

### **Regulamin Konkursu Ofert:**

#### **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez terapeutę zajęciowego w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej w zakresie terapii zajęciowej na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie,**

na zasadach określonych w Regulaminie Konkursu Ofert i w zawieranej umowie.

### **I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny  
ul. Bialska 104/118  
42-200 Częstochowa  
tel. 34 367 31 04; fax. 34 365 17 56

### **II. PRZEDMIOT KONKURSU**

1. Przedmiotem postępowania jest zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez terapeutę zajęciowego w zakresie terapii zajęciowej w **Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie**, zlokalizowanego w obiekcie przy ul. PCK 7, na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie Konkursu Ofert i w zawieranej umowie.

2. W ramach udzielania świadczeń zdrowotnych Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do:

- świadczenia terapii zajęciowej dla pacjentów Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej przy ul. PCK 7, polegającej na wspomaganiu i aktywizacji osób chorych i niepełnosprawnych, poprzez zastosowanie różnych metod, form oraz technik terapii zajęciowej w procesie kompleksowej rehabilitacji,
- podejmowanie działań mających na celu poprawę funkcjonowania bio-psycho-społecznego pacjentów leczonych w Oddziale, w tym między innymi: pobudzaniu aktywności własnej pacjentów, rozwijaniu ich zainteresowań, pogłębianiu nawyków kulturalnych pacjentów, pomoc w trudnościach adaptacyjnych, prowadzeniu terapii manualnej u osób z niedowładem kończyn, terapii zajęciowej w zespołach zaburzeń wzroku po uszkodzeniach mózgu;
- wykonywania przedmiotu umowy w dniach i godzinach określonych i uzgodnionych przez Kierownika Oddziału, w tygodniowym wymiarze **18 godzin 58 minut**.

3. Maksymalna kwota wynagrodzenia, jaką Szpital może przeznaczyć na realizację umowy będącej przedmiotem konkursu wynosi **18,00 zł brutto za 1 godzinę terapii zajęciowej**.

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **od 01.10.2017r. do 30.09.2018r.**

4. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych obejmuje świadczenia objęte umową zawartą pomiędzy **Udzielającym Zamówienia**, a Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami finansującymi świadczenia.

5. Udzielanie świadczeń z w/w zakresów powinno odbywać się zgodnie z harmonogramem czasu pracy zgłoszonym przez Szpital do Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez Portal Świadczeniodawcy.

### **III. ZASADY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

1. Wykonywanie zamówienia na wymaganym przepisami poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy oraz etyki zawodowej, obowiązującymi przepisami prawa, warunkami niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert, postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności w wykonywanej pracy na rzecz **Udzielającego zamówienia**.

2. Wydawanie opinii i zaświadczeń wymaganych w podmiotach leczniczych przez obowiązujące przepisy prawa.

3. Prowadzenie określonej sprawozdawczości statystycznej, zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2016r. poz. 1638 z późn. zm.).

4. Prowadzenie terminowej i dokładnej dokumentacji z przeprowadzonej terapii z pacjentami Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej.

### **IV. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE**

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* wykonujący zawód terapeuty zajęciowego, określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 1522), spełniający następujące warunki udziału w postępowaniu:

a) posiadają uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, potwierdzone odpowiednimi dyplomami, certyfikatami krajowymi lub międzynarodowymi i wykonują działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia.

b) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia i spełnią warunki określone w pkt. 3.

2. *Oferenci* wykonujący działalność leczniczą muszą być uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP.

3. Posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie w prowadzeniu działalności objętej konkursem, oraz posiadają niezbędne kwalifikacje, tj.:

- ukończyli studia wyższe na kierunku lub specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 3000 godzin kształcenia, w tym 2000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskali tytuł licencjata, lub
- ukończyli szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskali tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego lub tytuł potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego, lub
- ukończyli przed dniem wejścia w życie rozporządzenia szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskali tytuł zawodowy w zawodzie instruktor terapii zajęciowej, lub
- ukończyli przed dniem 1 października 2011r. studia wyższe w specjalności terapii zajęciowa, obejmujące co najmniej 1665 godzin kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu terapeuty zajęciowego i uzyskali tytuł licencjata, lub
- rozpoczęli po dniu 30 sierpnia 2012r. studia wyższe w zakresie terapii zajęciowej, obejmujące co najmniej 2000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskali co najmniej tytuł licencjata,

do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymaganiami NFZ.

4. Posiadają polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

5. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia do ochrony danych osobowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, niezależnie od sposobu, w jaki wszedł w ich posiadanie.

## **V. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

1. Termin realizacji zamówienia: **od dnia 01.10.2017r. do 30.09.2018r.**

## **VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Rodzaj Konkursu: otwarty
2. Forma składania ofert: pisemna

3. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty zgodnie z przyjętym kryterium - **najniższa oferowana cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.**

4. Przedstawiciel **Udzielającego zamówienia** uprawniony do bezpośredniego kontaktowania się z *Oferentami* w sprawach formalnych: Pani Justyna Lewandowska - tel. 34 367 37 14 w godz. od 8.00 do 14.00.

