Ansökan om godkännande enligt lag om valfrihetssystem

Sökande

Uppgifter om sökanden	
Namn	
Organisationsnummer	
Postadress	
Postnummer och ort	
Telefonnummer till sökanden	
E-postadress till sökanden	
Kontaktperson för ansökan (namn och befattning)	
Telefonnummer till kontaktperson (fast och mobil)	
E-postadress till kontaktperson	

Ansökan avser

Specialiserad öron-, näs- och halssjukvård	
Uppdrag	**Ansökan avser**
Basuppdrag	☐
Valbart uppdrag 1: Foniatri	☐
Valbart uppdrag 2: Näs- och bihålekirurgiska ingrepp, inklusive baskirugi	☐
Valbart uppdrag 3: Öronkirurgiska ingrepp, inklusive baskirugi	☐

Lokaler i vilka uppdraget ska utföras

Ange mottagningens adress

"Angiven besöksadress ska finnas tillgänglig i Lantmäteriets söktjänst. Innan du anger adressen, sök upp den på: https://minkarta.lantmateriet.se. Kontrollera att adressen går till rätt plats."

Postadress	
Besöksadress	
Postnummer och ort	
Kommun/stadsdel inom Stockholm	

Ytterligare lokal	**Ja**	**Nej**
Kommer hälso- och sjukvårdstjänsterna till någon del att utföras i andra lokaler än de som omfattas av mottagningen. Lokaler från vilka endast digital vård avses tillhandahållas ska inte anges.	☐	☐

Om sökanden kryssat Ja i tabellen ovan, ska sökanden ange de uppgifter som efterfrågas nedan.

Ytterligare lokal
Ange vilken annan adress som det valbara uppdraget 2 och/eller 3 ska utföras (utöver mottagningsadressen)

Ange efterfrågade uppgifter om tilläggslokal i tabellen nedan.

Postadress	
Besöksadress	
Postnummer och ort	

Kommun/stadsdel inom Stockholm	
Sätt kryss i rutan om Tilläggslokalen tillhandahålls av sökanden själv	☐
Sätt kryss i rutan om Tilläggslokalen tillhandahålls av underleverantör som sökanden avser att anlita	☐
Om Tilläggslokal 1 tillhandahålls av underleverantör, ange underleverantörens namn och org. nr.	

Verksamhetschef

Verksamhetschef	
Namn	
Personnummer	
E-postadress	
Telefonnummer	

Medicinskt ledningsansvarig Basuppdraget

Nedanstående tabell ifylls om den person som utsetts till verksamhetschef inte uppfyller kraven på medicinskt ledningsansvarig och sökanden därför utsett annan person till medicinskt ledningsansvarig.

Medicinskt ledningsansvarig	
Namn	
Personnummer	
E-postadress	

Telefonnummer	

Medicinskt ledningsansvarig Valbart uppdrag 2

Nedanstående tabell ifylls vid ansökan om valbart uppdrag 2.

Medicinskt ledningsansvarig	
Namn	
Personnummer	
E-postadress	
Telefonnummer	

Medicinskt ledningsansvarig Valbart uppdrag 3

Nedanstående tabell ifylls vid ansökan om valbart uppdrag 3.

Medicinskt ledningsansvarig	
Namn	
Personnummer	
E-postadress	
Telefonnummer	

Uteslutningsgrund hänförlig till verksamhetschef/medicinskt ledningsansvarig för mottagningen (avsnitt 4.1, punkterna 2b., 3 b., 5 b., eller 6 b. i Ansökningsinbjudan)

Sökanden ska, genom att sätta kryss i tillämplig ruta nedan ange om uteslutningsgrund enligt avsnitt 4, punkterna 2 b., 3 b., 5 b., eller 6 b. i Ansökningsinbjudan föreligger eller inte.

Uteslutningsgrund enligt någon av punkterna ovan föreligger	Ja ☐ Nej ☐

Om uteslutningsgrund enligt någon av punkterna 2 b., 3 b., 5 b. eller 6 b. i avsnitt 4 i Ansökningsinbjudan föreligger, dvs. om sökanden kryssat i Ja i rutan ovan, ska sökanden i rutan nedan kort beskriva de omständigheter som enligt sökandens bedömning utgör sådan uteslutningsgrund.

