

**REGULAMIN KONKURSU OFERT**

**na udzielanie przez lekarzy  
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie  
wykonywania procedur anestezyjologicznych dla dorosłych  
i sprawowania opieki nad chorymi  
w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. Bialskiej 104/118  
oraz w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. PCK 7  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie**

**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. *Udzielający Zamówienia zleca a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania przez lekarzy specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur anestezyjologicznych dla dorosłych i sprawowania opieki nad chorymi w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118 oraz w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Częstochowie przy ulicy PCK 7, w zakresie:*

- 1) anestezyjologia i intensywna terapia – hospitalizacja – całodobowo, w tym II stopień referencyjności - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. Bialskiej 104/118, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Kierowników Oddziałów i zatwierdzonym przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa
- 2) udzielania konsultacji pacjentom przebywającym na innych Oddziałach Szpitala, w tym Centrum Urazowego, na wezwanie lekarzy tych oddziałów, w terminie niezbędnym dla zachowania ciągłości procesu diagnostyczno – leczniczego z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjentów, w tym na wezwanie do reanimacji.
- 3) wykonywanie procedur anestezyjologicznych na bloku operacyjnym - wykonywanie znieczuleń do zabiegów, zgodnie z planem zabiegów ustalonym przez Kierownika Traktu Operacyjnego oraz zabiegów ponadplanowych i w trybie ostrym w następujących Oddziałach: Chirurgicznym Ogólnym, Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi, Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, Neurochirurgii, Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej, Chirurgii Naczyniowej, Okulistyki, SOR oraz Centrum Urazowego.
- 4) wykonywanie procedur anestezyjologicznych do zabiegów endoskopowych w Pracowniach Endoskopii przy ul. Bialskiej 104/118 i PCK 7, w godz. 7:30-15:05 oraz w godz. popołudniowych, zgodnie z harmonogramem;
- 5) wykonywanie procedur anestezyjologicznych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.
- 6) wykonywanie procedur anestezyjologicznych w Zakładzie Radioterapii;

- 7) wykonywanie procedur anestezyjologicznych w Pracowni Radiologii Zabiegowej na rzecz Oddziałów: Neurochirurgii i Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych oraz Klinicznego Oddziału Chirurgii Naczyniowej;
- 8) wykonywanie procedur anestezyjologicznych dla Oddziału Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej, w tym znieczulanie do porodów, cięć cesarskich; całodobowo, przez 7 dni w tygodniu.

2. Przedmiot zamówienia:

### **PAKIET NR 1**

**1) godzin dopołudniowych od 07.30 do 15.05 w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118** przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarzy anestezjologii i intensywnej terapii (I<sup>0</sup>) w wymiarze:

- odpowiadającym **min. 5 etatom przeliczeniowym i max. 17 etatom przeliczeniowym** (1 etat=7 h 35 min dziennie) w rozliczeniu miesięcznym;

**2) lekarskich dyżurów medycznych** pełnionych przez wyłonionych w tym postępowaniu lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarzy anestezjologii i intensywnej terapii (I<sup>0</sup>) lub lekarzy w trakcie specjalizacji w danej dziedzinie w obszarach wskazanych w Rozdziale II. Przedmiot Konkursu ust. 1, ppkt. 3-8 oraz w Oddziale Intensywnej Terapii, **codziennie do 5 lekarzy**, w tym: co najmniej 1 lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.

Udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych następować będzie:

- a) od poniedziałku do piątku - od godziny **15:05** do godziny **07:30** dnia następnego.
- b) w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy - od godziny **07:30** do godziny **07:30** dnia następnego.

### **PAKIET NR 2**

**1) godzin dopołudniowych od 07.30 do 15.05 w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie przy ul. PCK 7** przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza anestezjologii i intensywnej terapii (I<sup>0</sup>) lub lekarza w trakcie specjalizacji w danej dziedzinie, w wymiarze:

- odpowiadającym **min. 2 etatom przeliczeniowym i max. 3 etatom przeliczeniowym** (1 etat = 7 h 35 min dziennie);

**2) lekarskich dyżurów medycznych pełnionych** przez wyłonionych w tym postępowaniu lekarzy specjalistów **w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie przy ul. PCK 7 codziennie przez 1 lekarza** specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarzy anestezjologii i intensywnej terapii (I<sup>0</sup>).

Udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych następować będzie:

- a) od poniedziałku do piątku - od godziny **15:05** do godziny **07:30** dnia następnego.
- b) w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy- od godziny **07:30** do godziny **07:30** dnia następnego.

Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do zwiększenia obsady dyżurowej maksymalnie do dwóch lekarzy – za zgodą pisemną Dyrektora Udzielającego Zamówienia, po uzgodnieniu z Kierownikiem Oddziału.

### **PAKIET NR 3**

Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie procedur anestezyjologicznych przez wyłonionych w tym postępowaniu lekarzy specjalistów anestezyjologii i intensywnej terapii lub lekarzy anestezyjologii i intensywnej terapii (I<sup>0</sup>) lub lekarzy w trakcie specjalizacji w danej dziedzinie, dla zapewnienia realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w Rozdziale II. Przedmiot Konkursu ust. 1 ppkt. 3. Wykonywanie procedur anestezyjologicznych odbywać się będzie w dni powszednie w godzinach między 15.05 a 20.00, zgodnie z warunkami realizacji świadczeń określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia/Ministerstwo Zdrowia.

*Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo przeznaczenia na realizację przedmiotowych świadczeń max. do 130 godzin w miesiącu.

### **PAKIET NR 4**

Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie procedur anestezyjologicznych przez wyłonionych w tym postępowaniu lekarzy specjalistów anestezyjologii i intensywnej terapii lub lekarzy anestezyjologii i intensywnej terapii (I<sup>0</sup>) lub lekarzy w trakcie specjalizacji w danej dziedzinie, dla zapewnienia realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w Rozdziale II. Przedmiot Konkursu ust. 1, ppkt. 4. Wykonywanie procedur anestezyjologicznych odbywać się będzie w dni powszednie w godzinach między 15.05 a 21.00, zgodnie z warunkami realizacji świadczeń określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia/Ministerstwo Zdrowia.

*Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo przeznaczenia na realizację przedmiotowych świadczeń max. do 500 godzin w miesiącu.

3. Udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych następować będzie w **Oddziale Anestezyjologii i Intensywnej Terapii w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118 oraz w Oddziale Anestezyjologii i Intensywnej Terapii w Częstochowie przy ulicy PCK 7** – zgodnie z harmonogramem zapewniającym udzielanie świadczeń zdrowotnych całodobowo - (dotyczy Pakietu nr 1, Pakietu nr 2), we wszystkie dni kalendarzowe przez lekarzy specjalistów II<sup>0</sup> lub I<sup>0</sup> w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii, lekarzy w trakcie specjalizacji w danej dziedzinie, przy uwzględnieniu personelu zatrudnionego u *Udzielającego Zamówienia*.

4. Udzielanie świadczeń z w/w zakresu powinno odbywać się zgodnie z wymiarem zatrudnienia zgłoszonym przez *Udzielający Zamówienia* do Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez Portal Potencjału.

5. Okres obowiązywania umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych – **od daty zawarcia na okres 6 miesięcy.**

6. Informacje dotyczące wartości umowy zawartej przez *Udzielającego Zamówienia* z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezyjologii i intensywnej terapii zostaną udostępnione Oferentom na ich prośbę.

7. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do udzielania świadczeń w **Oddziale Anestezyjologii i Intensywnej Terapii w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118 oraz w Oddziale Anestezyjologii i Intensywnej Terapii w Częstochowie przy ulicy PCK 7** – przez lekarzy specjalistów I<sup>0</sup> i II<sup>0</sup> w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii oraz lekarzy w trakcie specjalizacji w danej dziedzinie, w dniach i godzinach ustalonych i zatwierdzonych przez Kierownika Oddziału Anestezyjologii i Intensywnej Terapii w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118 oraz w Oddziale Anestezyjologii i Intensywnej Terapii w Częstochowie przy ulicy PCK 7.

8. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych z najwyższą starannością, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy i sztuki medycznej, etyką zawodową, 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 niniejszego regulaminu i projektu umowy.

**9.** *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej (również w formie elektronicznej), w zakresie wykonanych procedur medycznych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, w szczególności obejmuje to wprowadzanie protokołów operacyjnych wraz z kodami wykonanych procedur do systemu komputerowego *Udzielającego Zamówienia* oraz prowadzenia 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).

**10.** 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 bezwzględnego przestrzegania przepisów bhp, ppoż. oraz wdrożonych polityk bezpieczeństwa.

**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.** *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do udzielania porad i specjalistycznych konsultacji lekarskich na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych i innych komórek organizacyjnych działalności podstawowej *Udzielającego Zamówienia*.

**13.** *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do wydawania pacjentom e-recept oraz wydawania orzeczeń lekarskich, e-skierowań, opinii, zaświadczeń, w tym e-zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, wymaganych w podmiotach leczniczych przez obowiązujące przepisy prawa.

**14.** *Przyjmujący Zamówienie* ponosi koszty dojazdu do miejsca udzielania świadczeń *Udzielającego Zamówienia*.

**15.** Kierownika Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii zastępować będzie lekarz wyznaczony spośród lekarzy specjalistów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w zakresie nadanych mu uprawnień przez Kierownika Oddziału. Lekarze specjaliści Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii będą udzielać świadczeń na podstawie zawartej umowy z podmiotem wyłonionym w postępowaniu konkursowym. Wyznaczony spośród lekarzy *Przyjmującego Zamówienia* lekarz zastępujący Kierownika Oddziału podczas jego zgłoszonej nieobecności, otrzyma część wynagrodzenia przysługującego Kierownikowi.

### **III. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE**

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 2024r., poz. 799), w zakresie zgodnym z 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. 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 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. W przypadku złożenia oferty przez lekarza zatrudnionego u *Udzielającego Zamówienia*, w przypadku wyboru jego oferty, z dniem zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym zakresie, lekarz ten rozwiąże umowę o pracę z *Udzielającym Zamówienia - dotyczy Pakietu nr 1 i Pakietu nr 2*.

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

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **od daty zawarcia umowy na okres 6 miesięcy.**

#### **V. 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: **najniższe zaoferowane stawki godzinowe w złotych – Cena 100%.**

4. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo wyboru w pierwszej kolejności jako najkorzystniejszej oferty, która zapewni kompleksowość wykonania zamówienia, tj.: oferty, która wyczerpie zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne. Jeżeli zostanie złożonych kilka ofert zapewniających kompleksowość wykonania zamówienia wówczas o wyborze najkorzystniejszej oferty decyduje najniższa cena brutto.

5. Jeżeli nie wpłynie żadna oferta, która zapewniałaby kompleksowość wykonania zamówienia o której mowa wyżej, wówczas Komisja Konkursowa ma prawo wyboru kilku najkorzystniejszych ofert, a podział godzin 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.

6. Najniższa cena brutto zostanie obliczona jako średnia arytmetyczna z zaoferowanych cen jednostkowych wyrażonych w złotych.

7. W przypadku, gdy wybrane oferty nie zapewnią wykonania zamówienia wówczas *Udzielający Zamówienia* ma prawo ogłosić kolejne postępowanie w celu uzupełnienia brakującej części zamówienia.

8. Oferowane ceny jednostkowe wyrażone w złotych wskazane w ofercie powinny zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.

9. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji w sprawie ceny

zaoferowanej przez *Przyjmującego Zamówienie* w przypadku złożenia dwóch lub więcej równorzędnych ofert.

**10. Udzielający Zamówienia** dopuszcza składanie ofert częściowych. Nie dopuszcza się składania ofert częściowych w obrębie pakietu.

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

1. Oferta winna być napisana w języku polskim, ręcznie za pomocą nieścieralnego atramentu, na komputerze lub maszynie do pisania pod rygorem nieważności 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.

3. Oferta powinna zawierać stawkę godzinową w złotych, według której obliczane będzie miesięczne wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem niniejszego zamówienia. Zaoferowane wynagrodzenie wskazane w ofercie powinno zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia, z wyłączeniem kosztów materiałowych.

4. Każda strona oferty musi być parafowana przez osobę podpisującą ofertę.

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 przez lekarzy specjalistycznych świadczeń zdrowotnych  
w zakresie wykonywania procedur anestezjologicznych dla dorosłych  
i sprawowania opieki nad chorymi  
w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118  
oraz  
w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Częstochowie przy ulicy PCK 7,  
nie otwierać przed terminem otwarcia ofert, tj.: 29.11.2024r. przed godz. 9:15  
z podaniem nazwy i adresu Oferenta  
i numeru pakietu PAKIET NR .....**

**POSTĘPOWANIE KONKURSOWE NR KO/111/2024”**

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.

**VII. 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 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 występowanie Oferenta w obrocie prawnym, tj.: wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub wydruk z CEIDG, potwierdzający aktywny status prowadzenia działalności gospodarczej, wydrukowane nie wcześniej niż 6 m-cy od daty terminu składania ofert;

**d)** dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych, tj.:

**d.1.** kopię dyplomu lekarza;

**d.2.** kopię prawa wykonywania zawodu lekarza;

**d.3.** kopię dokumentów wskazujących na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji;

**e)** polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, 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.

**f)** kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego, potwierdzającego zdolność do realizacji przedmiotu konkursu;

**g)** kopię aktualnego zaświadczenia o odbytych kursach bhp – zgodnie z zajmowanym stanowiskiem;

**h)** wykaz personelu udzielającego świadczeń – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do formularza ofertowego;

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

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

**3.** 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 Konkursową do usunięcia braków wyznaczonym terminie, pod rygorem odrzucenia oferty.

**4.** Oferta może zostać odrzucona także w przypadkach wskazanych w art. 149 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 146).

5. Wzór formularza ofertowego zawiera załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.

## **VIII. 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 tj.: z najniższą ceną dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
4. 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.
5. W przypadku, gdy wybrane oferty nie zapewnią wykonania zamówienia wówczas *Udzielający Zamówienia* ma prawo ogłosić kolejne postępowanie w celu uzupełnienia brakującej części zamówienia.
6. Oferowane ceny jednostkowe wyrażone w złotych z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, wskazane w ofercie powinny zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.

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

1. *Przyjmujący Zamówienie* 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 34 365 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 na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do dokonania zmiany lub uzupełnienia treści Regulaminu Konkursu Ofert w czasie nie krótszym, niż 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.
4. Informacja o wprowadzonych zmianach zostanie niezwłocznie przekazana wszystkim potencjalnym Oferentom na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i będzie dla nich wiążąca.
5. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert, bez podania przyczyny, na każdym jego etapie.

## **X. 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. 9:00.**

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



## **XI. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

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

## **XII. 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. 9:15** 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 nazwy *Oferentów*, których oferty zostały wybrane.
3. Z przebiegu konkursu sporządzony zostanie protokół.
4. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadomi *Oferentów* o zakończeniu konkursu i jego wyniku zamieszczając informację na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

## **XIII. PROTESTY I ODWOŁANIA**

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

#### **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 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.
4. Oferent jest zobowiązany do osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem niniejszego postępowania i nie może powierzyć, bez zgody *Udzielającego Zamówienia*, wykonywania przedmiotu umowy podmiotom lub osobom trzecim niewyłonionym w niniejszym postępowaniu.

#### **XV. 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/111/2024**

**Konkurs Ofert  
na udzielanie przez lekarzy  
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie  
wykonywania procedur anestezyjologicznych dla dorosłych  
i sprawowania opieki nad chorymi  
w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. Bialskiej 104/118  
oraz w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. PCK 7  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie**

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 wpisu do rejestru:

.....

