

**POWIATOWY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W
RYDUŁTOWACH I WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM Z SIEDZIBĄ W
WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM
ul. 26 Marca 51
44-300 Wodzisław Śl.
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 Śląskim z siedzibą w
Wodzisławiu Śląskim***

Zatwierdził
dnia
Dyrektor
mgr Bożena Capek

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

PRZEDMIOT KONKURSU:

1. Przedmiotem konkursu jest świadczenie usług medycznych w rodzaju:

udzielanie świadczeń zdrowotnych (pełnienie dyżurów medycznych) w Oddziale Chorób Wewnętrznych I oraz Izby Przyjęć Szpitala w Wodzisławiu Śląskim wg potrzeb oraz zgodnie z harmonogramem ustalonym z udzielającym zamówienie w dni powszednie oraz dni ustawowo i dodatkowo wolne od pracy

Okres realizacji umowy: od 16.10.2014r. do 31.01.2015r.

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 osoba(y) uprawniona(e) do reprezentacji lub posiadająca 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 osoba(y), która podpisała 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 22.09.2014r. do 12.00** opatrzone napisem: „**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim**”
Otwarcie ofert nastąpi **22.09.2014r.** w siedzibie Dyrekcji.
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed ustalonym terminem składania ofert zamawiający może zmienić lub zmodyfikować treść wymagań dotyczących składania ofert.
4. 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 Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, ul 26 Marca 51; 44-300 Wodzisław Śl., tel. 324591810, fax. 324591777, lub email: **marzena@zoz.wodzislaw.pl**
7. Zamawiający zastrzega sobie prawo do 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.
8. Informacja o rozstrzygnięciu zostanie podana **08.10.2014 roku.**

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 -zał. Nr 1
- 2) oświadczenie - zał. Nr 2,
- 3) wzór umowy — zał. Nr 3,
- 4) aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej,
- 5) 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).

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

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

KRYTERIA WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Komisja Konkursowa będzie się kierowała następującym kryterium tj. **cena – 100%**.

ŚRODKI ODWOŁAWCZE

1. 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.
2. 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.
3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest do 7 dni od dnia jego złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej.
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
7. Oferent biorący udział w postępowaniu konkursowym może wnieść do Dyrektora PPZOZ-u, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie ulega rozpatrzeniu.
8. 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.

POWIADOMIENIE O WYNIKACH

O rozstrzygnięciu konkursu zamawiający ogłosi na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej.

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:

1. Imię i nazwisko

2. Adres

3. Nazwa:

.....

.....

Oferent prowadzi działalność leczniczą w formie:

.....

.....

.....

.....

4. Nr prawa wykonywania zawodu

5. PESEL

6. NIP

7. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)

lub otwarta specjalizacja (od) z zakresu

8. Telefon kontaktowy

9. Oferent posiada aktualne obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC)*

Oferent zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na dzień podpisania umowy.*

(* niepotrzebne skreślić)

10. Zakres oferowanych świadczeń (wpisać rodzaj świadczeń zgodnie z przedmiotem konkursu)

.....

.....
11. Ilość oferowanych świadczeń

.....
.....
.....

12. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych (w przypadku wykonywania ich także przez inne osoby na rzecz oferenta)

.....
.....
.....
.....

13. Proponowana cena za oferowane świadczenia w kwocie

..... (brutto) zł.*

.....(brutto)

.....(brutto)

* w przypadku pełnienia dyżuru medycznego proszę podać cenę za jedną godzinę dyżuru

* w przypadku dyżuru pod telefonem proszę podać wynagrodzenie za dzień roboczy i za dzień wolny od pracy (soboty, niedziele i święta) lub cenę za jedną godzinę dyżuru

Załączniki:

1. kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
2. kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
3. kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanej specjalizacji lub dokumentów stwierdzających rozpoczęcie specjalizacji i innych dokumentów wymaganych do świadczenia usług objętych umową
4. kopia polisy OC
(powyższe załączniki należy dołączyć do oferty jeżeli Zamawiający nie jest w ich posiadaniu)

.....
podpis i pieczęć oferenta
(lub podpis osoby upoważnionej)

O ś w i a d c z e n i e

Składając ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim

oświadczam, że:

- 1) Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania określonych prac lub czynności, jeżeli przepisy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
- 2) Spełniam wymogi określone w art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
- 3) Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania zamówienia objętego konkursem.
- 4) Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia.
- 5) Zapoznałem/am się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- 6) Zapoznałem/am się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi zamówienia.
- 7) Zapoznałem się z projektem mającej być zawartej umowy o świadczenie usług medycznych i nie wnoszę zastrzeżeń do jej zawarcia w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- 8) Oświadczam, iż posiadam aktualne obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC).
- 9) Oświadczam, że nie zalegam z opłacaniem zobowiązań publicznoprawnych we właściwym urzędzie skarbowym.
- 10) Przyjmując zamówienie oświadcza, że zachodzi wobec niego 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.

W przypadku, gdy podmiot nie spełnia wymogu z art. 132 i 133 ustawy proszę o złożenie stosownego oświadczenia o terminie przekształcenia formy prowadzonej działalności.

Na każde żądanie zamawiającego zobowiązuję się dostarczyć niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Ponadto oświadczam, że wszystkie dokumenty oraz przedstawione oświadczenia są zgodne z prawdą.

Wodzisław Śl., dnia

.....
podpis i pieczęć oferenta
(lub podpis osoby upoważnionej)