

Ansökan Vårdval medicinsk fotvård Bilaga 1

ANSÖKAN OM GODKÄNNANDE

För information, se kapitelhänvisningar i Förfrågningsunderlag.

LEVERANTÖRSUPPGIFTER

Leverantör som ansöker om godkännande för flera enheter ska skicka in en ansökan/vårdenhet.

Leverantör:	
Organisationsnummer:	
Juridisk person:	
Driftsform:	
Post- och ortsadress:	
Besöksadress:	
Telefon:	
Webbplats:	
Kontaktperson ansökan:	
Telefon:	
Mobil:	
E-post:	

KRAV FÖR GODKÄNNANDE

7.1 Tidpunkt för driftstart

Leverantören ska i sin ansökan ange tidpunkt för planerad driftstart. Driftsstart ska ske senast sex (6) månader efter erhållet godkännande från regionen. Leverantören ska till sin ansökan bifoga en tidplan och denne är skyldig att rapportera eventuella förändringar och frånsteg från den inlämnade tidplanen.
Datum planerad driftstart:
Tidplan, bilaga:
Anmärkning/kommentar:

7.10.1 Registreringskyldigheter, betalning av skatter och avgifter

Leverantören ska vara: <ul style="list-style-type: none"> registrerad i aktie-, bolags-, handels-, eller föreningsregistret som förs i det land där leverantörens verksamhet är etablerad eller leverantör som är ensamföretagare och driver sin verksamhet som enskild firma ska visa <ul style="list-style-type: none"> att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att tillhandahålla resultat- och balansräkning eller på begäran lämna referens till bank eller annan finansiär.
Ja Anmärkning/kommentar:
Resultat- och balansräkning /Referens Bilaga:

Utländsk leverantör ska insända dokumentation som intyg på att denna fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar av skatter och avgifter. Dessa intyg eller motsvarande ska inte vara äldre än tre (3) månader räknat från ansökningsdag.
Registreringsbevis eller motsvarande Bilaga:

Betalning av skatter och avgifter	Bilaga:
-----------------------------------	---------

7.10.2 Företag under bildande

<p>Ansökan kan lämnas av företag under bildande. Av ansökan ska framgå dels nuläge, förutsättningar, finansierings- och tidplan för att företaget ska kunna etableras, dels vilka bankgarantier eller motsvarande som kan ställas som säkerhet.</p>
<p>Ja <input type="checkbox"/> Bilaga/or:</p>
<p>Anmärkning/kommentar:</p>

7.10.3 Underleverantör

<p>Leverantören får anlita underleverantörer för att förstärka sin kapacitet för genomförande av uppdraget. Leverantören ska tillse att varje eventuell underleverantör uppfyller alla krav enligt detta avtal och ansvarar gentemot regionen för underleverantörernas arbete såsom om det vore sitt eget.</p> <p>För det fall leverantören vill anlita underleverantör ska anmälan om detta göras till regionen skriftligen. Regionen har därvid rätt att i enlighet Skatte- och avgiftsskyldighet kontrollera att underleverantören har fullgjort sina skyldigheter avseende betalning av skatter och avgifter. För det fall underleverantören inte fullgjort dessa skyldigheter får leverantören inte anlita underleverantören.</p>
<p>Ja <input type="checkbox"/> Bilaga/or:</p>
<p>Anmärkning/kommentar:</p>

7.10.4.1

UTBILDNING

<p>Person som utför behandlingarna ska ha minst en (1) termin gymnasial eller motsvarande fotvårdsutbildning kompletterad med minst två (2) års erfarenhet av fotvårdsverksamhet och vara uppdaterad om förändringar i branschen avseende nedanstående ämnen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utbildningen ska innehålla följande delar: • Allmän sjukdomslära, • fotvård vid diabetes, • reumatiska fötter,

<ul style="list-style-type: none"> • psoriasis, • fotortopedi, • fotdeformiteter, • hudsjukdomar och cirkulationsproblem, • sårvård, • fotens och underbenets anatomi, • hygien, • fotmassage, underbensmassage och fotgymnastik, • praktiska ämnen (innehållande bl a, nageltrång med nagelkorrigering, liktornsbehandling, dokumentation, rådgivning till patienter, preparatlära).
Ja <input type="checkbox"/>
Betyg eller liknande handling/ar bifogas Bilaga/or:
Anmärkning/kommentar:

