

بسمه تعالی



تاریخ:

شماره:

فرم استعلام بها

شبکه بهداشت و درمان شهرستان شهریار در نظر دارد انجام خدمات مرکز گذری کاهش آسیب مواد را در منطقه ویره با شرایط ذیل از طریق استعلام بها به یکی از شرکت ها یا افراد حقیقی ذی صلاح واگذار نماید. با توجه به حجم فعالیت های ابلاغ شده متقاضیان باید قیمت پیشنهادی خود را از حداقل مبلغ ۶,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال معادل (ششصد و پنجاه میلیون تومان) جهت راه اندازی مرکز گذری کاهش آسیب مواد با ۲ تیم سیار تا پایان وقت اداری تاریخ ۱۴۰۳/۰۶/۰۷ در سامانه تدارکات با شماره نیاز ۱۱۰۳۰۹۱۹۳۳۰۰۰۰۰۸ بارگزاری نمایند

موضوع: واگذاری مرکز خدمات کاهش آسیب وابستگی به سوء مصرف مواد به معتادان تزریقی خیابانی

گروه هدف: معتادان تزریقی خیابانی، حاشیه نشین و سخت دسترس و همچنین مصرف کنندگان مواد مخدر که دارای رفتار پرخطر هستند.

مدت اجرا: یک سال از تاریخ عقد قرارداد و صدور مجوز

دستگاه ناظر: شبکه بهداشت و درمانی شهرستان شهریار و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران

تاریخ دریافت مدارک توسط متقاضی از سایت شبکه بهداشت: ۱۴۰۳/۰۶/۰۳

تاریخ تحویل مدارک تکمیل شده: از ۱۴۰۳/۰۷/۰۵ لغایت ۱۴۰۳/۰۶/۰۷

تاریخ بررسی و ارزیابی مدارک: ۱۴۰۳/۰۶/۰۷

اعلام نتیجه بررسی و ارزیابی مدارک: ۱۴۰۳/۰۶/۰۸

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده قیمت:

(ریال)

(ریال) (به حروف)

قیمت پیشنهادی: (به عدد)

آدرس پیشنهاد دهنده قیمت:

تلفن تماس و امضاء:

میزان سابقه کار و مدارک مربوطه در ارتباط با موضوع قرارداد در مراکز و سازمان های معتبر ذکر شود. (مدارک ضمیمه باشد) و مدارک اعم از مشخصات فرد، اساس نامه، سوابق کاری، دوره های آموزشی و فرم استعلام بهاء در سامانه تدارکات بارگذاری شود. شماره مورد نیاز در سامانه تدارکات (شماره نیاز ۱۱۰۳۰۹۱۹۳۳۰۰۰۰۰۸) می باشد.

ارائه گواهی دوره های آموزشی مرتبط با اعتیاد و کاهش آسیب برای افراد حقیقی و حقوقی الزامی است. (ضمیمه شود) ارائه کپی اساسنامه فعالیت های کاهش آسیب و راه اندازی مرکز جهت شرکت های حقوقی الزامی است. (ضمیمه شود) مدرک تحصیلی (کپی ضمیمه باشد): در ضمن تمامی فرم ها و صفحات قرارداد باید توسط متقاضی مهر و امضاء شود.

جدول شماره ۱: لوازم بهداشتی / مصرفی مرکز DIC و MMT

لوازم بهداشتی	تعداد بیمار تحت پوشش	تعداد مصرفی هر بیمار (روزانه)	هزینه (واحد)	هزینه ماهانه	هزینه سالانه
سرنگ ۲ یا ۵ سی سی پیستون دار	۹۰	۲			
سرسوزن شماره ۲۷	۹۰	۱			
آب مقطر	۹۰	۲			
چسب زخم	۹۰	۲			
پد الکلی	۹۰	۲			
فیلتر	۹۰	۲			
پکیج پانسمان	۹۰	با توجه به نیاز بیماران			
ملاقه	۹۰	با توجه به نیاز بیماران			
کاندوم	۹۰	با توجه به نیاز بیمار			
SAFETY box یک لیتری	۹۰	متناسب با سرنگ توزیع شده			
لوازم بهداشتی حمام	۹۰	با توجه به نیاز بیمار			
جمع هزینه ها					