Beskrivning:

Intygande om att uteslutningsgrund enligt avsnitt 4.2 i Ansökningsinbjudan inte föreligger

Sökanden ska, genom att sätta kryss i rutorna nedan, intyga att sådana omständigheter som enligt punkt 4.2 i Ansökningsinbjudan utgör grund för att utesluta sökanden inte föreligger.

Sökanden intygar härmed	**Ja**
att Region Stockholm har rätt att med beaktande av de sanktioner som EU har beslutat om ingå avtal med sökanden inom Vårdvalet;	☐
att Region Stockholm har rätt att med beaktande av de sanktioner som EU har beslutat om köpa de tjänster som Vårdvalet omfattar från sökanden; och	☐

att Region Stockholm har rätt att med beaktande av de sanktioner som EU har beslutat om erlägga betalning till sökanden i enlighet med bestämmelserna i Förlaga till avtal, inklusive därtill hörande bilagor.	☐

Underleverantörer

Om sökanden avser att anlita sådan/-a underleverantör/-er som avses i avsnitt 6.3 i Ansökningsinbjudan ska sökanden fylla i tabellerna nedan.

Sökanden avser att anlita underleverantör/-er	☐

Sökanden ska, genom att fylla i tabellerna nedan, ange samtliga underleverantörer som sökanden avser att anlita. Om sökanden avser att anlita fler underleverantörer än det finns tabeller nedan ska sökanden lägga till fler tabeller så att efterfrågade uppgifter om samtliga underleverantörer anges.

Underleverantör

Uppgifter om underleverantör	
Namn	
Organisationsnummer	
Postadress	
Postnummer och ort	
Ange vilken/vilka del/-ar av uppdraget som underleverantören ska utföra	
Namn på underleverantörens verksamhetschef	
Telefonnummer till verksamhetschefen	
E-postadress till verksamhetschefen	
Namn på medicinskt ledningsansvarig hos underleverantören	
Telefonnummer till medicinskt ledningsansvarig	

E-postadress till medicinskt ledningsansvarig	

Sökanden ska, genom att sätta kryss i tillämplig ruta nedan, ange om sådana omständigheter som, enligt avsnitt 6.3.4.1, punkterna 1 a. – 4 a. och 1 b. – 4 b. i Ansökningsinbjudan, utgör grund för den Upphandlande myndigheten att byta ut underleverantör 1, föreligger eller inte hos underleverantör 1.

Sådana omständigheter som avses ovan föreligger hos underleverantör 1	Ja ☐ Nej ☐

Om någon eller några av de omständigheter som avses i avsnitt 6.3.4.1, punkterna 1 a. – 4 a. och/eller 1 b. – 4 b. i Ansökningsinbjudan föreligger, dvs. om sökanden kryssar i Ja i rutan i tabellen ovan, ska sökanden i för ändamålet avsedd ruta nedan kort beskriva dessa omständigheter.

Beskrivning:

Utförandebeskrivning

Sökanden ska i rutan nedan redogöra för hur sökanden avser att tillse att kraven och villkoren som anges i punkt 6.4 i Ansökningsinbjudan uppfylls.

Redogörelse:

Beräknad driftstart

Ange datum när sökanden planerar att påbörja utförande av uppdraget. Slutligt datum för driftstart överenskommes mellan parterna vid ingåendet av avtalet. Notera i detta sammanhang att den Upphandlande Myndigheten kan behöva upp till 90 dagar från det att avtalet träder i kraft (dvs. från det att båda parter har undertecknat avtalet) för att färdigställa anslutningar till de IT-system som är nödvändiga för utförandet av uppdraget. När slutligt datum för driftstart överenskommes måste hänsyn tas till detta. (Se Förlaga till avtal, punkt 6.3 i Huvuddokumentet)

Ange namn på mottagningen

Mottagningen får inte benämnas på ett sätt som kan leda till missförstånd eller förväxling med annan verksamhet. Vidare rekommenderas att namnet innehåller koppling till den geografiska plats där mottagningen är belägen.

Åberopande av annans kapacitet

Om sökanden åberopar annat företags kapacitet enligt punkt 5.5 i Ansökningsinbjudan ska sökanden fylla i tabellerna nedan.

