Ansökan om godkännande enligt lag om valfrihetssystem

Sökande

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

Ansökan avser

Vårdval sexuell hälsa	
Uppdrag	**Ansökan avser**
Basuppdrag (obligatoriskt)	☐

Lokalisering

Ange adress där verksamheten avses bedrivas.

Postadress	
Besöksadress	
Postnummer och ort	
Kommun/stadsdel inom Stockholm	

Upplysningar om lokalerna	**Ja**	**Nej**
Lokalerna på adressen som anges ovan är färdiga att tas i drift	☐	☐
Lokalerna uppfyller krav på tillgänglighet (ifylld kravlista för fysisk tillgänglighet ska bifogas).	☐	☐

Beräknad driftstart

Ange datum när sökanden avser att påbörja utförandet av uppdraget.

Ange namn på mottagningen

Mottagningen får inte benämnas på ett sätt som kan leda till missförstånd eller förväxling med annan verksamhet. Mottagningen ska därför ha ett namn som innehåller uttrycket ”sexuell hälsa”. Vidare rekommenderas att namnet innehåller koppling till den geografiska plats där mottagningen är belägen.

Verksamhetschef

Verksamhetschef	
Namn	
E-postadress	

Telefonnummer	

Medicinskt ledningsansvarig

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	
E-postadress	
Telefonnummer	

Beskriv hur den medicinskt ledningsansvarige aktivt och regelbundet kommer delta i verksamheten, i enlighet med Uppdragsbeskrivningen punkt 2.5.2.2.

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, på heder och samvete intyga att sådana omständigheter som enligt punkt 4.2 i Ansökningsinbjudan utgör grund för att utesluta sökanden inte föreligger.

Sökanden intygar härmed på heder och samvete	**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 6.4 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 1

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 6.4.4, punkterna 1 a. – 3 a. och 1 b. – 3 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 6.4.4, punkterna 1 a. – 3 a. och/eller 1 b. – 3 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:

Underleverantör 2

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 6.4.4, punkterna 1 a. – 3 a. och 1 b. – 3 b. i Ansökningsinbjudan, utgör grund för den Upphandlande myndigheten att byta ut underleverantör 2, föreligger eller inte hos underleverantör 2.

Sådana omständigheter som avses ovan föreligger hos underleverantör 2	Ja ☐ Nej ☐

Om någon eller några av de omständigheter som avses i avsnitt 6.4.4, punkterna 1 a. – 3 a. och/eller 1 b. – 3 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:

Underleverantör 3

Uppgifter om underleverantör	
Namn	
Organisationsnummer	
Postadress	
Postnummer och ort	
Ange vilken/vilka del/-ar av uppdraget som underleverantören ska utföra	
Namn på underleverantören 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 6.4.4, punkterna 1 a. – 3 a. och 1 b. – 3 b. i Ansökningsinbjudan, utgör grund för den Upphandlande myndigheten att byta ut underleverantör 3, föreligger eller inte hos underleverantör 3.

Sådana omständigheter som avses ovan föreligger hos underleverantör 3	Ja ☐ Nej ☐

Om någon eller några av de omständigheter som avses i avsnitt 6.4.4, punkterna 1 a. – 3 a. och/eller 1 b. – 3 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:

Verksamhetsbeskrivning med mera

Beskrivning av hur verksamheten kommer att bedrivas
Sökande ska under detta avsnitt lämna uppgifter om verksamheten som sökanden avser att bedriva inom Vårdvalet enligt instruktionerna nedan. Redovisa hur sökanden planerar att bedriva verksamheten på ett sådant sätt att kraven i Förlaga till avtal, inklusive därtill hörande bilagor, uppfylls.

