



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شاهرود

معاونت درمان

شماره:.....

تاریخ:.....

پیوست:.....

فرم استعلام بها

دانشگاه علوم پزشکی شاهرود در نظر دارد نسبت به واگذاری ارایه خدمات درمان سوء مصرف مواد در مرکز دولتی آفتاب به متقاضیان واجد شرایط بشرح زیر اقدام نماید. لذا در صورت تمایل نسبت به تکمیل فرم استعلام برابر مشخصات مشروحه زیر اقدام نموده و حداکثر تا اتمام وقت اداری مورخ ۹۸/۰۲/۲۵ به همراه سایر مدارک خواسته شده در پاکت در بسته به واحد تدارکات معاونت درمان دانشگاه واقع در ساختمان البرز تحویل فرمایید.

- ۱- مسئول فنی مرکز علاوه بر شرایط مندرج در آیین نامه تاسیس درمانگاهها باید متخصص روانپزشکی یا پزشک دوره دیده باشد.
- ۲- پزشک می بایست دوره آموزشی عملی ۱۴ روزه در مراکز آموزشی منتخب درمان سوء مصرف مواد وفق پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست را گذرانده باشد و می بایست گواهی دوره را به پیوست این فرم استعلام به دانشگاه تحویل نماید.
- ۳- متقاضی می بایست مشمول قانون منع مداخله کارکنان در معاملات دولتی نباشد.

ساعات کار مرکز:

این مرکز از ساعت ۸ الی ۱۶ در دو شیفت صبح و عصر پیوسته (هشت ساعت کاری) با حد اکثر ۳۶۰ بیمار با تعرفه دولتی ارائه خدمت نماید و در روزهای تعطیل رسمی جز جمعه حداقل دو ساعت جهت تحویل دارو ارائه خدمت نماید.

تبصره:

پیمانکار موظف است ارائه خدمات طبق مصوبه کمیسیون ماده ۳۹ مورخه ۱۳۹۶/۱۲/۵ این دانشگاه را طی سه ماه ابتدای قرارداد به حد اکثر دویست بیمار تحت درمان متادون و یکصد بیمار تحت درمان با تنتور اپیوم و شصت بیمار تحت درمان با قرص بوپره نورفین تغییر دهد. کاهش تعداد بیماران به کمتر از سیصد بیمار به ازای هر نفر به غیر از قرص بوپره نورفین مبلغ چهارصد هزار ریال از پرداختی ماهیانه به پیمانکار، کسر خواهد شد.

تعهدات طرف اول قرارداد :

الف) مجوز دانشگاه بابت ارائه خدمت

ب) تامین دارو برای بیماران پذیرش شده حداکثر ۳۶۰ بیمار

ج) تهیه مکان و هزینه های آب و برق و گاز مرکز

د) تامین تجهیزات

ی) پرداخت تخفیفات کارشناسی مدد کاری از محل اعتبارات مربوط طبق دستورالعمل معاونت درمان دانشگاه

تعهدات طرف دوم قرارداد:

الف) تامین نیروهای مورد نیاز جهت ارائه خدمت بر اساس نظر معاونت درمان دانشگاه شامل پزشک مجرب و دوره دیده در خصوص درمان با آگونیستها، روانپزشک، روانشناس، مددکار اجتماعی، پرستار

ب) رعایت مفاد آخرین پروتکل های ابلاغی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دستورالعملهای ارسالی از معاونت درمان دانشگاه

قیمت پیشنهادی:

برنده استعلام می بایست در ازای خدمات ارائه شده در مرکز و برابر تعرفه مصوب درمان بیماران نسبت به تنظیم لیست مبالغ واریز شده از طرف بیماران اقدام نموده و مبلغ مذکور را روزانه به حساب اعلام شده از طرف دانشگاه واریز نماید و فیش واریزی را به امور مالی تحویل نماید که پس از تایید امور مالی و ناظر معرفی شده از طرف دانشگاه معادل مبلغ توافق شده و پس از کسر کسورات قانونی قرارداد به حساب نامبرده واریز خواهد شد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شاهرود

معاونت درمان

شماره:.....

تاریخ:.....

پیوست:.....

کلیه درآمدهای حاصل از خدمات ارائه شده در مرکز درمان سوء مصرف مواد آفتاب متعلق به دانشگاه علوم پزشکی می باشد که می بایست به حساب اعلام شده از طرف دانشگاه واریز گردد.

تبصره:

در صورت افزایش یا کاهش تعرفه، ملاک محاسبه آخرین مصوبات اعلام شده می باشد.

قیمت پیشنهادی جهت دریافت از دانشگاه در هر ماه

به عدد

به حروف

مهر و امضاء