

**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
w Poradni Geriatrycznej w Rydułtowach
dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim
z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim***

Zatwierdził

Dyrektor
Dorota Kowalska

Konkurs ofert na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej 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 2016 roku poz. 1638) w związku z art. 140 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793)

PRZEDMIOT KONKURSU:

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Poradni Geriatrycznej w Rydułtowach.

Okres realizacji umowy: od 01.08.2017r. do 31.12.2019r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:

1. Świadczenia wykonywane będą dla pacjentów Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.
2. Organizacja Udzielania Świadczeń w Poradni Geriatrycznej w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Zespole Poradni Specjalistycznych w Rydułtowach:
 - *Realizacja świadczeń wykonywana będzie dla pacjentów Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śl.*
 - *Zlecający wymaga, aby świadczenia były realizowane przez personel posiadający kwalifikacje odpowiadające rodzajowi świadczeń - zgodnie z wymaganiami NFZ oraz zgodnie z ofertą złożoną przez Udzielającego Zamówienie tj.:*
 - a) *lekarz specjalista w dziedzinie geriatry lub gerontologii albo*
 - b) *lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatry, albo*
 - c) *lekarz specjalista w dziedzinie geriatry lub gerontologii oraz posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy w oddziale lub w poradni zgodnych z profilem świadczenia gwarantowanego lekarz:*
 - *ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych lub specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub*
 - *ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie neurologii, lub specjalista w dziedzinie neurologii, lub*
 - *specjalista w dziedzinie medycyny ogólnej, lub*
 - *ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub specjalista w dziedzinie medycyny rodzinnej.*

- Zgodnie z wymaganiami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Zarządzenie Nr 62/2016/DSOZ z dnia 29 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zmianami) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (z późn. zmianami).

GODZINY PRACY PORADNI

Świadczenia opieki zdrowotnej powinny być udzielane w poradni geriatrycznej nie mniej **niż 12 godzin tygodniowo**, zgodnie z harmonogramem ustalonym z Udzielającym zamówienie.

Udzielający zamówienie dopuszcza składanie ofert częściowych, tj. na pojedyncze dni udzielania świadczeń w poradni.

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. Strony oferty oraz miejsca, w których oferent naniósł poprawki, podpisuje(-ą) 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.
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 **07.07.2017r. do godz. 12:00** opatrzone napisem: „**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - Poradnia Geriatryczna w Rydułtowach**”.
Otwarcie ofert nastąpi **dnia 07.07.2017r. 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 Udzielający zamówienie zawiadamia niezwłocznie uczestników konkursu na swojej stronie internetowej oraz tablicy ogłoszeń.
5. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, Udzielający zamówienie może przedłużyć termin składania ofert.
6. Wszelka korespondencja (w tym zapytania) do Udzielającego zamówienie 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 822**, fax. (32) 4591 777, bądź mailowo na adres: lswierczek@zoz.wodzislaw.pl

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)
- 6) **kopie dokumentów** dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanej specjalizacji lub dokumentów stwierdzających rozpoczęcie specjalizacji i innych dokumentów wymaganych do świadczenia usług objętych umową.

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

Brak wyżej wymienionych dokumentów lub złożenie dokumentu w niewłaściwej formie, skutkować będzie wezwaniem do uzupełnienia braków pod rygorem odrzucenia oferty.

KRYTERIA WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Udzielający zamówienie będzie oceniał Oferty według następujących kryteriów oceny:

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 2016 r. poz. 1793*), 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 2016 r. poz.1793*) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (*Dz. U. z 2016 roku, poz. 1638*).

POWIADOMIENIE O WYNIKACH

O rozstrzygnięciu konkursu Udzielający zamówienie poinformuje Oferentów na stronie internetowej oraz tablicy ogłoszeń.

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:

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)

lub otwarta specjalizacja (od) z zakresu

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 Poradni Geriatrycznej w Rydułtowach.

*** za jeden punkt rozliczeniowy: zł/brutto**

Proponowany harmonogram pracy:

Dzień tygodnia: – w godz. oddo

Dzień tygodnia: – w godz. oddo

Dzień tygodnia: – w godz. oddo

pieczęć oraz podpis osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE

Składając ofertą na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 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 2016r. poz. 1793), uniemożliwiająca realizację zawarcia umowy,
- 9) Spełniam wymóg, o którym mowa w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej.¹

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

¹Art. 26 ust.2.u.o.d.l.: „Przedmiot zamówienia nie może wykroczać 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.”