kبسمه تعالي

 تاريخ:

شماره:

فرم استعلام بها

**شبکه بهداشت و درمان شهرستان شهریار در نظر دارد انجام خدمات مرکز گذری کاهش آسیب مواد را در منطقه نصیرآباد 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 9000،000،000 ریال معادل (نه میلیارد ریال )جهت راه اندازی مرکز گذری کاهش آسیب مواد با 2 تیم سیار تا پایان وقت اداری تاریخ 02/11/1403 در سامانه تدارکات با شماره نیاز 1103091933000019 بارگزاری نمایند**

**موضوع: واگذاري مركز خدمات كاهش آسيب وابستگی به سوء مصرف مواد به معتادان تزریقی خیابانی**

**گروه هدف: معتادان تزريقي خياباني، حاشيه نشین و سخت دسترس و همچنين مصرف كنندگان مواد مخدر كه داراي رفتار پرخطرهستند.**

**مدت اجرا: يك سال از تاريخ عقد قرارداد و صدور مجوز**

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

**تاريخ دریافت مدارک توسط متقاضی از سایت شبکه بهداشت : 26/10/1403**

**تاریخ تحويل مدارك تكميل شده: از 26/10/1403 لغایت 02/11/1403**

**تاریخ بررسی و ارزیابی مدارک: 03/11/1403**

**اعلام نتیجه بررسی و ارزیابی مدارک: 04/11/1403**

**نام و نام خانوادگي پيشنهاد دهنده قيمت:**

**قيمت پيشنهادي: ( به عدد ريال ) (به حروف ريال)**

**آدرس پيشنهاد دهنده قيمت:**

**تلفن تماس و امضاء:**

**ميزان سابقه كار و مدارک مربوطه در ارتباط با موضوع قرارداد در مراکز و سازمان های معتبر ذکر شود. (مدارک ضمیمه باشد) و مدارک اعم ازمشخصات 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 1103091933000019 ) می باشد.**

**ارائه گواهي دوره هاي آموزشي مرتبط با اعتياد و كاهش آسيب 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 بایدتوسط متقاضی مهر و امضاء شود.**

جدول شماره 1: لوازم بهداشتي / مصرفي **مركزDIC و MMT**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **لوازم بهداشتي** | تعداد بيمارتحت پوشش | تعداد مصرفي هربيمار(روزانه) | هزينه(واحد) | هزينه ماهانه | هزينه سالانه |
| **سرنگ 2 يا 5 سي سي پیستون دار** | **90** | **2** |  |  |  |
| **سرسوزن شماره 27** | **90** | **1** |  |  |  |
| **آب مقطر** | **90** | **2** |  |  |  |
| **چسب زخم** | **90** | **2** |  |  |  |
| **پد الكلي** | **90** | **2** |  |  |  |
| **فيلتر** | **90** | **2** |  |  |  |
| **پكيج پانسمان** | **90** | **با توجه به نیاز بیماران** |  |  |  |
| **ملاقه** | **90** | **با توجه به نیاز بیماران** |  |  |  |
| **كاندوم** | **90** | **با توجه به نیاز بیمار** |  |  |  |
| **يك ليتري SAFETY box** | **90** | **متناسب با سرنگ توزیع شده** |  |  |  |
| **لوازم بهداشتی حمام** | **90** | **با توجه به نیاز بیمار** |  |  |  |
| **جمع هزینه ها** | | |  |  |  |

جدول شماره 2: جمع كل هزينه برآورد شده سالانه يك مركز **DIC** و يك واحد **MMT** ضميمه و دو تيم **سيار 2 نفره(Outreach)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| رديف | نوع هزينه | هزينه ماهانه | هزينه سالانه |
| 1 | هزينه لوازم بهداشتی/ مصرفي **DIC – MMT-outreach** |  |  |
| 2 | هزينه هاي جاري |  |  |
| 3 | هزينه پرسنلي **و بیمه** |  |  |
| 4 | هزينه ایاب ذهاب تيم سيار (**Outreach**) |  |  |

جدول شماره3: هزينه هاي جاري

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **عنوان هزینه ها** | **تعداد خدمات** | هزينه ماهانه | هزينه سالانه |
| **اجاره بهاء (حداقل متراژ 75 متر مربع با 2 اتاق، سالن انتظار بيماران،آبدارخانه،سرويس بهداشتي و انباري)** |  | **کانکس موجود می باشد** | - |
| **هزينه آب و برق و تلفن و گاز** |  |  |  |
| **پوشاك** | حداقل 20 نفر در ماه |  |  |
| **تغذيه شامل: (6 روز در هفته صبحانه و ناهار كه براساس برنامه زمانبندي شده طبق لیست غذائي مركز در هفته ارائه شود)** | 30نفر روزانه |  |  |
| **لوازم مصرفی و ظروف يك بارمصرف توزيع غذا** |  |  |  |
| **نوشت افزار، فرمهاي آماري، پرونده و دفاتر** |  |  |  |
| **هزينه ماليات دارايي و عوارض شهرداري** |  |  |  |
| **هزينه بازيافت 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، 4 نفر تیم سیار** | 9 نفر |  |  |
| **بیمه پرسنل** | 9 نفر |  |  |
| **هزینه متادون** | 100 نفر روزانه |  |  |
| **جمع هزینه ها** | |  |  |

تعرفه درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین (دارو صرفا متادون و به شکل شربت بوده و ارائه دوز منزل ممنوع می باشد) در حال حاضر بر اساس آخرین دستورالعمل برای هر بیمار مبلغ 600000ریال (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 شماره4: لوازم بهداشتي/ مصرفي تيم سيار

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| هزينه لوازم بهداشتي مصرفي | تعداد بيمار تحت پوشش | تعداد مصرفي هربيمار(روزانه) | هزينه (واحد) | هزينه ماهانه | هزينه سالانه |
| **سرنگ 2 يا 5 سي سي پيستون دار** | 50 | 2 |  |  |  |
| **سرسوزن شماره27** | 50 | 1 |  |  |  |
| **آب مقطر** | 50 | 2 |  |  |  |
| **چسب زخم** | 50 | 2 |  |  |  |
| **پدالكلي** | 50 | 2 |  |  |  |
| **فيلتر** | 50 | 2 |  |  |  |
| **پكيج پانسمان** | 50 | **با توجه به نیاز بیماران** |  |  |  |
| **ملاقه** | 50 | **با توجه به نیاز بیماران** |  |  |  |
| **كاندوم** | 50 | **با توجه به نیاز بیماران** |  |  |  |
| **يك ليتري در هفته ) ) SAFETY box** | 50 | **متناسب با سرنگ جمع آوری شده** |  |  |  |
| جمع هزینه ها | | |  |  |  |

جدول شماره 5 : هزينه اياب ذهاب و پرسنلي تيم سيار

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع فعاليت | تعداد روزهای فعاليت | هزينه روزانه | هزينه ماهانه | هزينه سالانه |
| هزينه اياب و ذهاب روزانه تيم سيار | به استثناي روزهاي جمعه |  |  |  |
| **جمع هزينه** | |  |  |  |

**لازم به ذکر است مدارک اعم ازمشخصات 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 1103091933000019 )می باشد.**