Aftale om overtagelse af ydernummer

Indledning

Svarskemaet nedenfor skal udfyldes af ansøger. Alle punkter i skemaet skal udfyldes, således at det sikres, at regionen har alle relevante oplysninger for evalueringen af ansøgningen.

Efter modtaget ansøgning, kontakter Region Midtjyllands lægedækningsteam ansøger med henblik på at indgå drøftelser om køb af den annoncerede lægekapacitet.

Region Midtjylland gennemfører personlige samtaler med alle ansøgere. Samtalerne afholdes løbende efterhånden som regionen modtager ansøgninger.

|  |
| --- |
| Det udfyldte og underskrevne ansøgningsskema (bilag 1) sendes til:  **[koncernoekonomi.laegedaekning@rm.dk](mailto:koncernoekonomi.laegedaekning@rm.dk)**  **Den løbende annoncering udløber 31. oktober 2025** |

Såfremt du er i tvivl om noget, eller har spørgsmål, er du altid velkommen til at kontakte lægedækningsteamet i Region Midtjylland.

|  |  |
| --- | --- |
| **Jens Vinther Andersen**  **AC-medarbejder**  **jekran@rm.dk**  **+45 21 32 02 17** | **Peter Balleby Jensen**  **AC-fuldmægtig**  **pebaje@rm.dk**  **+45 21 62 01 95** |

**Vilkår og betingelser**

Mindstekrav er angivet med **MK**. Mindstekrav er en angivelse af forhold, som tilbudsgiver skal opfylde for, at tilbuddet kommer i betragtning.

Såfremt et af mindstekravene ikke er opfyldt, vil regionen være forpligtet til at afvise tilbuddet. Dette vil ligeledes være gældende, hvis tilbudsgiver ikke har ret til at påtage sig almen praksis i henhold til Sundhedsloven og Overenskomst om almen praksis, eller angiver forhold i ansøgningen, som ikke er i overensstemmelse med overenskomsten mv.

Region Midtjylland forbeholder sig retten til at forkaste alle bud.

Oplysninger om tilbudsgiver **(MK)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Navn: | [udfyld] | | |
| Titel: | [udfyld] | | |
| Privatadresse: | [udfyld] | | |
| E-mail: | [udfyld] | | |
| Telefonnummer: | [udfyld] | | |
| Jeg er speciallæge i almen medicin: | Ja | Nej | Autorisations ID:  [udfyld] |
| Jeg overholder overenskomstens §12, stk. 6 ved ***ikke*** at have ansættelse ved sygehuse, laboratorier eller lignende: | Ja | Nej | Jeg har dispensation fra Samarbejdsudvalget |

Formål med ansøgning (sæt ét kryds)

|  |  |
| --- | --- |
| **A)** Jeg ønsker at oprette en ny praksis i Region Midtjylland |  |
| **B)** Jeg ønsker at drive en ekstra praksis |  |
| **C)** Jeg ønsker at udvide en eksisterende praksis i området  Hvis C), angiv venligst praksisnavn og CVR/SE nr.  Praksisnavn: [udfyld], CVR/SE nr. [udfyld] |  |

Øvrige deltagere

Såfremt der indgår øvrige deltagere i tilbuddet, f.eks. hvis tilbudsgiver byder på vegne af en eksisterende praksis, angiv venligst navn og autorisations ID på disse personer:

|  |  |
| --- | --- |
| Navn | Autorisations ID |
| [udfyld] | [udfyld] |
| [udfyld] | [udfyld] |
| [udfyld] | [udfyld] |

Fuldmagt **(MK)**

I tilfælde af at tredjepart (f.eks. revisor) byder på vegne af en speciallæge i almen medicin, skal der vedlægges en af speciallægen underskrevet fuldmagt, der beskriver tredjepartens beføjelser. Hvis dette er tilfældet, **bekræft venligst at en fuldmagt er vedlagt**

