

**Regulamin Konkursu Ofert**  
**na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie zapobiegania**  
**i zwalczania zakażeń szpitalnych wraz z pełnieniem funkcji Przewodniczącego Zespołu**  
**Kontroli Zakażeń oraz udział w ramach członkostwa w posiedzeniach Komitetu Kontroli**  
**Zakażeń Szpitalnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi**  
**Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.**  
**zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej**  
**(tekst jednolity Dz. U. z 2024r, poz. 799).**

## **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 udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych wraz z pełnieniem funkcji Przewodniczącego Zespołu Kontroli Zakażeń oraz udział w ramach członkostwa w posiedzeniach Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118, na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie Konkursu Ofert i w zawieranej umowie.**
- 2. W celu udzielania świadczeń zdrowotnych wskazanych w ust. 1, Udzielający Zamówienia zapewnia Przyjmującemu Zamówienie dostęp do materiałów medycznych, środków leczniczych i pomocniczych oraz środków technicznych znajdujących się na terenie Udzielającego Zamówienia, niezbędnych do udzielania tych świadczeń zdrowotnych, w tym dostęp do sprzętu i aparatury medycznej będącej na wyposażeniu Udzielającego Zamówienia.**
- 3. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: od dnia 01.12.2024r. do dnia 31.03.2026r.**
- 4. Świadczenia zdrowotne wymienione w ust. 1 niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert wykonywane będą przez Przyjmującego Zamówienie w terminach ustalonych przez Udzielającego Zamówienia z Przyjmującym Zamówienie, w wymiarze średnio około 5 godzin w tygodniu.**
- 5. Zakres obowiązków i zadania Przewodniczącego Zespołu Zakażeń Szpitalnych oraz zadania Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych określa załącznik nr 1 do wzoru umowy.**
- 6. Działalność zespołu podlega ustawowemu obowiązkowi dokumentowania.**
- 7. Zespół prowadzi dokumentację z realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.**
- 8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszego postępowania obejmuje czynności służące: zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjentów Udzielającego Zamówienia.**
- 9. W toku realizacji Umowy, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania obowiązujących u Udzielającego Zamówienia: Regulaminu Organizacyjnego, innych**

wewnętrznych regulaminów, zarządzeń, poleceń służbowych, procedur i instrukcji m. in. związanych z wdrożonymi standardami akredytacyjnymi oraz funkcjonującym w szpitalu Systemem Zarządzania Jakością wg normy ISO 9001:2015 i przyjętej z tym związanej Polityki SZ, która stanowi integralną część umowy. Poza tym Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do bezwzględnie przestrzegania przepisów bhp, ppoż. oraz wdrożonych polityk bezpieczeństwa.

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

**11.** 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, w szczególności ustawy o ochronie danych osobowych, tj.: Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2019r. poz. 1781) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/676 z 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s 1) – RODO oraz ustawy o prawach pacjenta i rzecznika praw pacjenta..

**12.** Przedstawiciel Udzielającego Zamówienia uprawniony do bezpośredniego kontaktowania się z Oferentami w sprawie przedmiotu postępowania: Pani Justyna Lewandowska, tel. 34 367 37 14.

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

**1.** Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych z najwyższą starannością, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy i sztuki medycznej, etyką zawodu, w poszanowaniu interesów Udzielającego Zamówienia i poszanowaniem interesów i praw pacjenta, ochroną danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, normami umożliwiającymi akredytację i certyfikację, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia i umowami zawartymi przez Udzielającego Zamówienia oraz postanowieniami niniejszej umowy.

**2.** Przyjmujący Zamówienie jest obowiązany do prowadzenia terminowo, dokładnej i systematycznej (również w formie elektronicznej) dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami, wymaganej sprawozdawczości statystycznej, w tym w szczególności zobowiązany jest do weryfikacji wprowadzanej do systemu AMMS dokumentacji w postaci: „Karty Rejestracji Zakażenia Szpitalnego” oraz „Karty Rejestracji Czynnika Alarmowego”.

**3.** Prowadzenie określonej sprawozdawczości statystycznej, zgodnie z art. 27, ust. 4, pkt. 9 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799).

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

**1.** O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* wykonujący działalność leczniczą wymienioną w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799), którzy spełniają następujące warunki udziału w postępowaniu:

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

- 2) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia oraz posiadają niezbędne kwalifikacje, tj.:
- a) co najmniej 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalu,
  - b) tytuł specjalisty lub specjalizację I stopnia w jednej z następujących dziedzin medycyny:
    - epidemiologia lub higiena i epidemiologia
    - mikrobiologia lub mikrobiologia lekarska
    - choroby zakaźne
    - organizacja ochrony zdrowia
    - zdrowie publiczne lub
- 3) posiadają rozpoczętą specjalizację w jednej z dziedzin wymienionych w pkt. 2) lub posiadają inną specjalizację oraz co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy w zespole kontroli zakażeń szpitalnych i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie epidemiologii szpitalnej i posiadają świadectwo jego ukończenia lub są w trakcie odbywania kursu specjalistycznego w zakresie epidemiologii szpitalnej prowadzonego przez podmioty, o których mowa w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 1287).
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 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**

**Termin realizacji zamówienia: od dnia 01.12.2024r. do dnia 31.03.2026r.**

## **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 oceny ofert: **Cena 100%**.
4. Udzielający Zamówienia dokona wyboru oferty, która zawiera najniższe miesięczne ryczałtowe wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem zamówienia:
5. Udzielający zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych, tj.: na ilość godzin mniejszą niż określoną w Rozdziale II Przedmiot Konkursu w pkt. 4, niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.