Kommentera särskilt:

1. Verksamhetens planerade öppethållande under hela året, inklusive sommarperioden.
2. Säkerställande av nödvändig kompetensutveckling för samtlig personal (barnmorskor, sjuksköterskor, kuratorer och läkare).
3. Bemanning av barnmorskor med förskrivningsrätt samt sjuksköterskor, redovisa hur kompetenskraven i enlighet med uppdragsbeskrivningen punkt 2.5.2.4 kommer att uppfyllas.
4. Bemanning av läkare, redovisa hur kompetenskraven i enlighet med uppdragsbeskrivningen punkt 2.5.2.4 kommer att uppfyllas.
5. Hur mottagningen avser att uppnå kravet på 7000 fysiska besök per kalenderår i enlighet med uppdragsbeskrivningen punkt 1.1.2. Beskriv särskilt utifrån geografi och lokalens kapacitet.

Åberopande av annans kapacitet

Om sökanden åberopar annat företags kapacitet enligt punkt 5.4 i Ansökningsinbjudan ska sökanden fylla i uppgifterna 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.

Sökanden bekräftar att sökanden accepterar samtliga krav och villkor som anges i Förlaga till avtal, inklusive samtliga därtill hörande bilagor	☐

Bilagor till ansökan

Sökande ska till ansökan bifoga följande handlingar som ska ges in som bilagor med nedan angivna bilagenummer:

- Bilaga 1: Beskrivning av ägarförhållanden med utdrag ur aktiebok eller motsvarande.
- Bilaga 2: En beskrivning av sökandens kvalitetsledningssystem i enlighet med punkt 5.3 i Ansökningsinbjudan.
- Bilaga 3: Kopia av undertecknat/-de hyresavtal, utdrag ur fastighetsregistret (om sökande själv äger den fastighet/de fastigheter i vilka de lokaler där uppdraget ska utföras är belägna) eller annan handling som visar att sökanden har tillgång till och förfogar över lokalerna.
- Bilaga 4: Ifylld kravlista gällande fysisk tillgänglighet avseende lokaler som visar att lokalerna uppfyller kraven som anges i kravlistan.

- Bilaga 5: Kopia av utbildningsbevis för den person som utsetts till medicinskt ledningsansvarig (kan vara den person som utsetts till verksamhetschef eller, om denne inte uppfyller kraven som ställs på medicinskt ledningsansvarig, annan av sökanden utsedd person).
- Bilaga 6: CV för den person som utsetts till verksamhetschef och, om denne inte uppfyller kraven på medicinskt ledningsansvarig, den person som utsetts till medicinskt ledningsansvarig.
- Bilaga 7: 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 person som sökanden utsett till medicinskt ledningsansvarig. Utdrag ur belastningsregistret ska inges i obrutet brev från polismyndigheten och får inte vara äldre än sex (6) månader räknat från dagen för inlämnande av ansökan.
- Bilaga 8: 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 6.3 i Ansökningsinbjudan kommer att uppfyllas.
- Bilaga 9 (i tillämpligt fall): Om sökanden 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.
- Bilaga 10 (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 kommer att förfoga över nödvändiga resurser när kontraktet ska fullgöras.

[1] Registerutdraget som avses är kontroll av egna uppgifter i belastningsregistret

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)

Dokument som Beställaren kan begära in på anmodan efter det att Ansökan har skickats in.

- Bevis för att uteslutningsgrund inte föreligger enligt punkterna 1, 2, 3 och 5 i punkt 4.1 i Ansökningsinbjudan för sökanden eller, i förekommande fall, för företag vars kapacitet åberopas.
- Registreringsbevis från bolagsverket.
- Om sökanden inte uppfyller ratingkravet A (Dun & Bradstreet/Bisnode) (se punkt 5.2 i Ansökningsinbjudan), i punkt 5.2 angivna dokument/handlingar som visar att kravet på ekonomisk och finansiell ställning ändå är uppfyllt.
- Gällande registerutdrag från Skatteverket som visar att sökanden är godkänd för F-skatt. Sådant registerutdrag får inte vara äldre än fjorton (14) dagar räknat från dagen för sökandens mottagande av Beställarens anmodan.

Ansökan insänds till:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Registrator
Box 30017
104 25 Stockholm

Ange ”Vårdval sexuell hälsa” på kuvertet.