**NIP** .....

**REGON** .....

**KRS** .....

**Nr konta bankowego** .....

**Telefon kontaktowy** .....

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

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

| Lp.  | Cena jednostkowa brutto [PLN] | Cena jednostkowa brutto [słownie złotych] | Jednostka miary   |
|--|-------------------------------|---|---|
| <b>PAKIET NR 1 ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII UL. BIALSKA 104/118</b>                      |                               |   |   |
| 1.   |                               |   | za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godz. <b>7.30- 15.05</b> przy <b>ul. Bialskiej 104/118</b>                                     |
| 2.   |                               |   | za 1 godz. <b>dyżuru „zwykłego”</b> w dni powszednie w godz.: <b>15.05-07.30</b> przy <b>ul. Bialskiej 104/118;</b>   |
| 3.   |                               |   | za 1 godz. <b>dyżuru „świętecznego”</b> w dni świąteczne i wolne od pracy w godz.: <b>07.30-07.30</b> przy <b>ul. Bialskiej 104/118;</b>                      |
| <b>PAKIET NR 1</b>   |                               |   |   |
| Oferuję wymiar zatrudnienia: całodobowe zapewnienie obsady lekarskiej, zgodnie z przedmiotem zamówienia. |                               |   |   |
| <b>PAKIET NR 2 ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII UL. PCK 7</b>                                |                               |   |   |
| 1.   |                               |   | za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godz. <b>07.30-15.05</b><br>Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy <b>ul. PCK 7</b> |
| 2.   |                               |   | za 1 godz. <b>dyżuru „zwykłego”</b> w dni powszednie w godz.: <b>15.05-07.30</b> przy <b>ul. PCK 7;</b>   |
| 3.   |                               |   | za 1 godz. <b>dyżuru „świętecznego”</b> w dni świąteczne i wolne od pracy w godz.: <b>07.30-07.30</b> przy <b>ul. PCK 7;</b>                                  |
| <b>PAKIET NR 2</b>   |                               |   |   |
| Oferuję wymiar zatrudnienia: całodobowe zapewnienie obsady lekarskiej, zgodnie z przedmiotem zamówienia  |                               |   |   |

**PAKIET NR 3**

| Lp.  | Cena w złotych brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych | słownie złotych | Jednostka miary  |
|--|---|-----------------|--|
| 1.   |   |                 | za 1 godz. wykonywania procedur anestezyjologicznych dla zapewnienia realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w Rozdziale II. Przedmiot Konkursu, ust. 1 ppkt. 3, w dni powszednie w godz. 15.05 – 20.00 |
| Składam ofertę na ..... godzin w miesiącu. |   |                 |  |

**PAKIET NR 4 - wykonywanie procedur anestezyjologicznych do zabiegów endoskopowych w Pracowniach Endoskopii przy ul. Bialskiej 104/118 i PCK 7**

| Lp.  | Cena w złotych brutto za znieczulenie  | słownie złotych                  |
|--|--|----------------------------------|
| 1.   | a) ..... zł za znieczulenie do 1 procedury kolonoskopii<br>b) ..... zł za znieczulenie do 1 procedury gastroskopii<br>c) ..... zł za znieczulenie do procedury gastroskopii i kolonoskopii | a) .....<br>b) .....<br>c) ..... |
| Składam ofertę na ..... godzin w miesiącu. |  |                                  |

3. Proponowane wynagrodzenie za pełnienie zastępstwa za Kierownika Oddziału podczas jego nieobecności:

Kierownika Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii zastępować będzie lekarz wyznaczony spośród lekarzy specjalistów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w zakresie nadanych mu uprawnień przez Kierownika Oddziału. Lekarze specjaliści Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii będą udzielać świadczeń na podstawie zawartej umowy z podmiotem wyłonionym w postępowaniu konkursowym. Wyznaczony spośród lekarzy *Przyjmującego Zamówienie* lekarz zastępujący Kierownika Oddziału podczas jego zgłoszonej nieobecności, otrzyma część wynagrodzenia przysługującego Kierownikowi.