7.10.4.2 ERFARENHET

<p>För att få erbjuda vård enligt detta avtal ska personal som utför medicinsk fotvård i leverantörens regi ha, vid avtalsstart, minst två (2) års yrkesutövning motsvarande heltid (35 tim/v) som medicinsk fotvårdare.</p>
Ja <input type="checkbox"/>
Tjänstgöringsintyg eller liknande handling/ar bifogas Bilaga/or:
<p>Egen beskrivning av hur kravet uppfylls som intygas av två andra personer, exempelvis revisor eller annan med god insyn i verksamheten. Dessa förutsätts kunna ställa upp som referenspersoner och skriftligen intyga att uppgifterna i leverantörens egna beskrivning stämmer.</p>
Bilaga/or:
Anmärkning/kommentar:
Till ansökan ska dessutom bifogas presentation av:
<ul style="list-style-type: none"> • leverantören, ange även omfattning på nuvarande verksamhet,
Bilaga:
<ul style="list-style-type: none"> • hur leverantören planerar att bedriva sin kompetensutveckling,
Bilaga:
<ul style="list-style-type: none"> • erfarenhet från liknande uppdrag.
Bilaga:

8.6 Verksamhetens geografiska placering

Vårdgivaren är skyldig att bedriva den vårdgivande verksamheten inom det geografiska upptagningsområdet som för närvarande är Jämtlands län.
Förändringar utifrån meddelad geografisk placering måste ovillkorligen skriftligen meddelas regionen utan dröjsmål som kommer att bedöma om förändringen får anses utgöra en väsentlig ändring av avtalet.
Ja <input type="checkbox"/>
Anmärkning/kommentar:

Verksamheten utföres med adress/er:

<i>Vårdgivaren AB</i>	
<i>Kliniken</i>	
<i>Sveagatan 12</i>	
<i>123 45 SVEASTAD</i>	
<i>Kontakt via e-post</i>	
<i>Telefon</i>	

FÖRFRÅGNINGSUNDERLAGET

Nedanstående krav är en sammanfattning av förfrågningsunderlagets samlade rubriker. Vid ifyllandet av svarsblanketten förutsätter regionen att sökanden läser förfrågningsunderlaget 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 Ersättning accepteras och uppfylls.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Anmärkning/kommentar:

Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i kapitel 5 Uppföljning och utvärdering accepteras och uppfylls.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Anmärkning/kommentar:

Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i kapitel 6 Allmänna villkor accepteras och uppfylls.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Anmärkning/kommentar:

Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i kapitel 7 Föreskrifter för ansökan accepteras och uppfylls.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Anmärkning/kommentar:

Leverantören bekräftar härmed att samtliga krav och villkor i kapitel 8 Avtalsmall accepteras och uppfylls.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Anmärkning/kommentar:

ÅTERKALLANDE AV GODKÄNNANDE

Leverantören är medveten om att regionen kan återkalla godkännandet av att bedriva medicinsk fotvård om leverantören inte uppfyller förutsättningar och villkor i förfrågningsunderlaget. Leverantören är medveten om att tecknat avtal upphör att gälla om leverantören inte klarar verifiering.	
Ja	Nej
Anmärkning/kommentar:	

Avlämnande av ansökan/Underskrift

Ansökan samt efterfrågade handlingar ska lämnas i förseglat omslag märkt: "Ansökan medicinsk fotvård" med aktuellt diarienummer RS/317/2020 i ett (1)exemplar till:

Region Jämtland Härjedalen
Beställarenheten
Kyrkgatan 12
Box 654
831 27 ÖSTERSUND

Nedanstående underskrift gäller för samtliga delar av detta förfrågningsunderlag som bifogas anbudet samt ett godkännande om att Region Jämtland Härjedalen lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Ansökan kommer att diarieföras och blir därmed offentligt.

Vi har tagit del av och accepterat förfrågningsunderlaget för valfrihetssystem medicinsk fotvård och förbinder oss att arbeta i enlighet med dess förutsättningar och villkor.

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