Sökanden åberopar annans kapacitet	☐

Uppgifter om det företag vars kapacitet åberopas	
Företagets namn	
Organisationsnummer	
Postadress	
Postnummer och ort	

Godkännande av avtalsvillkor

Sökanden ska, genom att sätta kryss i rutan nedan, bekräfta att sökanden accepterar samtliga krav och villkor som anges i Förlaga till avtal, inklusive samtliga därtill hörande bilagor, däribland Bilaga 4 (*Krav gällande fysisk tillgänglighet avseende lokaler*) och Bilaga 5 (*Krav för god hygienisk standard i mottagningsverksamhet*) och för valbart uppdrag 2 och 3 Bilaga 6 *(Krav för god hygienisk standard i operationsverksamhet).*

Sökanden bekräftar att sökanden accepterar samtliga krav och villkor som anges i Förlaga till avtal, inklusive samtliga därtill hörande bilagor, däribland Bilaga 4 (*Kravlista gällande fysisk tillgänglighet avseende lokaler*) och Bilaga 5 (*Krav på god hygienisk standard i mottagningsverksamhet*) och för valbart uppdrag 2 och 3 Bilaga 6 *(Krav på god hygienisk standard i operationsverksamhet).*	☐

Bilagor till ansökan

Sökande ska till ansökan bifoga följande handlingar:

- Ifylld kravlista gällande fysisk tillgänglighet avseende lokaler (bilaga 4).
- Ifylld kravlista för god hygienisk standard i mottagningsverksamhet (bilaga 5).
- Beskrivning av antal läkare och deras tjänstgöringsgrad.
- Kompetenskrav för medicinskt ansvarig/a enligt punkt 2.5.2.2 i uppdragsbeskrivning (bilaga 1).
- Vid ansökan om valbart uppdrag 1: Kompetenskrav enligt punkt 2.5.3.1 i uppdragsbeskrivningen (bilaga 1).
- Vid ansökan om valbart uppdrag 2: Kompetenskrav enligt punkt 2.5.3.2 i uppdragsbeskrivningen (bilaga 1).
- Vid ansökan om valbart uppdrag 3: Kompetenskrav enligt punkt 2.5.3.3 i uppdragsbeskrivningen (bilaga 1).
- Vid ansökan om valbart uppdrag 2 och/eller 3: Ifylld kravlista för god hygienisk standard i operationsverksamhet (Bilaga 6).
- Beskrivning av ägarförhållanden med utdrag ur aktiebok eller motsvarande.
- Kopia av utbildningsbevis för den/de person/personer som utsetts till medicinskt ledningsansvarig läkare (kan vara den person som utsetts till verksamhetschef eller, om denne inte uppfyller kraven som ställs på medicinskt ledningsansvarig, annan av sökanden utsedd person).
- CV och intyg från tidigare arbetsgivare/uppdragsgivare för den person som utsetts till verksamhetschef och, om denne inte uppfyller kraven på medicinskt ledningsansvarig, den/de person/personer som utsetts till medicinskt ledningsansvarig.
- Utdrag ur belastningsregistret[1] för den person som sökanden utsett till verksamhetschef och, om denna inte uppfyller de krav som ställs på medicinskt ledningsansvarig, den/de person/personer som sökanden utsett till medicinskt ledningsansvarig. Utdrag ur belastningsregistret ska inges i obrutet brev från polismyndigheten och får inte vara äldre än tre (3) månader räknat från dagen för inlämnande av ansökan.

[1] Det registerutdrag som avses är ”Utdrag för att kontrollera egna uppgifter i belastningsregistret”.

