1. **Pielikums**

**Nolikumam**

**“Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju**

**Atlases procedūra pakalpojuma sniegšanai no 2019.gada”**

*PARAUGS*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PIETEIKUMS**

**Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu**

**sniedzēju atlasei pakalpojumu sniegšanai no 2019.gada**

**1.** Ārstniecības iestāde, kas ir pašnodarbināta persona (ārsta prakse), komercsabiedrība vai komersants *(atbilstošo pasvītrot)*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*nosaukums*

reģ. Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (turpmāk – Pretendents)

 *reģistrācijas numurs*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

personā

*pašnodarbinātas personas vai amatpersonas (u) ar pārstāvības tiesībām vai tās/to pilnvarotās personas amats, vārds un uzvārds*

ar šī pieteikuma iesniegšanu:

* 1. piesakās piedalīties medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju atlasē 2019.gadam uz šādu pakalpojumu sniegšanu no 2019.gada 1.janvāra (vajadzīgo ierakstīt atbilstoši 1.pielikumā noteiktajam):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | pakalpojumu sniegšanas vieta (precīza adrese, norādot ielu, mājas Nr./nosaukumu, pilsētu (apdzīvotu vietu)) | medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma veids atbilstoši nolikuma 9.1. punktam | kopējais speciālistu kontaktstundu skaits nedēļā |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. apņemas ievērot atlases procedūras nolikumu;
	2. norāda to telpu klāstu, skaitu, platību m2 un raksturojumu, kurās tiks nodrošināta pakalpojuma sniegšana:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | telpu klāsts (speciālistu kabineti, nodarbību telpas, zāles u.c.) | skaits | platība m2 | raksturojums (lietošanas mērķis)  | telpu noslodzes sadalījums pa rehabilitācijas veidiem | pakalpojumu sniegšanas vieta (precīza adrese, norādot ielu, mājas Nr./nosaukumu, pilsētu (apdzīvotu vietu)) | medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma veids |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**1.4.** norāda ierīces un aprīkojumu, kas tiks izmantots pakalpojumu sniegšanai:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | Ierīces vai aprīkojuma nosaukums | medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma veids | pakalpojumu sniegšanas vieta (precīza adrese, norādot ielu, mājas Nr./nosaukumu, pilsētu (apdzīvotu vietu)) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

**1.5.** norāda medicīniskās tehnoloģijas, kuras tiks nodrošinātas medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanai:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | medicīniskās tehnoloģijas nosaukums | medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma veids |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

**1.6.** norāda, vai ārstniecības iestādē ir kvalitātes sistēma, kas organizē un nosaka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu\_\_\_\_\_\_\_\_(jā/nē);

**1.7.** norāda, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai tiks nodrošināti pakalpojuma sniegšanas vietā šādi speciālisti:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. | vārds, uzvārds  | identifikators | specialitāte | pakalpojumu veids, ko sniegs | kontaktstundu skaits nedēļā | Informācija, vai ir sertificēts |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |

**2.** Vienlaicīgi ar šī pieteikuma parakstīšanu Pretendents apliecina:

**2.1.** iespējas un gatavību līguma ietvaros sniegt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus par noteikto cenu atbilstoši spēkā esošajiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu tarifiem un apmaksas nosacījumiem, nepieprasot papildu maksu no medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņēmēja, izņemot pacienta līdzmaksājumu;

**2.2.** ka piedāvājuma iesniegšanas brīdī visas medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas vietas neatkarīgi no pakalpojumu sniegšanas vietu (adrešu) skaita un Pretendenta rīcībā esošais materiāltehniskais nodrošinājums veselības aprūpes pakalpojumu veidam, uz kuru tas piesakās šajā atlases procedūrā, atbilst normatīvajos aktos ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām noteiktajām obligātajām prasībām;

**2.3.** ka Pretendentam nav uzsākts likvidācijas vai maksātnespējas process, nav pabeigta bankrota procedūra, nav Maksātnespējas likumā minēto maksātnespējas pazīmju, nav apturēta Pretendenta saimnieciskā darbība;

**2.4.** ka Pretendentam nav Valsts ieņēmumu dienesta administrēto nodokļu (nodevu) parāda vai tas nepārsniedz EUR 150.00;

**2.5.** ka nodrošinās pieteikumā atzīmēto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu un pieejamību iedzīvotājiem atlases nolikuma 9.punktā noteiktajās pakalpojumu plānošanas vienībās atbilstoši noslēgtā līguma noteikumiem ar Nacionālo veselības dienestu;