## **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/osoby uprawnione 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 stawkę za miesięczne ryczałtowe wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem.
4. Koszt świadczenia zdrowotnego winien być wyrażony w złotych polskich brutto z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku i zawierać wszystkie opłaty związane z jego wykonaniem.
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 specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych wraz z pełnieniem funkcji Przewodniczącego Zespołu Kontroli Zakażeń oraz udział w ramach członkostwa w posiedzeniach Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 04/118.**

**Nie otwierać przed terminem otwarcia ofert dnia 29.11.2024r. godz. 11:00 Postępowanie nr KO/114/2024” z podaniem nazwy i adresu Oferenta.**

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 Przyjmującego Zamówienie:
  - a) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, regulaminem konkursu ofert oraz wzorem umowy,
  - b) Dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księgę Rejestrową wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
  - c) Dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: CEIDG lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS), wydrukowe nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
  - d) Prawo wykonywania zawodu lekarza
  - e) Dyplom lekarza

- f) Dokument potwierdzający co najmniej 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalu – zaświadczenie z zakładu pracy lub oświadczenie Oferenta,
- g) Dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty lub uzyskanie specjalizacji I stopnia w jednej z niżej wymienionych dziedzin medycyny:
  - epidemiologia lub higiena i epidemiologia,
  - mikrobiologia lub mikrobiologia lekarska,
  - choroby zakaźne,
  - organizacja ochrony zdrowia,
  - zdrowie publiczne, lub:
    - dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji w jednej z dziedzin wymienionych w pkt. g) lub
    - dokumenty potwierdzające uzyskanie innej specjalizacji oraz co najmniej 2 - letnie doświadczenie w pracy w zespole kontroli zakażeń szpitalnych i ukończenie kursu specjalistycznego w zakresie epidemiologii szpitalnej i posiadania świadectwa jego ukończenia lub dokument potwierdzający odbywanie kursu specjalistycznego w zakresie epidemiologii szpitalnej prowadzonego przez podmioty, o których mowa w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 1287).

2. Informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających określone świadczenia zdrowotne, tj.: wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego.

3. Aktualne zaświadczenie lekarskie.

4. Aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP.

5. Oferowaną kwotę należności za realizację zamówienia, z podaniem stawki za miesięczne ryczałtowe wynagrodzenie.

6. 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.

W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, *Oferent* dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

W przypadku braku polisy OC *Oferent* może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.

*Oferent*, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy pod rygorem odmowy jej zawarcia przez Udzielającego Zamówienia. Kopia formularza polisy OC ubezpieczeniowej stanowić będzie załącznik do umowy.

7..Brak choćby jednego z wymaganych dokumentów mających potwierdzić wiarygodność Przyjmującego Zamówienie lub złożenie dokumentów w niewłaściwej formie (np. kserokopie niepotwierdzone „za zgodność z oryginałem”, brak podpisu osoby uprawnionej do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie) stanowi podstawę wezwania Oferenta przez Komisję do usunięcia braków w wyznaczonym terminie, pod rygorem odrzucenia oferty.

8. Oferta może zostać odrzucona także w przypadkach wskazanych w art. 149 ust 1 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 146).

9. Formularz ofertowy stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.

### **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 ofertę najkorzystniejszą dla Udzielającego Zamówienia albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
4. Komisja Konkursowa dokonuje porównania złożonych ofert wg następującego kryterium oceny ofert: **Cena - 100%**.
5. 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); 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 na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
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 w formie wskazanej w pkt. X, ppkt. 2 i będzie dla nich wiążąca.
5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert, bez podania przyczyny, na każdym jego etapie.

### **XI. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny  
42-200 Częstochowa  
ul. Bialska 104/118  
Kancelaria pok. 3.42 (II piętro) Pawilon D**

**Termin składania ofert: 29.11.2024r. do godz. 10:30**

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

### **XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

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

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

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **29.11.2024r. o godz. 11:00** w siedzibie Udzielającego Zamówienia – Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, **Pawilon D, II piętro pok. 3.02.**
2. Komisja Konkursowa przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert dokonuje następujących czynności:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę złożonych 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.
3. W toku dokonywania oceny złożonych ofert Udzielający Zamówienia może żądać udzielenia przez Przyjmującego Zamówienie wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert.
4. Z przebiegu konkursu sporządzony zostanie protokół.
5. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia: [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

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

1. Udzielający Zamówienia zobowiązany jest zawrzeć, w terminie do 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert z Oferentem, którego oferta jako najkorzystniejsza została wybrana przez Komisję Konkursową, umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania o treści stanowiącej Załącznik Nr 2 do niniejszego Regulaminu oraz uzupełnienie niniejszej umowy, tj.: umowę powierzenia danych osobowych o treści stanowiącej Załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo prowadzenia negocjacji w sprawie warunków umowy.
3. W przypadku, gdy umowa na świadczenia zdrowotne nie zostanie zawarta z winy *Oferenta* wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody wg uregulowań zawartych w Kodeksie Cywilnym.
4. Wybrany Oferent będzie prowadził dokumentację medyczną wymaganą przepisami szczegółowymi oraz podda się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. poz. 146) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z NFZ.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do osobistego świadczenia usług, będących przedmiotem konkursu i nie może powierzyć ich wykonywania osobom (podmiotom) trzecim bez zgody Udzielającego Zamówienia.

## **XV. 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 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.

## **VI. TRYB POSTĘPOWANIA**

Postępowanie prowadzone zgodnie z przepisami:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. poz. 799);
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 146).

Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
Łukasz Połatyński

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Konkurs Ofert na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych wraz z pełnieniem funkcji Przewodniczącego Zespołu Kontroli Zakażeń oraz udział w ramach członkostwa w posiedzeniach Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 04/118 zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799).**

NAZWA OFERENTA

.....

ADRES:

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

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

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

.....

Nr księgi rejestrowej

.....

NIP:.....

REGON:.....

PESEL:.....

Nr rachunku bankowego: .....

Nr telefonu: .....

Adres e-mail: .....@.....

- 1) Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, oferuję przyjęcie do wykonania zamówienie w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.
- 2) Przedmiotem oferty jest: **Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych wraz z pełnieniem funkcji Przewodniczącego Zespołu Kontroli Zakażeń oraz udział w ramach członkostwa**

**w posiedzeniach Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 04/118.**

**3) Termin świadczenia usług: od dnia 01.12.2024r. do dnia 31.03.2026r.**

**4) Oferuję wykonanie zamówienia za niżej wymienioną cenę:**

**..... złotych brutto jako miesięczne ryczałtowe wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem.**

**(słownie złotych: .....)**

**5) Oferuję udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w wymiarze średnio około ..... godzin tygodniowo.**

**Do oferty dołączam wymagane dokumenty:**

- 1.** wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą tj.: wydruk Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę lub Okręgową Izbę Lekarską, wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert.
- 2.** wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzający aktywny status prowadzonej działalności gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;
- 3.** Prawo wykonywania zawodu lekarza
- 4.** Dyplom lekarza
- 5.** Dokument potwierdzający co najmniej 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalu – zaświadczenie z zakładu pracy lub oświadczenie Oferenta,
- 6.** Dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty lub uzyskanie specjalizacji I stopnia w jednej z niżej wymienionych dziedzin medycyny:
  - epidemiologia lub higiena i epidemiologia,
  - mikrobiologia lub mikrobiologia lekarska,
  - choroby zakaźne,
  - organizacja ochrony zdrowia,
  - zdrowie publiczne, lub:
  - dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji w jednej z dziedzin wymienionych w pkt. 6 lub
  - dokumenty potwierdzające uzyskanie innej specjalizacji oraz co najmniej 2 - letnie doświadczenie w pracy w zespole kontroli zakażeń szpitalnych i ukończenie kursu specjalistycznego w zakresie epidemiologii szpitalnej i posiadania świadectwa jego ukończenia lub jest w trakcie odbywania kursu specjalistycznego w zakresie epidemiologii szpitalnej prowadzonego przez podmioty, o których mowa w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 1287).
- 7.** Informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego zamówienia, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego.

8. Aktualne zaświadczenie lekarskie.
9. Aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP.
10. 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.

W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, *Oferent* dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

W przypadku braku polisy OC *Oferent* może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.

*Oferent*, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy pod rygorem odmowy jej zawarcia przez *Udzielającego Zamówienia*. Kopia formularza polisy OC ubezpieczeniowej stanowić będzie załącznik do umowy.

11. Oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji - zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego;
12. Oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji - zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.

**Jednocześnie oświadczam, że:**

- a) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, którą akceptuję.
- b) Zapoznałem się z treścią „Regulaminu konkursu ofert”, którą akceptuję.
- c) Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu Ofert, tj.: 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
- d) Oświadczam, że spełniam warunki Regulaminu Konkursu Ofert i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
- e) Oświadczam, że posiadam co najmniej 3 – letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalu.
- f) 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*.
- g) Oświadczam, że w przypadku gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, zobowiązuję się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

**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  <i>*zaznaczyć prawidłowe</i>	Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/  Doświadczenie
1.												

.....dnia .....