

**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 zakresie wykonywania oraz opisów  
badań EMG – wzrokowe potencjały wywołane, dla potrzeb  
Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą  
w Wodzisławiu Śląskim.***

Zatwierdził

Dnia 09.03.2018r.

Dyrektor  
Dorota Kowalska

**Konkurs ofert na wykonywanie 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  
lecniczej (Dz. U. z 2018 roku poz. 160 z późn. zm.) 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 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.)**

**PRZEDMIOTEM KONKURSU OFERT JEST:**

- wykonywanie w Pracowni EMG w Wodzisławiu Śląskim badań EMG wraz z opisem w zakresie wzrokowych potencjałów wywołanych dla pacjentów PPZOZ, pacjentów kierowanych przez podmioty lecznicze z zewnątrz w oparciu o podpisane stosowne umowy z PPZOZ oraz badania płatne przez pacjenta.

**Okres realizacji umowy: od 30.03.2018r. do 31.12.2019r.**

---

**ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:**

1. Świadczenia wykonywane będą w Pracowni EMG zlokalizowanej w Szpitalu w Wodzisławiu Śląskim.
2. Świadczenie usług zdrowotnych objętych konkursem odbywać się będą zgodnie z harmonogramem ustalonym z Udzielającym zamówienie z zastrzeżeniem iż:
  - badania planowe będą wykonywane 1 dzień w tygodniu;
  - badania zleczone przez oddziały szpitalne w trybie cito będą wykonywane w ciągu 24 godzin od ich zgłoszenia.
3. Świadczenia usług odbywać się będzie przez lekarzy specjalistów posiadających kwalifikacje zgodnie z przepisami prawa.
4. Świadczenia usług odbywać się będzie przy pomocy personelu pielęgniarskiego i pomocniczego oraz zastosowaniu sprzętu, aparatury, środków farmakologicznych i materiałów medycznych Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim. PPZOZ upoważnia Przyjmującego zamówienie do korzystania w trakcie wykonywania przez niego świadczeń zdrowotnych z obiektów i infrastruktury należącej do Szpitala.
5. Rozliczenie za wykonane usługi następować będzie w okresach i na zasadach określonych w umowie.
6. Zabiegi będą wykonywane według potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.

**WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM:**

1. **Zgodnie z obowiązującymi przepisami do konkursu może przystąpić lekarz posiadający:**
  - tytuł specjalisty z zakresu neurologii;
  - Minimum 3 letnie doświadczenie w zakresie wykonywania oraz opisów badań EMG;

- Udzielający zamówienie wymaga od Przyjmującego zamówienie potwierdzenia wykonania w ostatnim roku kalendarzowym minimum 40 badań oraz opisów z zakresu diagnostyki elektrofizjologicznej (EMG).

2. Oferta niespełniająca powyższych kryteriów podlega odrzuceniu.

3. Oferta na pojedyncze zakresy świadczeń zostanie odrzucona.

#### **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 **12.03.2018r. do godz. 12:00** opatrzone napisem: **„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania oraz opisów badań EMG - wzrokowe potencjały wywołane dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.**  
Otwarcie ofert nastąpi **dnia 12.03.2018r. 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](mailto: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 tym za szkody wynikłe z przeniesienia chorób zakaźnych – HIV i WZW, 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. z 2011r. Nr 293, poz. 1729 z późn. zm.),
- 6) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych:
  - kopię aktualnego prawa wykonywania zawodu,
  - kopię dokumentów potwierdzających uzyskane specjalizacje,
  - kopię certyfikatów potwierdzających umiejętności wykonywania zabiegów z zakresu diagnostyki elektrofizjologicznej (EMG).

**Powyższe załączniki należy dołączyć do oferty jeżeli Zamawiający nie jest w ich posiadaniu.**

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

---

## **KRYTERIA WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY**

Udzielający zamówienia będzie oceniał oferty według następujących kryteriów oceny:

**CENA: 100%**

**Cena będzie obliczana według następującego wzoru:**

$$\text{cena} = \frac{\text{najniższa cena oferowana brutto}}{\text{cena oferty badanej brutto}} \times 100\% \times 100$$

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 2017 r. poz. 1938 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 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.*) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (*Dz. U. z 2018 roku, poz. 160*).

## **POWIADOMIENIE O WYNIKACH**

O rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający zamówienie poinformuje wszystkich 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 .....

Proponowany średni czas pracy:.....godzin tygodniowo.

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 zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur z zakresu diagnostyki elektrofizjologicznej (EMG) dla pacjentów PPZOZ oraz pacjentów skierowanym do szpitala przez podmioty lecznicze z zewnątrz w oparciu o podpisane stosowne umowy z PPZOZ:**

- **wzrokowe potencjały wywołane: ..... zł brutto**  
**(słownie:.....) za 1 badanie/opis;**

**Oferuję realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur z zakresu diagnostyki elektrofizjologicznej (EMG) za badania płatne przez pacjenta:**

- **wzrokowe potencjały wywołane: ..... zł brutto**  
**(słownie:.....) za 1 badanie/opis;**

\_\_\_\_\_  
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 2017r. poz. 1938 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>
- 10) Wykonałem/wykonałam w ostatnim roku kalendarzowym:
  - **40 badań oraz opisów z zakresu diagnostyki elektrofizjologicznej (EMG);**

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.”