



بسمه تعالی

## فراخوان

واگذاری بسته ارائه خدمات دارویی داروخانه های مراکز خدمات جامع سلامت روستایی به بخش خصوصی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان زبرخان در نظر دارد فضای فیزیکی داروخانه مراکز را جهت ارائه خدمات دارویی طبق شرایط و قرارداد پیوست واگذار نماید.

موضوع فعالیت: ارائه خدمات دارویی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده

### شرایط واگذاری:

- ۱- تامین دارو و نیروی انسانی در مرکز و دهگردشی
- ۲- اخذ تاییدیه نیروی انسانی از معاونت غذا و دارو و هسته گزینش
- ۳- تامین تجهیزات (سخت افزار و نرم افزار)
- ۴- ارائه آمارهای درخواستی واحد امور دارویی به صورت ماهانه از یکم تا پنجم هر ماه
- ۵- ارائه فاکتور ریز اقلام به دریافت کنندگان خدمات دارویی
- ۶- رعایت حجاب و عفاف شئون شرعی و اداری در محل کار
- ۷- ساعات فعالیت داروخانه بایستی طبق ساعات فعالیت مرکز باشد
- ۸- رعایت منشور حقوق بیماران و تکریم ارباب رجوع
- ۹- نصب لیست تخلفات دارویی در داروخانه
- ۱۰- اعلام کتبی و به موقع کمبودهای دارویی که کشوری می باشد به واحد امور دارویی
- ۱۱- اعلام درخواست کتبی و تعیین بسته درخواستی



### لیست بسته خدمتی مراکز خدمات جامع سلامت

بسته شماره	بسته اجاره ( داروخانه های واگذار شده ) تحت پوشش شبکه زبرخان
۱	مراکز خدمات جامع سلامت قدمگاه و حاجی آباد
۲	مراکز خدمات جامع سلامت باغشن و درود
۳	مراکز خدمات جامع سلامت عبدالله آباد و بوژمهران

### ساعت کاری داروخانه مستقر در مرکز :

ردیف	نام مرکز خدمات جامع سلامت	ساعت کاری داروخانه
۱	قدمگاه	۷:۳۰ الی ۲۲
۲	باغشن، بوژمهران، عبدالله آباد و حاجی آباد	۷:۳۰ الی ۱۴
۳	درود	فعال به صورت شبانه روزی

### حداقل مبلغ اجاره ماهانه فضای فیزیکی داروخانه های مستقر در مراکز :

ردیف	نام داروخانه مرکز	حداقل مبلغ پیشنهادی (ریال)
۱	قدمگاه	۱۵/۰۰۰/۰۰۰
۲	حاجی آباد، عبدالله آباد، باغشن و بوژمهران	۵/۰۰۰/۰۰۰
۳	درود	۱۰/۰۰۰/۰۰۰



- ضمناً اولویت اول قرارداد با واجدین شرایط زیرخان و در اولویت دوم نیشابور خواهد بود که سابقه‌ی همکاری با این شبکه را داشته، عملکرد آن‌ها رضایت بخش بوده و نیز بالاترین مبلغ را جهت اجاره فضای فیزیکی داروخانه مستقر در مرکز پیشنهاد داده باشند.
- با توجه به این که آغاز فراخوان از مورخه ۱۴۰۳/۰۷/۱۴ می باشد بنابراین آخرین زمان ارائه درخواست کتبی تا پایان ساعت اداری ۱۴۰۳/۰۷/۱۶ خواهد بود و قرارداد مربوطه به مدت یک سال می باشد.

اینجانب ..... به کد ملی ..... موسس داروخانه ..... درخواست واگذاری  
ارائه خدمات دارویی برنامه بیمه روستایی پزشکی خانواده به بسته خدمتی ردیف شماره ..... مراکز .....  
..... با مبلغ ..... ریال بابت اجاره ماهانه فضا فیزیکی این مراکز را دارم.

مهر داروخانه :

امضاء :