Spørgsmål til tilbudsgiver

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kontinuitet i**  **lægebemanding**  **MK**  **MK**  **MK** | Der annonceres 1 lægekapacitet. I det følgende skal tilbudsgiver beskrive, hvordan denne kapacitet skal bemandes i henhold til overenskomst om almen praksis. **Angiv hvilke navngivne speciallæger i almen medicin, der skal praktisere i den annoncerede lægekapacitet**  Antallet af navngivne speciallæger skal svare til det antal kapaciteter, der bydes på.   |  |  | | --- | --- | | Navn | Autorisations ID | | [udfyld] | [udfyld] |  **Hvis tilbudsgiver ikke selv skal registreres i den annoncerede lægekapacitet**Angiv venligst i hvilken praksis tilbudsgiver er registreret som praktiserende læge:  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Navn | Adresse | CVR-nr. | | [udfyld] | [udfyld] | [udfyld] |  Angiv i hvilket omfang tilbudsgiver forventer, at der vil blive anvendt vikarer i ydernummeret, i overensstemmelse med overenskomst om almen praksis?  |  | | --- | | [udfyld] |   Beskriv hvordan tilbudsgiver vil sikre langvarig kontinuitet i lægebemandingen til gavn for patienterne:   |  | | --- | | [udfyld] | |
| OrganiseringMK | *I det følgende skal tilbudsgiver beskrive forhold vedr. ejerform og organisering af praksis*  Angiv hvilken ejerform, som ydernummeret skal drives efter:  Enkeltmandspraksis  Kompagniskab  Delepraksis  Læge med flere ydernumre  Andet: [udfyld]  Angiv hvor mange ydernumre (praksis på forskellige adresser), tilbudsgiver ejer på ansøgningstidspunktet:  Ingen 1 2 3 4 5 6  Hvis tilbudsgiver ejer ét eller flere ydernumre i forvejen, angiv adresserne på disse praksis:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Navn | Adresse | CVR-nr. | | [udfyld] | [udfyld] | [udfyld] |   Angiv evt. samarbejdspartnere, som tilbudsgiver benytter til drifts- og bemandingsopgaver i ovenstående praksis   |  | | --- | | [udfyld] |   **Angiv hvorvidt tilbudsgiver vil benytte samarbejdspartnere til drifts- og bemandingsopgaver mv. i det annoncerede ydernummer:**   |  | | --- | | [udfyld] |   **Angiv hvordan tilbudsgiver forventer at benytte praksispersonale i driften af praksis:**   |  | | --- | | [udfyld] | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Plan for opstart | *I det følgende skal tilbudsgiver beskrive planen for opstart af praksis*  Angiv, så vidt muligt, fra hvilke lokaler praksis skal drives fra:   |  | | --- | | [udfyld] |  Hvis tilbudsgiver ikke kan angive konkrete lokaler, beskriv da en plan for, hvordan tilbudsgiver vil finde lokaler til praksis:  |  | | --- | | [udfyld] |   Beskriv tilbudsgivers plan for opstart af praksis:   |  | | --- | | [udfyld] | |
| Plan for drift af praksis | Beskriv her hvordan praksis skal drives efter opstarten.  Kom gerne ind på tilbudsgivers ønsker til patienttal, planer for praksisdriften (herunder evt. interesse for at tilknytte en ekstra lægekapacitet på sigt eller delepraksis mv.), eller særlige ønsker om at holde praksis åben for tilgang eller omvendt at få lukket for tilgang af patienter.   |  | | --- | | [udfyld] | |
| Fritekst | Her kan der oplyses om øvrige forhold, som regionen bør kende til i forbindelse med sagsbehandlingen[[1]](#footnote-1):   |  | | --- | | [udfyld] | |

# Evaluering

Region Midtjylland benytter en kvalitativ annonceringsmodel ved salg af lægekapaciteter til almen praktiserende læger. I denne lægges der særlig vægt på, at ansøger kan sikre langvarig kontinuitet i lægebemandingen. Derudover indgår kriteriet ”prisbud”. Lægekapaciteten tildeles den budgiver, der tilbyder det bedste forhold mellem kontinuitet og pris.

Såfremt der er flere relevante ansøgere, der gerne vil købe lægekapaciteten, vil ansøgere blive bedt om at byde en pris for lægekapaciteten.

Region Midtjylland forbeholder sig retten til at forkaste alle bud.

# Betaling

Såfremt ansøger tildeles lægekapaciteten, skal den aftalte pris indbetales til Region Midtjylland senest 10 bankdage efter annonceringens afgørelse.

Annonceringsprocessen anses først for værende afsluttet, når beløbet er indbetalt.

**Underskrift**

Undertegnede læge bekræfter på tro og love korrektheden af oplysningerne i ovenstående ansøgningsskema.

Jeg forpligter mig tillige til at leve op til reglerne i overenskomst om almen praksis og den til enhver tid gældende vagtinstruks.

Jeg giver ligeledes samtykke til, at Region Midtjylland må indhente børneattest på undertegnede, såfremt jeg tildeles den annoncerede lægekapacitet.

Region Midtjylland gør opmærksom på, at oplysningerne i ansøgningsskemaet, samt annonceringens resultat, er omfattet af aktindsigt efter Offentlighedslovens regler.

|  |  |
| --- | --- |
| [udfyld] |  |
| **Dato** | **Underskrift** |

1. *Eksempelvis om der sideløbende bydes på andre ydernumre i andre regioner, som kan få indflydelse på det antal ydernumre, tilbudsgiver ejer, samt hvor tilbudsgiver selv skal praktisere som læge.* [↑](#footnote-ref-1)