

Częstochowa, 13 czerwca 2019r.

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny
z siedzibą w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118
udziela odpowiedzi na pytania, które wpłynęły do Udzielającego Zamówienia
w związku z ogłoszonym
postępowaniem konkursowym, nr KO/28/2019,
na udzielenie przez lekarzy specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie
wykonywania procedur w Oddziale Chirurgii Naczyniowej i Poradni Chirurgii Ogólnej
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z siedzibą w Częstochowie
przy ul. Bialskiej 104/118**

Pytanie nr 1

„Czy Udzielający Zamówienia wyrazi zgodę na dokonanie zapisu jak niżej:
„Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do wypłacenia środków za wykonane ponad limit świadczenia zdrowotne Przyjmującemu Zamówienie w terminie do 2 miesięcy od daty otrzymania zapłaty przez Udzielającego Zamówienia z Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z warunkami płatności ustalonymi w paragrafie 4 ust. 1 pkt. 1?”

Odpowiedź na pytanie nr 1

Udzielający Zamówienia wyraża zgodę na dokonanie zapisu, jak niżej:
„Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do zapłaty za świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit przez Przyjmującego Zamówienie w zakresie chirurgii naczyniowej – hospitalizacja, po ich sfinansowaniu przez NFZ. Zapłata za świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit zostanie dokonana w terminie 3 miesięcy od daty otrzymania przez Udzielającego Zamówienia środków z NFZ”.

Pytanie nr 2

Czy Udzielający Zamówienia wyrazi zgodę na zmianę terminu obowiązywania okresu przedmiotowej umowy do 31.12.2021r?

Odpowiedź na pytanie nr 2

Udzielający Zamówienia wyraża zgodę na zmianę okresu obowiązywania przedmiotowej umowy do 30.06.2021r.

W związku z powyższymi modyfikacjami ulegają zapisy regulaminu konkursu ofert i umowy. Konieczne jest bezwzględne ujęcie wskazanych zmian w składanych ofertach. Treść formularza ofertowego po modyfikacji:

p.o. Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
mgr inż. Bogusława Miłkowska

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs Ofert

na udzielenie przez lekarzy specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi w Oddziale Chirurgii Naczyniowej i Poradni Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z siedzibą w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.

zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2018r., poz. 2190).

NAZWA OFERENTA

.....
.....

ADRES

ulica nr

Kod pocztowy : Miejscowość:

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

.....

Nr wpisu do rejestru:

.....

NIP

REGON

KRS

Nr konta bankowego

Telefon kontaktowy

1. Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oferujemy/-ję przyjęcie do wykonania zamówienia w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.

2. Proponowane miesięczne wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne:

a)% wartości brutto miesięcznego limitu finansowego otrzymanego przez Udzielającego Zamówienia z Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie zawartej umowy na realizację świadczeń w zakresie chirurgii naczyniowej dla Oddziału Chirurgii Naczyniowej.

b)% brutto za każdy punkt od porady udzielonej w Poradni Chirurgii Naczyniowej, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem porad i Charakterystyka porad, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, z zastrzeżeniem że wynagrodzenie to będzie wypłacane od momentu uzyskania przez Udzielającego Zamówienia kontraktu z NFZ dla Poradni Chirurgii Naczyniowej.

c) % brutto wartości zapłaconych przez NFZ świadczeń zdrowotnych wykonanych ponad limit w zakresie chirurgii naczyniowej – hospitalizacja.

3. Oferuję wymiar zatrudnienia: godzin miesięcznie, z zastrzeżeniem, iż w przypadku otrzymania kontraktu z NFZ na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni Chirurgii Naczyniowej zobowiązuję się do zwiększenia zaoferowanego przeze mnie limitu godzin przez lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii naczyniowej nie mniej niż 28 godzin miesięcznie.

4. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, które akceptuję.

5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu Konkursu Ofert.

6. Oświadczam, że uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu Ofert.

7. Oświadczam, że zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert projekty umów zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.

Do oferty dołączam/-y wymagane dokumenty, tj.:

a) wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: kopię wpisu do Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę, wydruk lub kopię z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej lub aktualny odpis KRS wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;

- b)** zaświadczenie Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej potwierdzające zdolność wykonywania angioplastyk naczyniowych w co najmniej trzech obszarach naczyniowych – dot. lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii naczyniowej, udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia, jak w punkcie 1 Rozdziału II. Przedmiot Konkursu;
- c)** udokumentowane doświadczenie w wykonywaniu zabiegów endowaskularnych w okresie 12 miesięcy – dot. lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii naczyniowej, udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia, jak w punkcie 1 Rozdziału II. Przedmiot Konkursu;
- d)** kopię dyplomu lekarza;
- e)** kopię prawa wykonywania zawodu;
- f)** kopię dokumentów wskazujących na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji;
- g)** 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, a w przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, oświadczam, że zobowiązuję się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne;
- h)** wykaz lekarzy zabezpieczających świadczenia zdrowotne ze wskazaniem numeru prawa wykonywania zawodu i posiadanych kwalifikacji, wg załączonego wzoru do Formularza Ofertowego;
- i)** oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji - zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego;
- j)** oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji- zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.

Ofertę niniejszą składam/ -y na kolejno ponumerowanych stronach.

..... dnia

/miejsowość/ /data/

.....

/ podpis i pieczętka Oferenta/

