

**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  
w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  
dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu  
Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl.***

Zatwierdził

Dnia 20.05.2016r.

Dyrektor  
Dorota Kowalska

**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 2015 roku poz. 618 z późn. zm) 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 2015 r. poz. 581 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: 15.06.2016r. – 28.02.2017r.**

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

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

Udzielający zamówienie wymaga, aby Oferent posiadał kwalifikacje lekarza zgodnie 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).*

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZYGOTOWANIA OFERT:**

1. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić pod rygorem nieważności w języku polskim z możliwością wyłączenia pojęć medycznych.
1. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje osoba(-y) uprawniona(-e) do reprezentacji lub posiadająca pełnomocnictwo, które należy dołączyć do oferty.
2. Strony oferty oraz miejsca, w których oferent naniósł poprawki, podpisuje(-ą) 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.
4. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
5. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Udzielającego zamówienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
6. 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 Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śl. do dnia **24.05.2016r. 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 **dnia 24.05.2016r. o godzinie 12:15** w siedzibie Dyrekcji Zakładu.
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed ustalonym terminem składania ofert Udzielający zamówienie 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 Śl. ul. 26 Marca 51; 44-300 Wodzisław Śl., telefonicznie pod nr **(32) 4591 829**, fax. (32) 4591 777, bądź mailowo na adres: [lswierczek@zoz.wodzislaw.pl](mailto:lswierczek@zoz.wodzislaw.pl)
7. 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.

## **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 (parafowany na każdej stronie),
4. **Aktualny odpis z właściwego rejestru** albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej albo aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP\*,
5. **Polisa ubezpieczenia** od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności, 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)\*

\* Powyższe załączniki należy dołączyć do oferty, jeżeli Udzielający Zamówienia nie jest w ich posiadaniu.

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

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

---

### **KRYTERIA WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY**

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

Udzielającemu Zamówienie przysługuje prawo do przesunięcia terminu składania ofert, odwołania lub unieważnienia konkursu na podstawie art. 150 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.*), a także do negocjacji cen i wyboru większej ilości ofert celem realizacji całości zamówienia oraz dla zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

### **ŚRODKI ODWOŁAWCZE**

Oferentowi przysługuje prawo składania protestów i odwołań dotyczących konkursu zgodnie z zasadami określonymi w art. 152, 153 oraz 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.*) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (*Dz. U. z 2015 roku, poz. 618*).

### **POWIADOMIENIE O WYNIKACH**

O rozstrzygnięciu konkursu Udzielający zamówienie poinformuje wszystkich Oferentów.

**OFERTA**

Imię i nazwisko Oferenta/Nazwa .....

Adres/ siedziba .....

PESEL: .....

Telefon kontaktowy: .....

Oferent prowadzi działalność gospodarczą w formie: .....

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru .....

Numer prawa wykonywania zawodu: .....

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.....

Numer NIP .....

Numer REGON .....

**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 świadczeń.

**Oferuję realizację świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna  
w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w:**

.....  
(proszę wpisać miejsce bądź miejsca udzielania świadczeń,  
tj. Szpital w Rydułtowach i/lub Szpital w Wodzisławiu Śląskim

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

\_\_\_\_\_  
pieczęć oraz podpis osoby upoważnionej

## OŚWIADCZENIE

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

**oświadczam, iż:**

- 1) Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.
- 2) Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania zamówienia.
- 3) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego.
- 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 usług będących przedmiotem zamówienia.
- 6) Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy na świadczenie usług zdrowotnych 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 2015r. poz. 581 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.<sup>1</sup>

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. ....

---

(imię i nazwisko)  
pieczęć i podpis osoby upoważnionej

---

<sup>1</sup> Art. 26 ust.2.u.o.d.l.: „Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.”