Region Uppsala

Diarienummer
UPPH2009-0062

ANSÖKAN OM GODKÄNNANDE INOM LOV MEDICINSK FOTVÅRD FÖR PATIENTER MED DIABETES

Ansökan kan fyllas i elektroniskt men måste sedan skrivas ut för underskrift. Den lämnas eller skickas till Region Uppsalas Inköps- och Logistikavdelning.

Märk kuvertet med ”LOV Medicinsk fotvård för patienter med diabetes” samt diarienummer UPPH2009-0062.

Om leverantör avser att ansöka om godkännande för flera mottagningar lämnas en ansökan per mottagning.

Leverantör som ansöker om godkännande

Företagsnamn	
*Organisationsnummer**	
Postadress	
Postnummer och ort	
Telefonnummer	
E-postadress	
Kontaktperson	
Telefonnummer (direkt)	
E-postadress (direkt)	

**Organisationsnummer:*

- *För aktiebolag uppge organisationsnummer*
- *För handels- och kommanditbolag uppge dels bolagets organisationsnummer dels deltagarnas organisations- eller personnummer*
- *För enskild firma uppges personnummer*

Lokalisering

Leverantören skall ange adress där mottagningen planeras vara lokaliserad. Mottagningen ska vara lokaliserad inom Uppsala län. Även ambulerande verksamhet ska ange en postadress i Uppsala län.

Region Uppsala

Diarienummer
UPPH2009-0062

Mottagningsnamn	
Postadress där verksamheten kommer bedrivas	
Postnummer och ort	

Ansökan omfattar nedanstående vårdområde

Avtalsområde	**Önskad driftstart**
LOV Medicinsk fotvård för patienter med diabetes	202__-___-___

Krav för godkännande

Ekonomisk stabilitet

För att Region Uppsala ska kunna bedöma om leverantören uppfyller kravet på ekonomisk stabilitet ska nedan handlingar skickas in till Region Uppsala. Utländsk leverantör ska insända motsvarande dokumentation som intyg på att denna fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar.

Intyg från myndigheter:

Skatteverket och registreringsbevis:

”Begäran/Svar offentliga uppgifter”, **Skatteverkets blankett SKV 4820**. Den ska vara ifylld av Skattemyndigheten. Intyget ska inte vara äldre än tre (3) månader. Gäller ej nybildat företag.
Intyg bifogas anmälan: ☐ Ja ☐ Nej
Kopia på det vid ansökan gällande **registreringsbevis** utfärdat av behörig officiell myndighet (i Sverige Bolagsverket), högst sex månader gammalt. Kravet gäller inte för enskild firma som istället ska lämna kopia på F-Skattsedel.
Intyg bifogas anmälan: ☐ Ja ☐ Nej

Övriga intyg:

Leverantören ska styrka kraven angående **kompetens, erfarenhet och personal**, med kursintyg och betyg som bifogas ansökan.
Intyg bifogas anmälan: ☐ Ja ☐ Nej

Finansiell och ekonomisk ställning:

Bedömning av kreditvärdighet

Av kreditupplysningsinstitut lämnat intyg som visar **riskklass** lägst ”Upplysningscentralen AB riskklass 3” eller motsvarande (får ej vara äldre än 3 månader).
Intyg bifogas anmälan: ☐ Ja ☐ Nej

Ifylls om tillämpligt:

Leverantör som är ensamföretagare/enskild firma ska visa att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att tillhandahålla resultaträkning och balansräkning eller på begäran lämna referens till bank eller annan finansiär.
Intyg bifogas anmälan: ☐ Ja ☐ Nej

Ifylls om tillämpligt:

Leverantör som har ett nystartat företag ska visa att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att redovisa aktiekapital/annat, eller på begäran tillhandahålla en finansiell säkerhet (t.ex. lämna bankgaranti eller koncerngaranti) samt på begäran kunna redovisa referens till bank eller annan
Intyg bifogas anmälan: ☐ Ja ☐ Nej

Utdrag ur vårdgivarregistret

Leverantören ska vara anmäld till vårdgivarregistret enligt 2 kap. 1–3 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659). Aktuellt utdrag från vårdgivarregistret ska bifogas ansökan.
Intyg bifogas anmälan: ☐ Ja ☐ Nej

Uteslutning av leverantörer

Leverantören intygar att denne vid tidpunkten för ansökan inte befinner sig i någon av de omständigheter som anges i 7 kap. 1 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Sanningsförsäkran styrks genom underskrift av ansökan.

Undertecknad Leverantör ska åta sig att ingå det avtal för godkännande av mottagning om återfinns i kapitel 2 i Förfrågningsunderlaget och därvid följa förfrågningsunderlaget för den verksamhet som ska bedrivas.

Undertecknad Leverantör ska försäkra Region Uppsala att denne är medveten om att Region Uppsala kan återkalla godkännandet för en mottagning om leverantören inte uppfyller villkoren för att bedriva mottagningen.

Ort Datum

_____ _____

Underskrift

_____

Namnförtydligande (firmatecknare)

_____

Om leverantören som ansöker om godkännande inte har möjlighet att i samband med ansökan redovisa samtliga begärda uppgifter ska det till ansökan bifogas en redogörelse för orsaken till detta och en plan för när handlingarna kommer att kompletteras. Ett beslut kommer att fattas om godkännande när leverantören kompletterat med samtliga handlingar.

Om leverantören inte inom tre månader kan visa att återstående krav är uppfyllda kommer ett beslut om att inte bifalla ansökan att fattas.

Beslut om godkännande kommer att tas inom två månader (tre månader under sommarperioden) från det att en komplett ansökan inkommit till:

Region Uppsala
Region Uppsalas ledningskontor
Regioninköp och upphandling
UPP2009-0062
751 85 UPPSALA

Besöksadress: Region Uppsalas ledningskontor, Storgatan 27, Uppsala.

Eventuella frågor angående denna upphandling skall ske skriftligen eller genom e-post till: Upphandling@regionuppsala.se

För frågor om uppdragets innehåll kontaktas Region Uppsalas Hälso- och sjukvårdsavdelning via stab.hsa@regionuppsala.se