

## REGULAMIN KONKURSU OFERT

**na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi na Oddziale Neurochirurgii i w Poradni Neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w obiekcie 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 konkursowego jest udzielanie pacjentom Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez **2 lekarzy specjalistów w dziedzinie neurochirurgii, w zakresie wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi w Oddziale Neurochirurgii w godzinach ordynacji dziennej oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurochirurgii**, wg harmonogramu, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799).

Miejsce udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych: **Oddział Neurochirurgii oraz Poradnia Neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118, w niżej wymienionym zakresie:**

1. wykonywania procedur i hospitalizacji w Oddziale Neurochirurgii- zgodnie z harmonogramem ustalonym i zatwierdzonym z Kierownikiem Oddziału Neurochirurgii i Poradni Neurochirurgii,
2. udzielania konsultacji pacjentom przebywającym na innych Oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118, na wezwanie lekarzy tych oddziałów, w terminie niezbędnym dla zachowania ciągłości procesu diagnostyczno – leczniczego z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjentów,
3. udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurochirurgii, zgodnie z harmonogramem ustalonym z Kierownikiem Oddziału Neurochirurgii i Poradni Neurochirurgii.

**Wymiar zatrudnienia odpowiadający średnio około 2 etatom, tj.: 7 godz. i 35 minut dziennie dla 1 lekarza, w tym:**

**a) Oddział Neurochirurgii** - w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach ordynacji dziennej od **7:00 do 14:35**, w zależności od potrzeb Udzielającego Zamówienia, jednak Udzielający Zamówienia dopuszcza również inne godziny udzielania świadczeń zdrowotnych, po ich uzgodnieniu z Kierownikiem Oddziału Neurochirurgii i Poradni

Neurochirurgii.

**b) Poradnia Neurochirurgii – średnio około nie mniej niż 3 godziny w tygodniu dla każdego z lekarzy**, zgodnie z zapotrzebowaniem *Udzielającego Zamówienia*, po uzgodnieniu harmonogramu z Kierownikiem Oddziału Neurochirurgii i Poradni Neurochirurgii, nie mniej niż 36 pacjentów w miesiącu przez każdego z lekarzy.

2. Zakres godzinowy udzielania świadczeń zdrowotnych może być dostosowany do pracy Oddziału Neurochirurgii i Poradni Neurochirurgii lub wymagań *Udzielającego Zamówienia*.

3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie w przypadku otrzymania zmniejszonego kontraktu z NFZ prawo do zmniejszenia ilości godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych i ilości wykonywania zabiegów operacyjnych, bez ponoszenia z tego tytułu na rzecz *Przyjmującego Zamówienie* jakichkolwiek kosztów.

4. *Udzielający Zamówienia* nie jest zobowiązany do zlecenia *Przyjmującemu Zamówienie* maksymalnej ilości godzin ordynacji dziennej w Oddziale Neurochirurgii i maksymalnej ilości godzin w Poradni Neurochirurgii i maksymalnej ilości zabiegów, w okresie obowiązywania umowy.

5. Świadczenie usług zdrowotnych wykonywane będzie przez *Przyjmującego Zamówienie* zgodnie z wymogami określonymi przez NFZ i zgodnie z warunkami umowy.

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

1. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu neurochirurgii w Oddziale Neurochirurgii i w Poradni Neurochirurgii, w tym między innymi: diagnostyki, terapii i leczenia, specjalistycznych zabiegów, orzekania o stanie zdrowia pacjentów i innych wynikających z realizacji umowy zawartej przez *Udzielającego Zamówienia* z Narodowym Funduszem Zdrowia.

2. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i w nagłych zachorowaniach.

3. *Przyjmujący Zamówienie* przy realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się także do:

1) Udzielania osobiście 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) Prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej (również w formie elektronicznej) zgodnie z obowiązującymi, w tym zakresie przepisami prawa oraz wymogami obowiązującymi u *Udzielającego Zamówienia* oraz do prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej.

3) Przestrzegania wszystkich wewnętrzzakładowych aktów prawnych, instrukcji i zarządzeń obowiązujących u *Udzielającego Zamówienia*, a związanych z udzielaniem świadczeń medycznych objętych przedmiotem niniejszej umowy.

4) Przekazywania *Udzielającemu Zamówienia* danych niezbędnych do dokonania rozliczeń wykonanych świadczeń z NFZ.

- 5) Udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach ordynacji dziennej w Oddziale Neurochirurgii, wykonywania zabiegów oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurochirurgii, zgodnie z harmonogramami uzgodnionymi z Kierownikiem Oddziału Neurochirurgii i Poradni Neurochirurgii.
- 6) Udzielania konsultacji lekarskich w danej specjalizacji na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych i innych komórek organizacyjnych działalności podstawowej *Udzielającego Zamówienia*.

4. *Przyjmujący Zamówienie* oświadcza, iż zna określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia warunki szczegółowe udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy oraz przepisy prawa obowiązujące w tym zakresie, jak również przepisy dotyczące zasad refundacji leków przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz prowadzenia dokumentacji medycznej (również w wersji elektronicznej), wymaganej statystyki i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

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

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* posiadający uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, tj.: jako podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799) w zakresie zgodnym przedmiotem zamówienia.
2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą muszą być uprawnione do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowane we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP i posiadają uprawnienia do świadczenia usług objętych przedmiotem umowy.
3. Oferent powinien posiadać niezbędną wiedzę, doświadczenie tzn. posiadać doświadczenie zawodowe w prowadzeniu działalności objętej konkursem oraz posiadać niezbędne kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia i określone w Rozdziale VIII niniejszego Regulaminu.
4. Oferent powinien posiadać polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń medycznych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. W przypadku złożenia oferty przez lekarza zatrudnionego u *Udzielającego Zamówienia*, w przypadku wyboru jego oferty, z dniem zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, lekarz rozwiąże umowę o pracę z *Udzielającym Zamówienia*.
6. *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 (t. j. 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.

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

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **24 miesiące od daty obowiązywania umowy.**

## **VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Rodzaj Konkursu: otwarty.
2. Forma składania ofert: pisemna.
3. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych.
4. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty zgodnie z przyjętym kryterium oceny ofert, tj.: **Cena waga kryterium 100%.**

**VII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY** – zgodnie z wymogami określonymi w „Regulaminie Konkursu Ofert”, tj.:

1. Oferta winna być sporządzona w języku polskim, napisana czytelnym pismem ręcznym przy użyciu nieścieralnego atramentu, komputerowo lub na maszynie do pisania i podpisana przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu *Oferenta*.
2. Oferta winna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności tzn. oryginały aktualnych dokumentów lub uwierzytelnione przez osoby do tego uprawnione kserokopie aktualnych dokumentów.  
Kopie dokumentów mogą także zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę podpisującą ofertę.
3. Oferta powinna zawierać kwotę wynagrodzenia za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurochirurgii oraz wynagrodzenie % za wykonanie 1 zabiegu operacyjnego i stawkę w złotych za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurochirurgii. Wynagrodzenie wskazane w ofercie powinno zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia oraz realizacją przedmiotu zamówienia.
4. Wszystkie miejsca, w których *Oferent* naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
5. *Oferent* winien zamieścić ofertę w zapieczętowanej kopercie, która będzie zaadresowana na *Udzielającego Zamówienia*. Koperta powinna ponadto posiadać następujące oznaczenie:

### ***„Konkurs ofert***

***na udzielanie zamówienia na specjalistyczne świadczenia zdrowotne  
w zakresie wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi  
w Oddziale Neurochirurgii oraz w Poradni Neurochirurgii***

***Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118,  
- postępowanie konkursowe nr KO/121/2024***

***Nie otwierać przed terminem otwarcia ofert 30.12.2024r., godz. 11:15”***

6. 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.
7. *Oferent* nie może wycofać oferty po upływie terminu do składania ofert.

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

## **VIII. INFORMACJE O OFERENCIE**

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:

a) oświadczenie *Oferenta* o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminem Konkursu Ofert”.  
b) dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa oraz dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: aktualny odpis ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) lub KRS, wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od terminu składania ofert.

c) dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osoby, która będzie udzielała świadczeń medycznych, tj.:

c.1. prawo wykonywania zawodu,

c.2. dyplom lekarza,

c.3. dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie neurochirurgii.

d) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez *Oferenta* umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania 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, *Oferent* dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

*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.

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.

e) aktualne zaświadczenie lekarskie,

f) aktualne zaświadczenie o ukończeniu okresowego kursu BHP,

g) dane lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne w formie wykazu ze wskazaniem m. in. numeru prawa wykonywania zawodu, nr dyplomu, uzyskanej specjalizacji (jeśli dotyczy) i posiadanymi kwalifikacjami, zgodnie z załączonym wzorem do formularza ofertowego.

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

3. 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).

4. Wzór oferty zawiera 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 najkorzystniejszą ofertę dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
4. Komisja Konkursowa dokonuje porównania złożonych ofert wg ceny oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej, tj.: najniższej ceny za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurochirurgii oraz najniższej ceny w % za wykonanie 1 zabiegu operacyjnego i stawkę w złotych za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurochirurgii (**Cena 100%**).
5. Oferowane ceny wskazane w ofercie powinny zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.
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.
7. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji w sprawie cen zaoferowanych przez *Przyjmującego Zamówienie*.

## **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, pocztą lub pocztą elektroniczną na adres: jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl lub faksem na nr tel.: 034 365 17 56. 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 w formie wskazanej w Rozdz. X, pkt. 2 i będzie dla nich wiążąca.
5. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

## **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: 30.12.2024r. 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. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **30.12.2024r. o godz. 11:15** 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 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 zastała wybrana.
3. W toku dokonywania oceny złożonych ofert *Udzielający Zamówienia* może żądać udzielenia przez Oferentów 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, zamieszczając informację o rozstrzygnięciu postępowania na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy.

## **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 do 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 do 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 SPECJALISTYCZNE 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 w/w umowy, tj.: umowę powierzenia danych osobowych o treści stanowiącej Załącznik Nr 3 do niniejszego Regulaminu.
2. W przypadku, gdy umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania, nie zostanie zawarta z winy Oferenta, wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie Cywilnym.
3. Wybrany Oferent będzie prowadził dokumentację medyczną wymaganą obowiązującymi w tej materii przepisami prawa oraz podda się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 146), w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Udzielającego Zamówienia z NFZ.
4. Oferent nie może powierzyć bez zgody Udzielającego Zamówienia, wykonywania przedmiotu umowy podmiotom lub osobom trzecim niewyłonionym w niniejszym postępowaniu.

## **XVI. TRYB POSTĘPOWANIA**

Niniejsze postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie i 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 – KO/121/2024**

**na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi w Oddziale Neurochirurgii oraz w Poradni Neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118, 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 .....

Oznaczenie organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą .....

Nr wpisu do rejestru/nr Księgi Rejestrowej .....

**NIP** .....

**REGON** .....

**PESEL** .....

**PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU NR** .....

**SPECJALIZACJA** .....

**NR RACHUNKU BANKOWEGO** .....

**Telefon kontaktowy** .....

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

*\* jeśli dotyczy*

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:

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji dziennej:**

- ❖ Oferuję wynagrodzenie za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie **od poniedziałku do piątku w godzinach ordynacji dziennej**, tj.: w godz. **07:00 do 14:35 na Oddziale Neurochirurgii** w wysokości ..... złotych brutto (słownie złotych: .....).
- ❖ Oferuję wynagrodzenie za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych **w Poradni Neurochirurgii** w wysokości ..... złotych brutto (słownie złotych: .....).
- ❖ Oferuję wynagrodzenie za wykonanie 1 zabiegu operacyjnego:  
  
.....% wartości brutto od wykonanej procedury medycznej (1 zabiegu) dla **głównego operatora** w Oddziale Neurochirurgii.

Przy obliczeniu wynagrodzenia **nie uwzględnia się:**

- 1) Do obliczenia wartości wykonanej procedury nie stosuje się współczynnika Q15 (1.01) MIX(COBYwDM+COBYwDL) – Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ+ świadectwo wydane przez COBYwDM + świadectwo wydane przez COBYwDL w zakresie chemii klinicznej.
- 2) produktów rozliczeniowych w zakresie żywienia i krwi- zgodnie z wykazem produktów określonych przez NFZ.

Oferuję wymiar zatrudnienia odpowiadający **średnio około ..... etatowi, tj.: średnio około ..... godz. w miesiącu**, obejmujący udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach ordynacji dziennej, tj.: w godz. 07:00 do 14:35 w Oddziale Neurochirurgii, **tj.: 7 godzin i 35 minut dziennie, w tym średnio około ..... godzin w tygodniu/ ..... godz. w miesiącu** w Poradni Neurochirurgii (wg poniższego harmonogramu Poradni Neurochirurgii).

**HARMONOGRAM PRACY LEKARZA W PORADNI NEUROCHIRURGII**

	..... (imię i nazwisko lekarza)
<b>Poniedziałek</b>	
<b>Wtorek</b>	
<b>Środa</b>	
<b>Czwartek</b>	
<b>Piątek</b>	

2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert, które akceptuję.
3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Regulaminu Konkursu Ofert, którą akceptuję.
4. Oświadczam, że uważam się za związanym/-ą niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu Ofert, tj.: 30 dni od terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału w postępowaniu i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
6. Oświadczam, że zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert projekty umów zostały przez 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 załączam wymagane dokumenty:**

- a) oświadczenie *Oferenta* o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminem Konkursu Ofert”.
- b) dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa oraz wydruk z ewidencji działalności gospodarczej CEIDG lub KRS wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od terminu składania ofert.
- c) dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń medycznych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osoby, która będzie udzielała świadczeń medycznych, tj. :
  - c.1. prawo wykonywania zawodu,
  - c.2. dyplom lekarza,
  - c.3. dyplom specjalizacji w dziedzinie neurochirurgii,
- d) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez *Oferenta* umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania 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, *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.
- e) dane lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne w formie wykazu ze wskazaniem m. in. numeru prawa wykonywania zawodu, nr dyplomu, uzyskanej specjalizacji i posiadanymi kwalifikacjami, zgodnie z załączonym wzorem do formularza ofertowego.
- f) aktualne zaświadczenie lekarskie.
- g) aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP,
- h) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego,
- i) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego, zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego,
- j) 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 narkomani (tj.: Dz.U. z 2023r., poz. 1939 z późn. zm.) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,

- k)** w przypadku osoby lub osób, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotową umową, posiadającej/yh obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, niezależnie od informacji, o której mowa w pkt. j), 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,
- l)** oświadczenie o państwie lub państwach, w których osoba lub osoby, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotowa 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,
- ł)** w przypadku, gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja, o której mowa w pkt. k oraz pkt. l nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, osoba lub osoby, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotowa 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 narkomani, 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.

..... dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
podpis i pieczętka Oferenta

Częstochowa, dnia .....

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

.....  
(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

<sup>1</sup> 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.<sup>1</sup>

Wobec powyższego oświadczam, że nie byłem/-em 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 narkomanii, oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/-em 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

---

<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>

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

---

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

**WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Załącznik 1 do Formularza Ofertowego

**w Oddziale Neurochirurgii oraz w Poradni Neurochirurgii  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.**

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 (jeśli dotyczy) Data rozpoczęcia specjalizacji (jeśli dotyczy)	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.									Oddział Neurochirurgii: ..... godz. m-cznie ..... godz. tyg.			
									Poradnia Neurochirurgii ..... godz. m-cznie ..... godz. tyg.			

.....  
Pieczęćka , podpis Oferenta