

REGULAMIN KONKURSU OFERT

w postępowaniu o udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych i pielęgniarki anestezjologiczne w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, przy ul. Bialskiej 104/118.

I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny
ul. Bialska 104/118
42-202 Częstochowa
Tel. (034) 367 31 04
Fax. (034) 365 17 56

II. PRZEDMIOT KONKURSU

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych i pielęgniarki anestezjologiczne w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.
2. Prognozowana liczba godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych i pielęgniarki anestezjologiczne w SOR wynosi: **średnio około 17 000 godz./10 m-cy, tj.: 1 700 godz./m-c.** *Udzielający Zamówienia* zastrzega, że ilość godzin ma charakter orientacyjny. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza przekroczenie wskazanej powyżej miesięcznej ilości godzin z zastrzeżeniem, że łączna ilość godzin w ciągu obowiązywania umowy nie zostanie przekroczona. *Udzielający Zamówienia* ma prawo do niezlecenia godzin w pełnym zakresie, gdy np. ulegnie zmianie ilość personelu i ulegnie zmianie zapotrzebowanie na ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Rozkład udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych i pielęgniarki anestezjologiczne obejmuje wszystkie dni tygodnia w godzinach od 7:00 do 19:00 oraz od 19:00 do 7:00 dnia następnego. Skonkretyzowanie dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych i pielęgniarki anestezjologiczne nastąpi w ustalonym co miesiąc przez *Udzielającego Zamówienia*, tzw. harmonogramie dyżurów. Zakres godzinowy dyżurów może być dostosowany do pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub wymagań *Udzielającego Zamówienia*.
4. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **od daty zawarcia umowy do dnia 31.12.2026r.**

5. Przedstawiciel *Udzielającego Zamówienia* uprawniony do bezpośredniego kontaktowania się z *Oferentami* w sprawach merytorycznych i formalnych:
Pani Justyna Lewandowska - telefon kontaktowy: 34 367 37 14.

III. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU

Oferenci muszą spełniać następujące warunki:

1. Ratownik medyczny:

a) posiadać uprawnienia ratownika medycznego zgodne z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia z dnia 8 września 2006r. (tekst jednolity Dz. U. z 2025r. poz. 91) lub dysponować osobami posiadającymi uprawnienia ratownika medycznego, potwierdzone dokumentami, zaświadczeniami oraz oświadczeniami wynikającymi z ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

b) posiadać doświadczenie zawodowe w wykonywaniu czynności ratownika medycznego obejmujące co najmniej roczny staż w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub PRM, bądź dysponować osobami posiadającymi co najmniej roczny staż w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w charakterze ratownika medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub PRM.

2. Pielęgniarka anestezjologiczna:

a) posiadać uprawnienia pielęgniarki anestezjologicznej, tj.: pielęgniarki, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarki, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarki w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 332).

b) posiadać doświadczenie zawodowe w wykonywaniu czynności pielęgniarki anestezjologicznej obejmujące co najmniej roczny staż w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w charakterze pielęgniarki anestezjologicznej, bądź dysponować osobami posiadającymi co najmniej roczny staż w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w charakterze pielęgniarki anestezjologicznej.

IV. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. *Oferent* składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w Regulaminie Konkursu Ofert.
2. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych.
3. *Oferenci* ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
4. Ofertę należy opracować na druku „FORMULARZ OFERTOWY”. *Oferentowi* nie wolno dokonywać żadnych zmian merytorycznych we wzorze druku „FORMULARZ OFERTOWY”, w załączeniu wzór formularza – Załącznik nr 2.

5. Oferta pod rygorem jej odrzucenia, powinna być napisana w języku polskim na maszynie, komputerze lub ręcznie nieścieralnym atramentem oraz podpisana przez osobę/osoby upoważnione do złożenia oferty.
6. Oferty złożone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane i zostaną zwrócone *Oferentowi* bez otwierania
7. Wszystkie dokumenty i oświadczenia sporządzone w językach obcych należy złożyć wraz z tłumaczeniem na język polski sporządzonym przez tłumacza przysięgłego.
8. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem:

Nazwa Oferenta:

Adres Oferenta:

Tel. kontaktowy

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych i pielęgniarzy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, przy ul. Białskiej 104/118

Nie otwierać przed 25.02.2026r. godz. 10.30 – postępowanie konkursowe nr KO/7/2026

9. Oferta pod rygorem odrzucenia, musi zawierać wszystkie wymagane w Regulaminie Konkursu Ofert dokumenty, zaświadczenia oraz oświadczenia, w tym: dokumenty, zaświadczenia oraz oświadczenia, wynikające z treści Rozdziału III niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.

Jeśli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – poświadczenia, winien być opatrzony adnotacją „za zgodność z oryginałem” i podpisany przez osobę składającą ofertę.

10. Oferta powinna zawierać cenę brutto jednej godziny udzielania świadczeń zdrowotnych oraz oferowaną liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych.

11. Cena jednostkowa jednej godziny winna być wyrażona w złotych polskich z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku i zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

12. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.

13. Złożoną ofertę można zmienić lub wycofać przed upływem terminu składania ofert.

14. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty winno zostać złożone w sposób i w formie przewidzianej dla oferty z tym, że koperta winna być dodatkowo oznaczona określeniem „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.

15. *Udzielający Zamówienia* może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez Oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości, a *Udzielający Zamówienia* nie może sprawdzić jej autentyczności w inny sposób.

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

V. WYMAGANIA FORMALNO-PRAWNE STAWIANE OFERENTOM

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* posiadający uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, tj.: podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2025r. poz. 450 ze zm.) w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia.

1.1 W przypadku złożenia oferty przez ratownika/pielęgniarkę zatrudnionego u *Udzielającego Zamówienia*, w przypadku wyboru jego oferty, z dniem zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, ratownik/pielęgniarka rozwiąże umowę o pracę z *Udzielającym Zamówienia*.

2. Podmioty, o których mowa w pkt.1 Rozdziału V Regulaminu Konkursu Ofert muszą:

a) być uprawnione do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowane we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP. Na potwierdzenie niniejszego warunku *Oferent* złoży do oferty aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS), wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert.

b) złożyć dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: wydruk z Księgi Rejestrowej z datą nie wcześniejszą niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert (jeśli dotyczy).

c) wykazać, że posiadają niezbędną wiedzę, doświadczenie tzn. posiadają doświadczenie zawodowe w prowadzeniu działalności objętej konkursem oraz posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia zgodnie z wymaganiami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006r. (tekst jednolity z 2025r. poz. 91), oraz wymogami NFZ.

d) złożyć polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. *Oferent*, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do złożenia w dniu zawarcia umowy aktualnej polisy OC z tytułu wykonywanych przez siebie medycznych czynności ratunkowych. Umowa OC *Przyjmującego Zamówienie* winna być kontynuowana przez cały okres związania umową, pod rygorem rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym.

e) złożyć wykaz personelu udzielającego świadczeń wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do formularza ofertowego.

f) złożyć do oferty oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji – załącznik nr 2 do formularza ofertowego.

g) złożyć do oferty oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwa Informacji – załącznik nr 3 do formularza ofertowego.

h) złożyć do oferty oświadczenie, że *Oferent* będzie udzielał świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymogami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006r. (tekst jednolity Dz. U. z 2025r., poz. 91).

3.. *Przyjmujący Zamówienie*, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy i niewykorzystywania danych pozyskiwanych w związku z realizacją umowy przez cały okres trwania umowy i po jej zakończeniu dla potrzeb innych, niż potrzeby *Udzielającego Zamówienia*, w szczególności *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do przestrzegania przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych, tj.: Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (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 rzeczniku praw pacjenta.

4. W razie zaistnienia niespodziewanych i nagłych okoliczności uniemożliwiających udzielanie świadczeń (np. choroba lub inne zdarzenie losowe), *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest natychmiast zawiadomić o tym fakcie *Udzielającego Zamówienia* w osobach Kierownika SOR lub pielęgniarkę oddziałową/koordynującą SOR.

5. Okoliczność będącą przyczyną nieobecności należy niezwłocznie, lecz nie później niż w ciągu 12 godzin od zaistnienia okoliczności uniemożliwiających udzielanie świadczeń, potwierdzić stosownymi dokumentami np. zaświadczenie lekarskie.

6. *Oferent* ubiegający się o udzielanie świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest do złożenia wraz z ofertą:

a) dokumentu potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księgę Rejestrową wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert – jeśli dotyczy;

b) dokumentu potwierdzające wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: CEIDG lub KRS, wydrukowany nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;

c) wypełnionego formularza ofertowego przedstawionego przez *Udzielającego Zamówienia* (Załącznik Nr 2 do Regulaminu Konkursu Ofert);

d) polisy OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa;

e) wykazu ratowników medycznych i pielęgniarek anestezyjologicznych zabezpieczających świadczenia zdrowotne ze wskazaniem m.in. numeru prawa wykonywania zawodu i posiadanych kwalifikacji, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego;

f) oświadczenia o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego;

g) oświadczenia o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego;

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.

h) udokumentowania posiadanych kwalifikacji zawodowych osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych, tj.:

h.1. dyplom ukończenia szkoły, potwierdzający uzyskanie tytułu ratownika medycznego;

h.2 dyplom ukończenia szkoły, potwierdzający uzyskanie tytułu pielęgniarki;

h3. prawo wykonywania zawodu pielęgniarki;

h4. dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub dokument potwierdzający ukończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub dokumentu potwierdzającego rozpoczęcie specjalizacji z dziedziny pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki;

h5. aktualne zaświadczenie lekarskie;

h6. aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP, zgodnie z zajmowanym stanowiskiem;

h7. aktualną książeczkę sanitarno-epidemiologiczną;

h.8. zaświadczenie lub oświadczenie Oferenta, dotyczące posiadania co najmniej rocznego stażu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w charakterze ratownika medycznego oraz pielęgniarki anestezyjologicznej.

i) Informację z Krajowego Rejestru Karnego osoby lub osób, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotową umową, w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz.U. z 2023r., poz. 1939 z późn. zm.) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (dotyczy osób

udzielających świadczeń w SOR w obszarze pediatricznym i obszarze chirurgii dziecięcej),

j. W przypadku osoby lub osób, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotową umową, posiadającej/ych obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, niezależnie od informacji, o której mowa w pkt i, informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, jeżeli państwa te nie przewidują wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, informacji z rejestru karnego tych państw (dotyczy osób udzielających świadczeń w SOR w obszarze pediatricznym i obszarze chirurgii dziecięcej),

k. Oświadczenie o państwie lub państwach, w których osoba lub osoby, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotową umową, dana osoba zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa oraz złożenie wraz z tym oświadczeniem informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, a jeżeli państwa te nie przewidują wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, informacji z rejestru karnego tych państw, zgodnie z załącznikiem nr 4 do formularza ofertowego (dotyczy osób udzielających świadczeń w SOR w obszarze pediatricznym i obszarze chirurgii dziecięcej),

l. W przypadku, gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja, o której mowa w pkt. j oraz pkt. k nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, osoba lub osoby, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotową umową, składają oświadczenia o tym fakcie wraz z oświadczeniem o tym, że nie była prawomocnie skazana w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii, oraz nie wydano wobec niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściła się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności związanych z leczeniem, zgodnie z załącznikiem Nr 5 i 6 do formularza ofertowego (dotyczy osób udzielających świadczeń w SOR w obszarze pediatricznym i obszarze chirurgii dziecięcej),

Uwaga: pkt. i, j, k, l dotyczy osób udzielających świadczeń w SOR w obszarze pediatricznym i obszarze chirurgii dziecięcej.

ł. oświadczenie o niekaralności, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do formularza ofertowego.

7. W przypadku gdy *Oferent* nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, *Udzielający Zamówienia* wzywa *Oferenta* do usunięcia tych braków w wyznaczonym przez *Udzielającego Zamówienia* terminie, pod rygorem odrzucenia oferty.

8. Oferta może zostać odrzucona także 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 2025r. poz. 1461).

10. O odrzuceniu oferty z postępowania konkursowego *Udzielający Zamówienia* powiadomi Oferentów, zamieszczając ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania na stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Rodzaj konkursu: otwarty.
2. Forma składania ofert: pisemna.
3. Sposób oceny ofert: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszych ofert zgodnie z przyjętym kryterium oceny ofert: **cena 100%**.
4. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych.

VII. ZASADY OCENY I WYBORU OFERT

1. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejsze oferty dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
2. Zasady wyboru oferty:
Udzielający Zamówienia wybierze najkorzystniejszą/najkorzystniejsze ofertę/oferty, która/które spełni/spełnią poniższe warunki:
 - a) odpowiada wszystkim wymaganiom i warunkom przedstawionym w Regulaminie Konkursu Ofert,
 - b) przedstawia najkorzystniejszą ofertę, tj. zawiera najniższą cenę za 1 godzinę udzielania świadczeń.
3. Kryterium oceny ofert:
Oferty będą oceniane na podstawie kryterium oceny ofert: **cena (100%), tj.: najniższa cena za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.**
4. *Przyjmujący Zamówienie* załączy do oferty wykaz ratowników medycznych oraz pielęgniarek anestezjologicznych (osób udzielających świadczeń zdrowotnych) wg wzoru stanowiący załącznik nr 1 do formularza ofertowego.
5. Każdorazowa zmiana w wykazie personelu ratowników medycznych i pielęgniarek anestezjologicznych realizujących świadczenia zdrowotne na rzecz *Udzielającego Zamówienia* w trakcie trwania umowy, wymaga poinformowania *Udzielającego Zamówienia* z 10 dniowym wyprzedzeniem, w formie pisemnej w postaci wypełnionego wykazu osób udzielającego świadczeń.
6. Oceny ofert dokonuje Komisja Konkursowa.
7. W pierwszej kolejności sprawdzeniu będzie podlegało spełnienie warunków formalnych.

8. Komisja Konkursowa dokonuje porównania złożonych ofert wg ceny oferowanych świadczeń zdrowotnych, tj.: najniższej ceny za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych (**Cena 100%**).
9. Komisja Konkursowa ma prawo wyboru kilka najkorzystniejszych ofert, a podział godzin udzielania świadczeń zdrowotnych pomiędzy Oferentów określi Komisja Konkursowa, tzn. każdemu z Oferentów zostanie przydzielona ilość godzin wynikająca ze złożonych ofert, przy czym kryterium decydującym będzie najniższa cena brutto.
10. W przypadku, gdy wybrane oferty nie zapewnią wykonania zamówienia, wówczas *Udzielający Zamówienia* ma prawo ogłosić kolejne postępowanie w celu uzupełnienia brakującej części zamówienia.
11. Oferowane ceny jednostkowe brutto wyrażone w złotych wskazane w ofercie powinny zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.
12. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji w sprawie cen zaoferowanych przez *Przyjmującego Zamówienie*.

VIII. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie ul. Bialska 104/118, **Kancelaria, pokój nr 3.42 (II piętro Pawilon D)**.
2. **Termin składania ofert: 25.02.2026r. do godziny 10:00.**
3. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.

IX. TRYB WPROWADZANIA EWENTUALNYCH ZMIAN W REGULAMINIE KONKURSU OFERT

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 pocztą lub pocztą elektroniczną (jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl). Kontakt od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 – 14:00. Pytania, które wpłynęły po godzinie 14:00 są traktowane jakby wpłynęły następnego dnia. Na pytania, które wpłynęły po terminie, *Udzielający Zamówienia* nie ma obowiązku odpowiadać.
2. Pisemne odpowiedzi *Udzielający Zamówienia* umieszcza na stronie internetowej 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. 2 i będzie dla nich wiążąca.

5. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, *Udzielający Zamówienia* może przedłużyć termin składania ofert. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania *Oferenta* i *Udzielającego Zamówienia* będą podlegały nowemu terminowi.

X. MIEJSCE I TRYB OTWARCIA OFERT

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* tj. Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie ul. Bialska 104/118 w pokoju nr 3.02 – Dział Umów Medycznych (II piętro Pawilon D), dnia **25.02.2026r. o godz. 10:30**.

2. Wyniki konkursu obowiązują po zatwierdzeniu informacji o rozstrzygnięcia postępowania przez Dyrektora *Udzielającego Zamówienia*.

3. *Oferenci* zostaną powiadomieni o wyborze najkorzystniejszej/najkorzystniejszych/ofert na stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

XI. 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 decyzji.

2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 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. Świadczeniodawca 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 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

XII. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE.

1. *Udzielający Zamówienia* zobowiązany jest zawrzeć umowę w terminie do 21 dni od dnia

rozstrzygnięcia konkursu ofert z *Oferentem*, którego oferta/oferty jako najkorzystniejsza/najkorzystniejsze została/zostały wybrana/wybrane przez Komisję Konkursową, umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania o treści stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert oraz uzupełnienie niniejszej umowy, tj. umowę powierzenia danych osobowych o treści stanowiącej załącznik nr 3 do Regulaminu Konkursu Ofert.

2. 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.

Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
Beata Pochodnia

FORMULARZ OFERTOWY KO/7/2026

na udzielenie świadczeń zdrowotnych

z zakresu ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych i pielęgniarki

anestezjologiczne w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny

w Częstochowie, przy ul. Bialskiej 104/118

Pełna Nazwa Oferenta:.....

.....

Adres Oferenta:

.....

Nr Księgi Rejestrowej : (jeśli dotyczy)

NIP:..... REGON:.....KRS:.....

Nr konta bankowego:

Nr telefonu kontaktowego:

Adres e-mail:@.....

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych*/pielęgniarki anestezjologiczne*

Za realizację zamówienia oferuję należność w wysokości złotych brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń (słownie złotych:)

Zobowiązuję się do wykonania średnio około godzin w okresie 10 m-cy, tj. godzin w miesiącu.

** niepotrzebne skreślić*

- 1) Oświadczam, że zapoznałam/łem się z przepisami art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2025r. poz. 450 ze zm.).

- 2) Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006r. (tekst jednolity Dz. U. z 2025r. poz. 91), – dołączam potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów, potwierdzające posiadane uprawnienia i kwalifikacje.
- 3) Oświadczam, że będę udzielał świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymogami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006r. (tekst jednolity Dz. U. z 2025r. poz. 91).
- 4) Oświadczam, że jestem/nie jestem* związany umową o pracę z *Udzielającym Zamówienia*, na dzień składania ofert (dotyczy ofert składanych przez osoby indywidualne).
- 5) Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty, rozwiążę umowę o pracę z *Udzielającym Zamówienia*, najpóźniej w dniu podpisania umowy (dotyczy ofert składanych przez osoby indywidualne).
- 6) Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, którą akceptuję.
- 7) Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią Regulaminu Konkursu Ofert, którą akceptuję.
- 8) Oświadczam, że uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu Ofert, tj.: 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
- 9) Oświadczam, że posiadam co najmniej roczny staż pracy w SOR lub w PRM.
- 10) Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału w postępowaniu i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
- 11) Oświadczam, że zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert projekty umów zostały zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego Zamówienia*.
- 12) Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania tajemnicy informacji – zgodnie z treścią załącznika nr 2 do formularza ofertowego.
- 13) Oświadczam, że będę wykorzystywać oprogramowanie i sprzęt komputerowy zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji – zgodnie z treścią załącznika nr 3 do formularza ofertowego.
- 14) Oświadczam, że będę kontynuował ubezpieczenie OC na cały okres obowiązywania umowy.
- 15) Jednocześnie oświadczam, że w przypadku braku aktualnej polisy OC na dzień składania ofert, będę posiadał aktualną polisę OC w dniu podpisania umowy.

*niepotrzebne skreślić

.....
Data, podpis i pieczętka Oferenta składającego ofertę

WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH – RATOWNICY MEDYCZNI

Załącznik nr 1 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	Dane do sprawdzenia osoby w Rejestrze Sprawców Przystępstw na Tle Seksualnym			
													Nazwisko rodowe	Imię ojca	Imię matki	Data urodzenia
1.																
...																
...																
....																

.....
Podpis Oferenta

WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH – PIEŁĘGNIARKI ANESTEZJOLOGICZNE

Załącznik nr 1 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	Dane do sprawdzenia osoby w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym			
													Nazwisko rodowe	Imię ojca	Imię matki	Data urodzenia
1.																
...																
...																
....																

.....
Podpis Oferenta

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

Częstochowa,

.....

(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE – Załącznik nr 4 do formularza ofertowego

Na podstawie przepisu art. 21 ust. 5 ustawy z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz.U. 2023r., 1304 z późn. zm.), oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat zamieszkiwałam/-łem w niżej wymienionych państwach, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa:

.....
.....

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

Podpis składającego oświadczenie

1 W przypadku gdy Oferent w ciągu ostatnich 20 lat nie zamieszkiwał w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska lub państwo obywatelstwa, należy wpisać, że w tym okresie czasu zamieszkiwał tylko w Polsce i państwie obywatelstwa.

Częstochowa, dnia

.....
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE - Załącznik nr 5 do formularza ofertowego

Na podstawie przepisu art. 21 ust. 7 ustawy z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz.U. 2023r., 1304 z późn. zm.), oświadczam, że prawo państwa innego niż Rzeczpospolita Polska, którego obywatelstwo posiadam:

- 1) nie przewidują sporządzenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 2) w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego.¹

Wobec powyższego oświadczam, że nie byłam/-łem prawomocnie skazany w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomani, oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłam/-łem się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności związanych z leczeniem.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Podpis składającego oświadczenie

¹ W przypadku, gdy prawidłowa jest tylko jedna z okoliczności wskazanych w pkt 1 i 2, okoliczność nieprawidłową należy przekreślić

Częstochowa, dnia

.....
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE - Załącznik nr 6 do formularza ofertowego

Na podstawie przepisu art. 21 ust. 7 ustawy z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz.U. 2023r., 1304 z późn. zm.), oświadczam, że prawo państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/-łem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa:

- 1) nie przewidują sporządzenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 2) w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego.²

Wobec powyższego oświadczam, że nie byłam/-łem prawomocnie skazany w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomani, oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłam/-łem się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności związanych z leczeniem.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Podpis składającego oświadczenie

² W przypadku, gdy prawidłowa jest tylko jedna z okoliczności wskazanych w pkt 1 i 2, okoliczność nieprawidłową należy przekreślić

..... dnia

OŚWIADCZENIE

.....
Imię i nazwisko ratownika medycznego*/pielęgniarki anestezjologicznej*

Oświadczam, że:

- przeciwko mnie nie toczy się na żadnym etapie postępowanie dyscyplinarne, ani nie ciąży na mnie żadne orzeczenie sądu dyscyplinarnego samorządu, do którego należę;
- przeciwko mnie nie toczy się na żadnym etapie postępowanie karne, ani nie ciąży na mnie żadne orzeczenie sądu powszechnego lub szczególnego.

.....

Podpis

*niewłaściwe przekreślić