inledning accepteras och uppfylls.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Anmärkning/kommentar:

Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i kapitel 3 Uppdragsspecifikation accepteras och uppfylls.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Anmärkning/kommentar:

Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i kapitel 4 Regler för val av hälsocentral accepteras och uppfylls.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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](#) 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 <input type="checkbox"/> Bilaga:
Anmärkning/kommentar:

8.10 Registreringsskyldigheter, betalning av skatter och avgifter

Leverantören ska inneha 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 registreringskyldighet föreligger. Aktuellt bevis får ej vara äldre än sex (6) månader räknat från datum för inkommen ansökan.
Ja <input type="checkbox"/> Bilaga:
Anmärkning/kommentar:

8.11 Teknisk förmåga och kapacitet

<ul style="list-style-type: none"> • beskrivning av leverantören, resurser och organisation
Bilaga:
<ul style="list-style-type: none"> • tidigare erfarenhet (beställare samt kontaktperson inklusive namn, telefonnummer och e-postadress)
Bilaga:
<ul style="list-style-type: none"> • referenser (kontaktperson inklusive namn, telefonnummer och e-postadress)
Bilaga:
<ul style="list-style-type: none"> • beskrivning av hur leverantören avser att lösa uppdraget
Bilaga:
<ul style="list-style-type: none"> • presentation av eventuella samarbetsparter/underleverantörer och former för samarbete
Bilaga:
<ul style="list-style-type: none"> • planerade öppettider för vårdenhet inkl ev filial
Bilaga:
<ul style="list-style-type: none"> • inriktning och mål med verksamheten
Bilaga:

<ul style="list-style-type: none"> tänkt geografisk lokalisering för vårdenhet inkl ev filial 	
Bilaga:	
<ul style="list-style-type: none"> redogörelse för ledning samt tilltänkt verksamhetschef 	
Bilaga:	
<ul style="list-style-type: none"> 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:	
<ul style="list-style-type: none"> 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 <input type="checkbox"/> 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 uppfylls:	
Ja <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Bilaga/or:
Anmärkning/kommentar:

8.14 Företag under bildande

Villkoren accepteras och uppfylls:
Ja <input type="checkbox"/> 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) bifogas
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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:

Telefoni-tjänst – 1) anslutning telefonväxel samt telefonistjänst
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Anmärkning/kommentar:
Telefoni-tjänst - 2) telefoniutrustning
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Anmärkning/kommentar:
CallGuide – anslutning telefoniplattform
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	Anmärkning/kommentar:
• städtjänster	Ja	<input type="checkbox"/>	Anmärkning/kommentar:
• transport och posthantering	Ja	<input type="checkbox"/>	Anmärkning/kommentar:
• sjukvårds/förrådsprodukter	Ja	<input type="checkbox"/>	Anmärkning/kommentar:
• tvätt	Ja	<input type="checkbox"/>	Anmärkning/kommentar:
• medicinteknisk service	Ja	<input type="checkbox"/>	Anmärkning/kommentar:
• medicinsk diagnostik	Ja	<input type="checkbox"/>	Anmärkning/kommentar: