

**POWIATOWY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W RYDUŁTOWACH I WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM Z SIEDZIBĄ  
W WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM**

ul. 26 Marca 51  
44-300 Wodzisław Śląski  
Tel. (032) 4591 800  
NIP: 647-18-39-389  
Regon: 000312455

**Szczegółowe warunki konkursu ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb  
Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl.**

Zatwierdził  
Dyrektor

dnia .....  
mgr Bożena Capek

14.10.2014

Dyrektor  
mgr Bożena Capek



**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śl.**  
ogłoszony na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej  
(Dz. U. z 2013 roku poz. 217) w związku z art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r.  
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  
(*tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.*).

#### **PRZEDMIOT KONKURSU:**

1. Przedmiotem konkursu jest **udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej**
  - w godzinach: od poniedziałku do piątku od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, w godz. od 8:00 dnia danego do godz. 8:00 dnia następnego.

**Okres realizacji umowy: 01.01.2015r. – 29.02.2016r.**

Realizacja w/w usług medycznych dotyczyć będzie pacjentów Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.

Miejsce realizacji świadczeń : **Szpital w Rydułtowach, ul. Plebiscytowa 47,  
Szpital w Wodzisławiu Śląskim, ul. 26 Marca 51.**

#### **INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZYGOTOWANIA OFERT:**

1. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić pod rygorem nieważności w języku polskim z możliwością wyłączenia pojęć medycznych.
2. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje(-a) osoba(-y) uprawniona(-e) do reprezentacji lub posiadająca(-e) pełnomocnictwo, które należy dołączyć do oferty.
3. Każdą stronę oferty należy opatrzyć kolejnym numerem.
4. Strony oferty oraz miejsca, w których oferent naniósł poprawki, podpisuje(-a) osoba(-y), która(-e) podpisała(-y) ofertę. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego zapisu poprawnego.  
Oferta nie powinna zawierać żadnych dopisków między wierszami, fragmentów wymazanych ani napisanych poza niezbędnymi do poprawy.
5. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
6. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi zamawiającego o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
7. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę zgodnie z postanowieniami punktu - Zasady składania ofert z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”.

#### **ZASADY SKŁADANIA OFERT:**

1. Dokumenty konkursowe należy złożyć w zamkniętej kopercie w sekretariacie Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl. **do 12.11.2014r. do godz. 12:00** opatrzone napisem: **„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej”**.  
Otwarcie ofert nastąpi **12.11.2014r. o godzinie 13:00** w Dyrekcji Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl.

1. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed ustalonym terminem składania ofert, Zamawiający może zmienić lub zmodyfikować treść wymagań dotyczących składania ofert.
3. O każdej zmianie lub modyfikacji Zamawiający zawiadamia niezwłocznie każdego z uczestników konkursu, który poinformował o pobraniu dokumentacji konkursowej.
5. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, zamawiający może przedłużyć termin składania ofert.
6. Wszelka korespondencja (w tym zapytania) do Zamawiającego powinna być kierowana przez Oferentów pisemnie na adres: Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl. ul 26 Marca 51 ; 44-300 Wodzisław Śl., tel. 324591829, fax. 324591777, lub e-mail: [kinga@zoz.wodzislaw.pl](mailto:kinga@zoz.wodzislaw.pl).
7. Zamawiający zastrzega sobie prawo przesunięcia terminu składania ofert, przesunięcia terminu rozstrzygnięcia konkursu oraz odwołania i unieważnienia konkursu na każdym jego etapie bez podania przyczyny. Konkurs umarza się, jeżeli postępowanie nie zostanie zakończone wyłonieniem właściwej oferty, w szczególności gdy: nie wpłynęła żadna oferta, wartość najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie zamówienia lub, gdy wystąpiła zmiana okoliczności uniemożliwiająca zawarcie umowy, której nie można było wcześniej przewidzieć.

#### **WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ZAKONTRAKTOWANYCH Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA:**

**Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej:** kwalifikacje lekarza zgodne z *Zarządzeniem Nr 64/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 listopada 2013r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 28 października 2013r. z późniejszymi zmianami).*

#### **ZAWARTOŚĆ OFERT:**

Dla uznania ważności oferta musi zawierać następujące dokumenty w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez upoważnioną osobę do reprezentowania Oferenta:

- 1) Oferta - Załącznik Nr 1,
- 2) Oświadczenie - Załącznik Nr 2,
- 3) Wzór umowy — Załącznik Nr 3 (podpisany, a także parafowany na każdej stronie),
- 4) Polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności z rozszerzeniem na choroby zakaźne (w tym WZW i HIV), w wysokości nie niższej niż wynikająca z *Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).*
- 5) Aktualny wydruk z *Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dla podmiotów leczniczych.*

Oferta wraz z załącznikami powinna być podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania wykonawcy. W przypadku podpisania oferty przez pełnomocnika należy załączyć ważne pełnomocnictwo.

Brak któregokolwiek z wyżej wymienionych dokumentów lub złożenie dokumentu w niewłaściwej formie (nie poświadczony za zgodność z oryginałem) skutkować będzie odrzuceniem oferty.

821  



### **KRYTERIA WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY**

Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty, tj. z najniższą oferowaną ceną .

### **ŚRODKI ODWOŁAWCZE**

1. Oferent biorący udział w postępowaniu konkursowym może wnieść do Dyrektora Zakładu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie ulega rozpatrzeniu.
2. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od daty jego złożenia. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielenie świadczenia medycznego objętego konkursem do czasu jego rozpatrzenia.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

### **POWIADOMIENIE O WYNIKACH**

O rozstrzygnięciu konkursu Zamawiający ogłosi na stronie internetowej w terminie 2 dni od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.

### **UMOWA**

1. Zamawiający zawrze umowę z wybranym oferentem w terminie 7 dni od dnia rozstrzygnięcia i ogłoszenia wyniku konkursu o ile od rozstrzygnięcia konkursu nie zostało złożone odwołanie.
2. Zaoferowana cena za świadczenie nie ulegnie zmianie przez okres obowiązywania umowy.



**OFERTA**

**Dane Oferenta:**

Nazwa .....

Siedziba .....

Oferent prowadzi działalność gospodarczą w formie .....

Numer telefonu .....

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru .....

Numer NIP .....

Numer REGON .....

PESEL .....

1. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji) .....  
lub otwarta specjalizacja od (data).....w zakresie.....

2. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji) .....  
lub otwarta specjalizacja od (data).....w zakresie.....

**Dane dotyczące Zleceniodawcy:**

Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl. z siedzibą  
w Wodzisławiu Śl. ul. 26 Marca 51 , 44-300 Wodzisław Śl.  
Regon – 000312455 NIP: 647-18-39-389  
Tel. 032 4591800, fax 032 4591777

Zobowiązania oferenta

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i treścią dokumentacji konkursowej, akceptuję warunki w niej zawarte oraz dysponuję właściwymi kwalifikacjami zawodowymi do wykonania przedmiotowych badań/świadczeń.

**Oferuję realizację:**

.....  
(wpisać rodzaj świadczeń zgodnie z przedmiotem konkursu )

za cenę w kwocie:.....zł/brutto za 1 godzinę dyżuru.

.....  
(imię i nazwisko)  
podpis osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE

Składając ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl.

oświadczam, że:

- 1) Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania określonych prac lub czynności, jeżeli uregulowania prawne nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
- 2) Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania danego zamówienia.
- 3) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
- 4) Zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- 5) Zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówionej usługi.
- 6) Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego wzoru umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej i zobowiązuję się do jej zawarcia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie.
- 7) Oświadczam, że nie zalegam z opłacaniem zobowiązań publicznoprawnych we właściwym urzędzie skarbowym oraz składek na ubezpieczenia społeczne w ZUS.
- 8) Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 z późniejszymi zmianami), uniemożliwiająca realizację zawarcia umowy.
- 9) Spełniam wymóg, o którym mowa w art. 26 ust.2 ustawy z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej.

Na każde żądanie Zamawiającego dostarczę niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Ponadto zapewniam, że wszystkie dokumenty oraz przedstawione oświadczenia są zgodne z prawdą.

..... dn. ....

(Miejscowość i data)

\_\_\_\_\_  
(Imię i nazwisko)

Podpis osoby upoważnionej