جدول شماره ۲: جمع کل هزینه برآورد شده سالانه یک مرکز DIC و یک واحد MMT ضمیمه و دو تیم سیار ۲ نفره (Outreach)

ردیف	نوع هزینه	هزینه ماهانه	هزینه سالانه
۱	هزینه لوازم بهداشتی / مصرفی DIC – MMT-outreach		
۲	هزینه های جاری		
۳	هزینه پرسنلی و بیمه		
۴	هزینه ایاب ذهاب تیم سیار (Outreach)		

جدول شماره ۳: هزینه های جاری

عنوان هزینه ها	تعداد خدمات	هزینه ماهانه	هزینه سالانه
اجاره بهاء (حداقل متراژ ۷۵ متر مربع با ۲ اتاق، سالن انتظار بیماران، آبدارخانه، سرویس بهداشتی و انباری)		کانکس موجود می باشد	
هزینه آب و برق و تلفن و گاز			
پوشاک	حداقل ۲۰ نفر در ماه		
تغذیه شامل: (۶ روز در هفته صبحانه و ناهار که براساس برنامه زمانبندی شده طبق لیست غذائی مرکز در هفته ارائه شود)	۳۰ نفر روزانه		
لوازم مصرفی و ظروف یک بار مصرف توزیع غذا			
نوشت افزار، فرمهای آماری، پرونده و دفاتر			
هزینه مالیات دارایی و عوارض شهرداری			
هزینه بازیافت زباله های عفونی و سرنگ جمع آوری شده			
حق الزحمه پرسنل شامل مسئول مرکز، مسئول فنی، متصدی برنامه سرنگ و سوزن، متصدی پذیرش و تحویل لوازم کاهش آسیب، خدمه، ۴ نفر تیم سیار	۹ نفر		
بیمه پرسنل	۹ نفر		
هزینه متادون	۱۰۰ نفر روزانه		
جمع هزینه ها			

تعارفه درمان نگه‌دارنده با متادون آستانه پایین (دارو صرفاً متادون و به شکل شربت بوده و ارائه دوز منزل ممنوع می باشد) در حال حاضر بر اساس آخرین دستورالعمل برای هر بیمار مبلغ ۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال (ششصد هزار ریال) می باشد که توسط مرکز DIC از بیماران به صورت ماهانه یا روزانه (طبق توافق در نحوه پرداخت) دریافت می شود.

جدول شماره ۴: لوازم بهداشتی / مصرفی تیم سیار

هزینه سالانه	هزینه ماهانه	هزینه (واحد)	تعداد مصرفی هر بیمار (روزانه)	تعداد بیمار تحت پوشش	هزینه لوازم بهداشتی مصرفی
			۲	۵۰	سرنگ ۲ یا ۵ سی سی پیستون دار
			۱	۵۰	سرسوزن شماره ۲۷
			۲	۵۰	آب مقطر
			۲	۵۰	چسب زخم
			۲	۵۰	پدالکلی
			۲	۵۰	فیلتر
			با توجه به نیاز بیماران	۵۰	پکیج پانسمان
			با توجه به نیاز بیماران	۵۰	ملاقه
			با توجه به نیاز بیماران	۵۰	کاندوم
			متناسب با سرنگ جمع آوری شده	۵۰	(یک لیتری در هفته) SAFETY box
			جمع هزینه ها		

جدول شماره ۵ : هزینه ایاب ذهاب و پرسنلی تیم سیار

هزینه سالانه	هزینه ماهانه	هزینه روزانه	تعداد روزهای فعالیت	نوع فعالیت
			به استثنای روزهای جمعه	هزینه ایاب و ذهاب روزانه تیم سیار
			جمع هزینه	

لازم به ذکر است مدارک اعم از مشخصات فرد، اساس نامه، سوابق کاری، دوره های آموزشی و فرم استعلام بهاء در سامانه تدارکات بارگذاری شود. شماره مورد نیاز در سامانه تدارکات (شماره نیاز ۱۱۰۳۰۹۱۹۳۳۰۰۰۰۰۸) می باشد.