
Ansökan om godkännande inom Vårdval Region Uppsala

Ansökan kan fyllas i elektroniskt men måste sedan skrivas ut för underskrift. Den lämnas eller skickas till regionens Upphandlingsenhet. Märk kuvertet med "LOV kataraktoperationer i öppenvård", alternativt UPPH2011-0103.

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

Vårdgivare som ansöker om godkännande

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

*Organisationsnummer:

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

Ansökan omfattar nedanstående vårdområden

Ansökan avser	Vårdområde	Önskad driftstart
<input type="checkbox"/>	Kataraktoperationer i öppen vård	

Lokalisering

Vårdgivaren ska ange adress där mottagningen planeras vara lokaliserad. Mottagningen och eventuella filialer ska vara lokaliserad inom Uppsala län. Planeras en eller flera filial/-er till mottagningen ska även denna adress anges. Planerad verksamhet vid filialen ska anges.

--

Öppettider

Vårdgivaren ska ange mottagningens öppettider.

--

Krav för godkännande

Ekonomisk stabilitet

För att regionen ska kunna bedöma om Vårdgivaren uppfyller kravet på ekonomisk stabilitet ska följande handlingar skickas in till regionen.

Utländsk vårdgivare ska insända motsvarande dokumentation som intyg på att denna fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar.

Intyg från myndigheter:

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-skattesedel.

Krav uppfylls: Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
---	------------------------------

Anm:

"Begäran om upplysningar vid offentlig upphandling", Skatteverkets blankett SKV 4820. Den ska vara ifylld av Skattemyndigheten. Intyget ska inte vara äldre än tre (3) månader. Gäller ej nybildat företag.

Krav uppfylls: Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
---	------------------------------

Anm:

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). I de fall lägre riskklass redovisas kan vårdgivare ändå anses uppfylla kraven om vårdgivaren lämnat en sådan förklaring att det kan anses klarlagt att vårdgivaren innehar motsvarande ekonomisk stabilitet.
--

Krav uppfylls: Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
---	------------------------------

Anm:

Ifylls om tillämpligt:

Vårdgivare som inte är skyldig att upprätta årsredovisning/årsbokslut 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.	
Kraven uppfylls:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Anm:	

Ifylls om tillämpligt:

Vårdgivare 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 finansiär.	
Krav uppfylls:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Anm:	

Bedömning av teknisk förmåga och kapacitet

Vårdgivaren ska ha minst två (2) års erfarenhet, inom de senaste fem (5) åren, av i Förfrågningsunderlaget beskriven verksamhet, antingen som företag eller som anställd inom offentlig eller privat verksamhet. Av ansökan ska framgå att ovanstående krav är uppfyllda genom presentation av vårdgivaren och erfarenhet av likvärdig verksamhet.	
Till ansökan ska hänvisning till en (1) referens som kan kontaktas av regionen för bekräftelse av att lämnade uppgifter är trovärdiga. Regionen förbehåller sig även rätten att ta egna kontakte	
Till ansökan ska handlingar/dokument bifogas som styrker att ovanstående krav.	
Krav uppfylls:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Anm:	
Namn på referens:	
Ansökan ska ha hänvisning till en (1) referens som kan kontaktas av regionen för bekräftelse av att lämnade uppgifter är trovärdiga. Regionen förbehåller sig även rätten att ta egna kontakter.	
Krav uppfylls:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Anm:	

Till ansökan ska bifogas en kortfattat verksamhetsbeskrivning som visar hur sökande planerar att uppfylla villkoren i Förfrågningsunderlaget. Verksamhetsbeskrivningen ska innehålla beskrivning av

- arbetssätt och metoder
- tillgänglighet – öppettider
- verksamhetens mål
- hur verksamheten arbetar med utvärdering och utveckling av arbetssätt och metoder
- vilka enheter, underleverantörer verksamheten avser att samarbeta med.

Krav uppfylls: Ja Nej

Anm:

Ifylls om tillämpligt:

För företag under bildande ska Vårdgivaren beskriva hur företagsbildningen är planerad, t ex företagsform, aktiekapital för aktiebolag. Förväntat antal anställda och ägare. Av ansökan ska dessutom framgå nuläge, samt förutsättningar och tidplan för att företaget ska kunna etableras.

Krav uppfylls: Ja Nej

Anm:

Utdrag ur vårdgivarregistret

Vårdgivaren intygar med sin underskrift nedan att verksamheten kommer att anmälas till vårdgivarregistret enligt 2 kap 1-3 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) och att ett utdrag från vårdgivarregistret kommer att sändas till Region Uppsala senast en vecka innan verksamheten startar.

Krav uppfylls: Ja Nej

Anm:

Sanningsförsäkran

Leverantören intygar att förhållanden enligt rubrik ”uteslutning av leverantör” i förfrågningsunderlaget inte föreligger vid ansökningstillfället.

Kraven uppfylls: Ja Nej

Anm:

Undertecknad Vårdgivare åtar sig att ingå det avtal för godkännande av mottagning som återfinns i kapitel 1 i Förfrågningsunderlaget och därvid följa Förfrågningsunderlaget för den verksamhet som ska bedrivas.

Undertecknad Vårdgivare försäkrar regionen att Vårdgivaren är medveten om att regionen kan återkalla godkännandet för en mottagning om Vårdgivaren inte uppfyller villkoren för att bedriva mottagningen.

Ort Datum

Underskrift

Namnförtydligande (firmatecknare)

Kontaktuppgifter (telefon och e-post)

Om Vårdgivaren 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 Vårdgivaren kompletterat med samtliga handlingar. Om Vårdgivaren 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 ansökan inkommit till:

Regionen i Uppsala län
Upphandlingsenheten
Box 602
751 25 UPPSALA

Besöksadress: Regionkontoret, Storgatan 27, Uppsala.

Eventuella frågor angående denna upphandling ska ske skriftligen eller genom e-post till:
upphandling@region uppsala.se