

קול קורא להתקשרות עם קופת חולים בקשר עם מימון מתן טיפולים / אבחונים
בתחום קלינאות תקשורת ו/או ריפוי בעיסוק

במסגרת מרכז טיפולי רב תחומי לילדים והורים- מטרייה

באגף החינוך של עיריית רעננה

עיריית רעננה מעוניינת להתקשר עם קופת החולים שתזכה, בנוגע למימון מתן טיפולים / אבחונים בתחום קלינאות תקשורת ו/או ריפוי בעיסוק במסגרת מרכז טיפולי רב תחומי לילדים והורים- מטרייה.

-הקופה שתזכה תהא זו שנקבה במחיר הגבוה יותר בעמודת ה"סך הכל" בטבלת ההצעה הכספית. אין לרשום סכום הנמוך מהסכום המינמלי הנקוב על ידי העיריה.

-הקופה שתזכה תעביר נוסח התקשרות לעיריה והתנאים יהיו אלה שיהיו מקובלים ומאושרים בעיריה, ובכלל זה בהתאם לעקרונות הבאים:

-מובהר זה כי רשימת המטפלים/ות במרכז הינו בהתאם להליך קול קורא שמקיימת העיריה לבחירתם/ן בהתאם לשיקול דעתה, העיריה תעדכן את הקופה הזוכה לגבי פרטי המטפלים/ות שנבחרו.

- הקופה לא תוכל להתנות ההתקשרות עם העיריה ברשימה מסויימת של מטפלים/ות או מטפלים/ות שאינם ברשימת הזוכים, ואולם- שירות למבוטחי הקופה במסגרת תשלום הקופה לעיריה, ינתן על ידי מטפלים/ות מבין המטפלים שזכו ושאושרו על ידי הקופה. לא ינתן במרכז שירות למטופלי הקופה, על ידי מטפלים/ות שזכו אך לא אושרו על ידי הקופה.

-אין העיריה מתחייבת למינימום מטפלים/ות התואמים לדרישות הקופה /למינימום טיפולים /זמינות תורים/למינימום שעות טיפול בחודש/בשנה.

-אין מדובר בהתחייבות לבלעדיות מטעם העיריה. העיריה תהא רשאית ליתן שירות גם למבוטחי קופות אחרות.

-תקופת ההתקשרות: לחמש שנים, עם אופציה לכל צד להודיע על סיום ההתקשרות בהתראה בכתב של 60 יום מראש.

-התשלום יועבר מהקופה לעיריה

-העיריה תשלם למטפלת/ת בהתאם לסכומים והתנאים שסוכמו בין עיריה למטפלת/ת במסגרת הקול הקורא שלפיו נבחר נותן השירות.

-ביטוח מתאים לשביעות רצון העיריה.

-היה ולא יגובש הסכם סופי בין הקופה הזוכה לעיריה, תהא העיריה רשאית להתקשר עם הקופה המציעה "הבאה בתור"

-יש לצרף להצעה חתימה על התצהיר המצ"ב.

-ניתן לשלוח שאלות הבהרה במייל ל-oritmo@raanana.muni.il

לא יאוחר מיום 6.6.2021 .

את ההצעה בצירוף המסמכים הנדרשים יש להגיש ידנית במעטפה סגורה, עד ליום 13.6.2021 לא יאוחר מהשעה 15:00, במשרדי במשרדי השירות הפסיכולוגי רח' י.ל. פרץ 31, רעננה-לידי הגב' אורית מופז /מירב ויזר

עיריית רעננה

תצהיר בהתאם לחוק עסקאות גופים ציבוריים (תיקון מס' 11), התשע"ו-2016

אני הח"מ _____ נושא ת.ז. מס' _____ ו _____ נושא
ת.ז. _____, מורשי החתימה מטעם _____ שמספרו _____, לאחר
שהוזהרנו כי עלינו לאמור את האמת שאם לא כן נהיה צפויים לעונשים הקבועים בחוק, מצהירים בזאת
בכתב כדלקמן:

*** נא לסמן את האפשרות המתאימה**

1 () הוראות סעיף 9 לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח 1998להלן – חוק
שוויון

זכויות) לא חלות עלי;

2 () א () הוראות סעיף 9 לחוק שוויון זכויות חלות
עלי ואני מקיים אותן.

2 () ב () אני מעסיק 100 עובדים לפחות ומצהיר על התחייבותי לפנות למנהל הכללי של
משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים לשם בחינת יישום חובותיו לפי סעיף
9 לחוק

שוויון זכויות, ובמידת הצורך – לשם קבלת
הנחיות בקשר ליישומן;

2 () ג () התחייבתי בעבר לפנות למנהל הכללי של משרד העבודה הרווחה והשירותים
החברתיים לפי הוראות פסקת משנה ב) ונעשתה אתי התקשרות שלגביה התחייב
כאמור באותה פסקת משנה- פניתי כנדרש ממני, ופעלתי ליישום ההנחיות שניתנו ליישום
חובותי לפי סעיף 9 לחוק שוויון זכויות.

2 () ד () אני מתחייב להעביר העתק מהתצהיר שמסרתי לפי פסקה זו למנהל הכללי
של משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים, בתוך 30 ימים ממועד ההתקשרות.
הנני מצהיר כי זהו שמי, זו חתימתי, ותוכן תצהירי אמת.

שם המצהיר + חתימה

תאריך

שם המצהיר + חתימה

תאריך

אישור

אני הח"מ _____ עו"ד (מ.ר. _____) מרחוב _____ מאשר/ת כי ביום
_____ בחודש _____ שנת _____ הופיע בפני מר/גב' _____ שזיהה עצמו על ידי ת.ז. מס'
_____/ המוכר לי אישית ומר/ גב' _____ שזיהה עצמו על ידי
ת.ז. _____/ המוכר לי אישית, שהינם מורשי חתימה מטעם _____, וחתמו על תצהיר
זה לאחר שהוזהרתי אותם, כי עליהם להצהיר את האמת שאם לא כן יהיו צפויים לעונשים הקבועים בחוק,
אישרו את נכונות הצהרתם וחתמו עליה בפני.

הצעת מחיר

אנו, _____, מורשי החתימה מטעם _____ (להלן: קופת החולים) לאחר שקראנו את הדרישות לעיל, מגישים את הצעת המחיר כדלקמן:

מחיר מוצע על ידינו עבור טיפול ריפוי בדיבור / טיפול בריפוי בעיסוק, במשך 45-50 דקות (בהתאם לצרכי המטופל) הוא _____ כולל מע"מ כדין.

ידוע לנו כי הסכום לא יפחת מסך של 165 ₪ כולל מע"מ כדין וכי הצעה בה הסכום יפחת מכך, תפסל על הסף.

בנוסף, במידה ובסיום שנה קלנדרית סך שעות הטיפול הכוללות שנעשה על ידי המרכז הטיפולי בקשר עם קול קורא זה, יהיה בין 800 ל-1000 שעות, אזי תינתן העלאה לתעריף שעת טיפול כך ששוויה יהיה 173 ₪ (כולל מע"מ כדין).

במידה וסך השעות כאמור יעלה על 1000 שעות, תינתן העלאה לתעריף שעת הטיפול כך ששוויה יהיה 180 ₪ (כולל מע"מ כדין).

על החתום
