

ZAPROSZENIE

dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży finansowanych ze środków publicznych



Zarząd Powiatu Nowosolskiego, w związku z art. 12 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r., poz. 1078), zaprasza do składania ofert na realizację opieki stomatologicznej nad uczniami szkół, dla których organem prowadzącym jest Powiat Nowosolski.

PODSTAWOWE ZASADY REALIZACJI ZADANIA:

1. Lekarz dentysta sprawujący opiekę stomatologiczną nad uczniami jest zobowiązany do udzielania:
 - a) świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż.,
 - b) profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 r.ż., - określonych w przepisach szczegółowych, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji.
2. Opieka określona w pkt. 1a odbywa się po uzyskaniu pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych ucznia.
3. Opieka określona w pkt. 1b odbywa się w przypadku braku sprzeciwu rodziców/prawnych opiekunów ucznia.
4. Świadczenia opieki stomatologicznej będą finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Opiekę stomatologiczną nad uczniami może sprawować lekarz dentysta spełniający wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Świadczenia opieki stomatologicznej będą realizowane w gabinecie stomatologicznym podmiotu, z którym Zarząd Powiatu zawrze porozumienie dotyczące realizacji świadczeń z zakresu opieki stomatologicznej dla uczniów niżej wymienionych szkół.

L.P.	PEŁNA NAZWA SZKOŁY	LICZBA UCZNIÓW W ROKU SZKOLNYM 2022/2023	
		do 19 r. ż. w tym do 18 r.ż.	posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
1.	Liceum Ogólnokształcące im. K.K. Baczyńskiego w Nowej Soli	608/608	9
2.	Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego „Elektryk” w Nowej Soli	1159/1032	10
3.	Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych Nr 2 im. Marii Dąbrowskiej w Nowej Soli	460/452	8
4.	Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych Nr 4 im. Jana Pawła II w Nowej Soli	571/467	6
5.	Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych Nr 5 im. Leszka Kołakowskiego w Koźuchowie	282/253	8
6.	Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy im. Janusza Korczaka w Nowej Soli	106/99	97

Powiat Nowosolski przewiduje możliwość zawarcia porozumienia z więcej niż jednym świadczeniodawcą.

Dopuszcza się składanie ofert częściowych gwarantujących opiekę stomatologiczną dla uczniów jednej lub kilku szkół.

Oferta powinna zawierać:

Zgłoszenie - na załączonym formularzu wraz z załącznikami:

- a) kserokopię potwierdzenia wpisu podmiotu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- b) kserokopię umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii dzieci i młodzieży,
- c) oświadczenie o zatrudnieniu specjalistów, a w przypadku prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej - oświadczenie o posiadaniu kwalifikacji do wykonywania opieki stomatologicznej.

Komplet dokumentów należy złożyć w zamkniętej kopercie z dopiskiem „Opieka stomatologiczna nad uczniami” w sekretariacie Starostwa Powiatowego, ul. Moniuszki 3, 67-100 Nowa Sól **do dnia 20 stycznia 2023 r. do godz. 14:00.**

POWIAT NOWOSOLSKI
ul. Moniuszki 3
67-100 Nowa Sól
tel. 68 458 68 00 fax 68 458 68 31
NIP 9251972202 REGON 970770103

z up. STAROSTY
Sylwia Wojtasik
CZŁONEK ZARZĄDU

OFERTA

na realizację opieki stomatologicznej nad uczniami szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Nowosolski

I. Dane o podmiocie:

1.	Pełna nazwa oferenta	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, telefon, email, fax	
3.	NIP	
4.	REGON	
5.	Numer podmiotu w Rejestrze Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą	
6.	Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego zaproszeniem (imię, nazwisko, telefon, adres, email)	
7.	Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu i składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu	
8.	Adres gabinetu stomatologicznego, w którym będą świadczone usługi	

II. Organizacja udzielania świadczeń, w tym dni i godziny udzielania świadczeń także w okresie wakacji, ferii i przerw świątecznych:

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

Oświadczam, że wszystkie podane w zgłoszeniu i załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....
/podpis oferenta/

załączniki:

- 1)
- 2)
- 3)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie na realizację opieki stomatologicznej nad uczniami szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Nowosolski.— na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i lit. e rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 ze zm., dalej jako: „RODO”).

.....
/podpis oferenta/