*Niezależnie od ilości dni roboczych: ryczałtowe wynagrodzenie przysługujące Kierownikowi zostanie pomniejszone o wynagrodzenie przysługujące jego zastępcy, tj. kwotę którą otrzyma za każdy roboczy dzień w wysokości ..... zł brutto (słownie złotych: .....), nieobejmujące dni, w których są tzw. „schodzenia” po dyżurze.*

Łączne wynagrodzenie dla osób zastępujących Kierownika Oddziału w ciągu miesiąca nie może przekroczyć jego miesięcznego ryczałtowego wynagrodzenia za kierowanie Oddziałem. Łączne wynagrodzenie ryczałtowe dla Kierownika Oddziału i jego zastępcy nie może przekroczyć miesięcznego ryczałtowego wynagrodzenia za kierowanie Oddziałem.

Imienny wykaz osób wraz ze wskazaniem roboczych dni, w których nastąpiło zastępstwo, za które należne jest wynagrodzenie, wskazuje *Przyjmujący Zamówienie* na podstawie danych uzyskanych od Kierownika Oddziału.

4. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, które akceptuję.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu Konkursu Ofert.
6. Oświadczam, że uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu Ofert, tj.: 30 dni.
7. Oświadczam, że zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert projekty umów zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.
8. Oświadczam, że zobowiązuję się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

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

- a) dokument potwierdzający wpis Oferenta do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa, wydrukowana nie wcześniej niż 6 m-cy od daty terminu składania ofert,
- b) dokument potwierdzający występowanie Oferenta w obrocie prawnym, tj.: wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub wydruk z CEIDG, potwierdzający aktywny status prowadzenia działalności gospodarczej, wydrukowane nie wcześniej niż 6 m-cy od daty terminu składania ofert.
- c) kopię dyplomu lekarza,
- d) kopię prawa wykonywania zawodu lekarza,
- e) kopię dokumentów wskazujących na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji,
- f) wykaz personelu udzielającego świadczeń – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do formularza ofertowego.
- g) kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego, potwierdzającego zdolność do realizacji przedmiotu konkursu.
- h) kopię aktualnego zaświadczenia o odbytych kursach bhp zgodnym z zajmowanym stanowiskiem.
- i) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego.
- j) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego, zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.
- k) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, 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.

Oświadczam i zobowiązuję się, że w przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

..... dnia .....

/miejsowość/

/data/

.....

/czytelny podpis Oferenta/

*\*niepotrzebne skreślić*

**WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH - Oddział Anestezjologii**

**i Intensywnej Terapii przy ul. Białskiej 104/118**

*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*:<br>1) wyższe medyczne - tytuł magistra;<br>2) wyższe medyczne - tytuł licencjata;<br>3) wyższe;<br>4) średnie;<br>5) wyższe - tytuł magistra<br>6) wyższe - tytuł licencjata<br><i>*zaznaczyć niewidkawa</i> | Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/ Doświadczenie |
|-------|-----------------|-------|------------|----------------------|-----------------------------|--|--|--|------------------------------|----------------------------|--|--|
| 1.    |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |  |  |
| 2.    |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |  |  |
| 3.    |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |  |  |
| 4.    |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |  |  |
| 5.    |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |  |  |
| ..... |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |  |  |

Podpis, pieczęć Oferenta



**WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH - Oddział Anestezjologii**

**i Intensywnej Terapii przy ul. PCK 7**

**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*:<br>1) wyższe medyczne - tytuł magistra;<br>2) wyższe medyczne - tytuł licencjata;<br>3) wyższe;<br>4) średnie;<br>5) wyższe - tytuł magistra<br>6) wyższe - tytuł licencjata<br><i>*zaznaczyć niewidkawa</i> | Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/ Doświadczenie |
|-------|-----------------|-------|------------|----------------------|-----------------------------|--|--|--|------------------------------|----------------------------|--|--|
| 1.    |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |  |  |
| 2.    |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |  |  |
| 3.    |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |  |  |
| 4.    |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |  |  |
| 5.    |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |  |  |
| ..... |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |  |  |

Podpis, pieczęć Oferenta