



2019-08-20

Bilaga 1

Vård- och omsorgsförvaltningen

Ansökan om att bli godkänd leverantör av äldreboende LOV i Mölnåls stad.

Undertecknad ansöker om godkännande av nedanstående företag inom Mölnåls stads kundvalssystem.

Vi förbinder oss att utföra uppdraget enligt de villkor som anges i "Förfrågningsunderlag LOV äldreboende i Mölnåls stad", bilagor 1, A, B och C.

Vi försäkrar att de personer som har väsentligt inflytande i företaget, inte är föremål för näringsförbud, inte är dömda för brott avseende yrkesutövning, inte gjort sig skyldiga till allvarligt fel i yrkesutövningen, inte är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, tvångsförvaltning, ackord, eller annat liknande förfarande.

Information om den sökande och underskrift

Boendets namn:	
Företagets namn:	
Företagsform:	Organisationsnummer:
Adress:	
Telefon:	E-postadress:
Underskrift av behörig företrädare:	
Namnförtydligande:	
Kontaktperson för ansökan:	

Telefon:	E-postadress:
Bankgiro eller Plusgiro:	

Bifogade handlingar

	Intyg/handlingar som styrker registrering i aktiebolags- eller handelsregister, FFU punkt 3.2
	Beskrivning av företagets organisation, kompetens och personella resurser se FFU punkt 3.6
	Uppgifter om verksamhetschef (4 kap Hälso-och sjukvårdslagen) som ska ha tillräcklig kompetens och erfarenhet för uppdraget, lämnas senast 1 månad före avtalsstart. Se FFU punkt 3.7
	CV för första linjens chef, lämnas senast 1 månad innan avtalsstart för godkännande. Krav på första linjens chef se FFU punkt 3.8
	Erfarenhet av tidigare uppdrag, två referenser driftuppdrag. Se FFU punkt 3.9
	Förteckning över eventuella underleverantörer, se FFU punkt 3.10
	Kortfattad beskrivning av egna kvalitetssäkringsarbetet i form av certifiering eller egen kvalitetssäkring, se FFU punkt 3.13
	Information om sammanboende (parboende) kan erbjudas plats, se FFU punkt 4.1.1
	Aktuella försäkringsbevis, lämnas senast vid avtalstecknandet, se FFU punkt 6.5 och 6.6

Målgrupp

	Äldre med demenssjukdomar
	Äldre med behov av service och omvårdnad

Korta fakta om boendet

Boendets namn:

Adress:	
Telefon:	Ev fax:
E-post:	Hemsida:
Första linjens chef:	
Driftsform, ägare:	
Kontaktperson:	
Antal platser för respektive målgrupp:	
Eventuell inriktning av verksamheten på boendet:	
Antal lägenheter och deras standard:	
Beräknande avgifter:	
Hyra:	Ev. övriga tjänster:

Beskrivning av vissa områden av verksamheten på äldreboendet

Beskriv hur den boende ska bli delaktig och ha inflytande över utförandet av insatsen
Beskriv hur genomförandet av insatserna ska ge trygghet för den boende
Beskriv hur utevistelser och individuella aktiviteter ska säkerställas