#### **VII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, napisana czytelnym pismem ręcznym przy użyciu nieścieralnego atramentu, komputerowo lub na maszynie i podpisana przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu *Oferenta*.

2. Oferta winna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności, tzn. każdy dokument należy sygnować oryginalnym podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania *Oferenta* na zewnątrz.

3. Oferta powinna zawierać cenę jednostkową 1 godziny udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.

4. Każda strona oferty musi być ponumerowana.

5. Wszystkie miejsca, w których *Oferent* naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.

6. *Oferent* winien zamieścić ofertę w zapieczętowanej kopercie, która będzie zaadresowana na **Udzielającego zamówienia**. Koperta powinna ponadto posiadać następujące oznaczenie:

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez terapeutę zajęciowego w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej w zakresie terapii zajęciowej na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
nie otwierać przed terminem otwarcia ofert, tj.: 21.09.2017r. godz. 11:30”**

7. Poza oznaczeniami podanymi powyżej, koperta powinna zawierać nazwę i adres *Oferenta*, aby można było odesłać ofertę w przypadku stwierdzenia, że została złożona po upływie wyznaczonego terminu.

8. *Oferent* nie może wycofać oferty po upływie terminu do składania ofert.

9. *Oferent* ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

#### **VIII. INFORMACJE O OFERCIE**

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:

**Oświadczenia:**

- 1) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez terapeutę zajęciowego w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej w obiekcie przy ul. PCK 7 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, którą akceptuję.
- 2) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią „Regulaminu konkursu ofert”, którą akceptuję.
- 3) Oświadczam, że uważam się związany/a niniejszą ofertą na czas wskazany w „Regulaminie Konkursu Ofert”, tj. 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
- 4) Oświadczam, że zawarty w regulaminie projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez **Udzielającego zamówienia**.

**Do oferty należy dołączyć wymagane dokumenty, tj.:**

- a) wydruk lub kopię z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej<sup>1</sup> lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Przedsiębiorstw, wystawiony nie wcześniej niż 6 m-cy przed upływem terminu składania ofert,
- b) kopię dyplomu ukończenia szkoły,
- c) kopię dokumentów potwierdzających uzyskanie prawa do wykonywania zawodu- terapeuta zajęciowy,
- d) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy oświadczenie, o zobowiązaniu się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne. W razie braku polisy OC na dzień składania ofert, *Oferent* zobowiązuje się do posiadania polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy.

2. Oferta może zostać odrzucona w przypadkach wskazanych w art. 149 ust 1 ustawy z dnia 27.08.2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2016r., poz. 1793 z późn. zm.)

3. Wzór formularza ofertowego zawiera załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.

---

<sup>1</sup> wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Polskiej jest dostępny do pobrania na stronie [www.firma.gov.pl](http://www.firma.gov.pl)

## **IX. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ ZAMAWIAJĄCY PRZY WYBORZE OFERTY**

1. Oceny ofert dokonuje Komisja Konkursowa.
2. W pierwszej kolejności sprawdzeniu będzie podlegało spełnienie warunków formalnych.
3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejszą ofertę dla **Udzielającego zamówienia** tj. z najniższą ceną za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
4. Oferowana cena jednostkowa wskazana w ofercie powinna zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.
5. W przypadku zaoferowania ceny jednostkowej przewyższającej maksymalną cenę jaką **Udzielający zamówienia** może przeznaczyć na realizację zamówienia oferta zostanie odrzucona jako niezgodna z Regulaminem Konkursu.
6. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, **Udzielający zamówienia** może przyjąć tę ofertę, jeżeli Komisja Konkursowa stwierdzi, że z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

## **X. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI**

1. *Oferent* może zwracać się do **Udzielającego zamówienia** odnośnie wszelkich wątpliwości dotyczących Regulaminu Konkursu Ofert kierując swoje zapytania najpóźniej na 2 dni przed terminem składania ofert na adres **Udzielającego zamówienia** tylko na piśmie lub pocztą elektroniczną ([jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl](mailto:jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl)).  
Kontakt: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00.
2. Pisemne odpowiedzi **Udzielający zamówienia** umieszcza na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl), w zakładce konkursy.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści Regulaminu Konkursu Ofert w czasie nie krótszym, niż 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.
4. Informacja o wprowadzonych zmianach zostanie niezwłocznie przekazana wszystkim potencjalnym Oferentom na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy i będzie dla nich wiążąca.
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia konkursu na każdym jego etapie oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

## **XI. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
im. Najświętszej Maryi Panny  
42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/118,  
**Kancelaria, pok. 3.41 (II piętro) Pawilon D.**