- En beskrivning av sökandens kvalitetsledningssystem i enlighet med punkt 5.4 i *Ansökningsinbjudan*.
- En rekryteringsplan, anställningsavtal, avtal med bemanningsföretag eller andra handlingar som på motsvarande sätt visar hur sökanden avser att säkerställa att kraven på personella resurser som anges i punkt 6.2 i *Ansökningsinbjudan* kommer att uppfyllas.
- Bifogas i tillämpliga fall: Om sökanden, eller någon sådan underleverantör som avses i punkt 6.3 i Ansökningsinbjudan och som sökanden avser att anlita, är ett bolag under bildande, ska sökanden till sin ansökan bifoga uppgift om diarienummer från Bolagsverket eller motsvarande register i Sverige eller i det land eller den stat där det bolag som är under bildande ska registreras.
- Bifogas i tillämpligt fall: Om sökanden avser att anlita sådan/-a underleverantör/-er som avses i punkt 6.3 ska sökanden till sin ansökan bifoga följande:
    - Kopia av utbildningsbevis för den/de person/personer som hos respektive underleverantör innehar rollen som medicinskt ledningsansvarig (kan vara den person som innehar rollen som verksamhetschef eller, om denne inte uppfyller kraven som ställs på medicinskt ledningsansvarig, annan person);
    - CV och intyg från tidigare arbetsgivare/uppdragsgivare för den person hos respektive underleverantör som innehar rollen som verksamhetschef och, om denne inte uppfyller kraven på medicinskt ledningsansvarig, den/de person/personer hos respektive underleverantör som innehar rollen som medicinskt ledningsansvarig; och
    - Utdrag ur belastningsregistret[2] för den person som hos respektive underleverantör innehar rollen som verksamhetschef och, om denna inte uppfyller de krav som ställs på medicinskt ledningsansvarig, den/de person/personer som hos respektive underleverantör innehar rollen som medicinskt ledningsansvarig. Utdrag ur belastningsregistret ska inges i obrutet brev från polismyndigheten och får inte vara äldre än tre (3) månader räknat från dagen för inlämnande av ansökan.
- Bifogas i tillämpligt fall: Om sökanden åberopar annans kapacitet, ska sökanden även till sin ansökan bifoga en bindande överenskommelse, ett bindande åtagande eller motsvarande som visar att sökanden

[2] Det registerutdrag som avses är ”Utdrag för att kontrollera egna uppgifter i belastningsregistret”.

kommer att förfoga över nödvändiga resurser när kontraktet ska fullgöras.

Om sökanden utgörs av en grupp av leverantörer ska även följande bifogas ansökan:

- Uppgifter om namn och, i förekommande fall, organisationsnummer på de leverantörer som ingår i gruppen.
- Redovisning av vilken eller vilka av leverantörerna i gruppen som uppfyller respektive krav i avsnitt 4 och punkterna 5.1 – 5.2 i *Ansökningsinbjudan*.
- Redovisning som visar att i gruppen delaktiga leverantörer har lämnat bindande utfästelser att bilda ett gemensamt bolag med uppgift att genomföra samtliga åtaganden som omfattas av det uppdrag som ansökan omfattar.

Därutöver ska en grupp av leverantörer som lämnar in en gemensam ansökan senast sex (6) månader efter det att beslut om godkännande av sökandens ansökan fattades inkomma med registerutdrag eller annan dokumentation som visar att det gemensamma bolag som avses i punkt 3 i Ansökningsinbjudan, har bildats, uppfyller lagenligt ställda krav avseende aktiebolags-, handels- eller motsvarande register som förs i det land eller den stat där bolaget är etablerat samt är registrerat som vårdgivare i IVO:s vårdgivarregister.

Sökanden ska vidare för att erbjudas att ingå avtal ge in följande till den Upphandlande Myndigheten (ska ges in senast 6 månader efter beslut om godkännande):

- Utdrag ur IVO:s vårdgivarregister som visar att sökanden är registrerad som vårdgivare ska ges in av sökanden senast sex (6) månader efter det att beslut om godkännande av sökandens ansökan fattades.

- Om sökanden avser att anlita sådan/-a underleverantör/-er som avses i punkt 6.3 i Ansökningsinbjudan ska sökanden senast sex (6) månader efter det att beslut om godkännande av sökandens ansökan fattades ge in utdrag ur IVO:s vårdgivarregister som visar att underleverantören/-erna är registrerad/-e som vårdgivare.

- Om sökanden avser att anlita sådan/-a underleverantör/-er som avses i avsnitt 6.3 i Ansökningsinbjudan ska sökanden senast sex (6) månader efter det att beslut om godkännande av sökandens ansökan fattades inkomma med av denna/dessa underleverantör/-er undertecknad/-e ansvarsförbindelse/-r.

Underskrift

Ort och datum

Underskrift av behörig företrädare för sökanden

Namnförtydligande

Adress och telefon till den som skrivit under ansökan (om annan person än kontaktperson för ansökan)

Ansökan insänds till:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Registrator
Box 30017
104 25 Stockholm

Ange Specialiserad öron-, näs- och halssjukvård på kuvertet.