**2.6.** ka visas piedāvājumā sniegtās ziņas ir patiesas;

 **2.7.** apliecina, ka apņemsies ievērot nolikumā noteiktās prasības, zemāk esošajā tabulā attiecīgajā ailē ierakstot “X”:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. | Pretendents apliecina, ka apņemsies: | Rehabilitācijas pakalpojumu programma stacionārā | Rehabilitācijas pakalpojumu programma dienas stacionārā | Rehabilitācijas pakalpojumu programma ambulatori |
| 1. | ievērot, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi tiks sniegti personai ar nosūtījumu atbilstoši nolikumā minētajiem nosacījumiem par fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījuma vai ģimenes ārsta/speciālista nosūtījuma nepieciešamību;  |  |  |  |
| 2. | nodrošināt fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta novērtējumu pirms pacienta nosūtīšanas medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai; |  |  |  |
| 3. | ievērot noteiktos pacientu atlases kritērijus medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai; |  |  |  |
| 4. | sniegt stacionāros medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus atbilstoši noteiktai intensitātei un mērķim; |  |  |  |
| 5. | nodrošināt, ka fizikālās un rehabilitācijas medicīniskās ārsts nosaka rehabilitācijas mērķus, balstoties uz konstatētajiem funkcionēšanas traucējumiem un kritērijus atkārtotai pacienta funkcionēšanas spēju novērtēšanai, ja pacientam pēc fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta novērtējuma nepieciešamas līdz piecām funkcionālā speciālista pakalpojuma reizēm ambulatori; |  |  |  |
| 6. | nodrošināt, ka fizikālās un rehabilitācijas medicīniskās ārsts sastāda pacientam individuālu medicīniskās rehabilitācijas plānu, ja pakalpojumu plānots sniegt stacionārā, dienas stacionārā, vai nepieciešamas vairāk par piecām ambulatorām funkcionālā speciālista nodarbībām; |  |  |  |
| 7. | nodrošināt medicīniskās rehabilitācijas kursa rezultāta novērtēšanu pēc kursa beigām; |  |  |  |
| 8. | nodrošināt, ka medicīniskās rehabilitācijas plāns tiek pievienots nosūtījumam; |  |  |  |
| 9. | nodrošināt, ka medicīniskās rehabilitācijas plāna viens eksemplārs tiek izsniegts pacientam pēc fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta konsultācijas, otrs tiek pievienots ambulatorai vai stacionārai medicīniskai kartei; |  |  |  |
| 10. | nodrošināt, ka iekārtas un aprīkojums atbilst tām Latvijā reģistrētām medicīniskās rehabilitācijas tehnoloģijām, kuras ārstniecības iestāde pielieto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanā; |  |  |  |
| 11. | sniedzot multiprofesionālus medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, nodrošināt multiprofesionālas komandas sapulces vismaz 1 (vienu) reizi nedēļā un sapulcē pieņemtos lēmumus fiksēt pacienta medicīniskajā dokumentācijā; |  |  |  |
| 12. | nodrošināt pacienta informēšanu par medicīniskās rehabilitācijas procesu, izvirzīto mērķi, rehabilitācijas procesa riskiem, nodarbību/procedūru un/vai konsultāciju veikšanas biežumu, pielietotajām tehnoloģijām un citiem nozīmīgiem jautājumiem, kas saistīti ar rehabilitācijas pakalpojumiem; |  |  |  |
| 13. | nodrošināt medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā iekļauto personu uzskaiti, personu veselības un funkcionālā stāvokļa novērtēšanas un medicīniskās rehabilitācijas rezultātu apkopošanu; |  |  |  |
| 14. | nodrošināt rindu organizācijas noteiktās prasības; |  |  |  |
| 15. | nodrošināt, ka, sniedzot no valsts budžeta apmaksātu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu, no pacienta tiek iekasēts tikai normatīvajos aktos noteiktais pacienta līdzmaksājums; |  |  |  |
| 16. | nodrošināt, ka medicīniskās rehabilitācijas plāna rezultātu novērtēšana tiks veikta, analizējot rehabilitācijas plāna un mērķu izpildi vai neizpildi par noteiktu periodu, kā arī rehabilitācijas rezultāts tiks monitorēts un novērtēts, dokumentējot personas funkcionālo spēju novērtējumu; |  |  |  |
| 17. | nodrošināt atgriezenisko saiti ar ģimenes ārstu, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstu vai funkcionālajiem speciālistiem par pacientam sniegtajām nodarbību reizēm aizpildot slēdzienu e-veselībā, tiklīdz iestādei ir nodrošināta šāda tehniskā pieeja; |  |  |  |
| 18. | nodrošināt atgriezenisko saiti ar ģimenes ārstu, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstu vai funkcionālajiem speciālistiem par pacientam sniegtajām nodarbību reizēm aizpildot izrakstu veidlapas formā Nr. 027/u, kamēr nav nodrošināta ievade e-veselības sistēmā. |  |  |  |

 **2.8.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(citi apliecinājumi atbilstoši nolikuma prasībām).*

**3.** Dati par Pretendentu:

**3.1.** Pretendenta juridiskā adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**3.2.** Pretendenta kontakti:

tālruņa numurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

faksa numurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

elektroniskā pasta adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Parakstīšanas vieta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, datums\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paraksts\*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\* Pieteikums ir jāparaksta amatpersonai (-ām) ar pārstāvības tiesībām vai tās/to pilnvarotajām personām.*

*Ja piedāvājumu paraksta pilnvarotā persona, piedāvājumam jāpievieno pilnvaras oriģināls vai normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā apliecināta kopija.*

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju atlases

komisijas priekšsēdētājs (*paraksts*)E. Labsvīrs