### **Termin składania ofert: 21. 09.2017r. do godz. 11:00**

**Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.**

## **XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

Oferent jest związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

## **XIII. INFORMACJE O TRYBIE OTWARCIA OFERT I ICH OCENY**

1. Oferty zostaną rozpatrzone przez Komisję Konkursową w terminie do 7 dni od terminu otwarcia ofert.
2. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **21.09.2017r. o godz. 11:30** w siedzibie **Udzielającego zamówienia** - Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, **Pawilon D, II piętro pok. 3.46 Dział Lecznictwa.**
3. Komisja Konkursowa przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert dokonuje następujących czynności:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
  - b) otwiera koperty z ofertami;
  - c) ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu;
  - d) odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom konkursu;
  - e) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów;
  - f) dokonuje analizy ofert i wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert;
  - g) ogłasza nazwę Oferenta, którego oferta została wybrana.
4. W toku dokonywania oceny złożonych ofert **Udzielający zamówienia** może żądać udzielenia przez Oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert.
5. Z przebiegu konkursu sporządzony zostanie protokół.
6. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku, zamieszczając informację na stronie internetowej Szpitala [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy ofert.

#### **XIV. PROTESTY I ODWOŁANIA**

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnej objętych przedmiotem niniejszego postępowania ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informacje o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej **Udzielającego zamówienia** –Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
7. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

#### **XV. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE.**

1. **Udzielający zamówienia** zobowiązany jest zawrzeć, w terminie do 21 dni, umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania, o treści stanowiącej Załącznik Nr 2 do niniejszego Regulaminu.
2. **Udzielający zamówienia** zastrzega sobie prawo prowadzenia negocjacji w sprawie warunków umowy.

#### **XVI. TRYB POSTĘPOWANIA**

Niniejsze postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie i zgodnie z przepisami:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2016r., poz. 1638 z późn. zm.).
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2016r., poz. 1793 z późn. zm.).



**3)** rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2013r., poz. 1522).

p.o. Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
dr n. med. Janusz Kapustecki

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez  
Terapeutę zajęciowego w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP.  
Udzielanie w/w świadczeń odbywać się będzie w obiekcie  
przy ul. PCK 7.**

**NAZWA OFERENTA**

.....

**ADRES:**

ulica ..... nr .....

Kod pocztowy : ..... Miejscowość: .....

Nr wpisu do rejestru:

.....

**NIP** .....

**PESEL** .....

**REGON** .....

**Telefon kontaktowy:** .....

- 1) Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oferuję przyjęcie do wykonania zamówienia w zakresie objętym regulaminem warunków zamówienia.
- 2) Przedmiotem oferty jest udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez terapeutę zajęciowego w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej.

**Termin świadczenia usług: od 01.10.2017r. do 30.09.2018r.**

Przystępując do konkursu, składam ofertę na:

- Wynagrodzenie .....zł brutto (słownie złotych.....)
- za 1 godzinę terapii zajęciowej.
- Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w wymiarze .....godzin tygodniowo.

**Oświadczenia:**

- 1) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, którą akceptuję.
- 2) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią „Regulaminu konkursu ofert”, którą akceptuję.
- 3) Oświadczam, że uważam się związany/a niniejszą ofertą na czas wskazany w „Regulaminie Konkursu Ofert”, tj.: 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- 4) Oświadczam, że zawarty w regulaminie projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego zamówienia*.

**Do oferty dołączam wymagane dokumenty, tj.:**

- a) wydruk lub kopię z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego wystawiony nie wcześniej niż 6-mcy przed terminem składania ofert
- b) kopię dyplomu ukończenia szkoły,
- c) kopię dokumentów potwierdzających uzyskanie prawa do wykonywania zawodu-terapeuta zajęciowy,
- d) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
- e) wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego.

Oświadczam i zobowiązuję się, że w przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne. W przypadku braku polisy OC na dzień składania ofert, zobowiązuje się do posiadania polisy OC w dniu zawarcia umowy.  
Ofertę niniejszą składam na ..... kolejno ponumerowanych stronach.

..... dnia .....  
/Miejscowość/ /data/

.....  
/czytelny podpis Oferenta/

p.o. Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
dr n. med. Janusz Kapustecki

WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Załącznik do Formularza Ofertowego

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr dyplomu	Data wydania dyplomu	Nr prawa wykonywania zawodu	Organ wydający prawo wykonywania zawodu i data wydania	Stopień specjalności i data uzyskania specjalności	Wymiar zatrudnienia w wymiarze tygodniowym i miesięcznym	Miejsce i okres zatrudnienia	Określenie grupy zawodowej	Wykształcenie* : 1) wyższe medyczne - tytuł magistra; 2) wyższe medyczne - tytuł licencjata; 3) wyższe; 4) średnie; 5) wyższe - tytuł magistra 6) wyższe - tytuł licencjata  *zaznaczyć prawidłowe	Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/  Doświadczenie
1.												

Częstochowa, dnia .....