

KO/65/2024

## REGULAMIN KONKURSU OFERT

**na udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia  
lekarskich dyżurów medycznych na Oddziale Pediatrycznym  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny  
w Częstochowie usytuowanym w obiekcie przy ul. PCK 7.**

### 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 udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych na Oddziale Pediatrycznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w obiekcie przy ul. PCK 7 na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie Konkursu Ofert i w zawieranej umowie, tj.: w szczególności w niżej wymienionych dniach, godzinach, wymaganej obsadzie oraz przez osoby o niżej wymaganych kwalifikacjach:
  - a) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach lekarskich dyżurów medycznych pełnionych przez wyłonionych w tym postępowaniu lekarzy na Oddziale Pediatrycznym **codziennie przez 1 specjalistę w dziedzinie pediatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji w danej dziedzinie za zgodą Kierownika specjalizacji i Kierownika Oddziału.**
  - b) za dyżur świąteczny standardowo uznaje się dyżur pełniony w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy - od godziny **8.00** do godziny **8.00** dnia następnego.
2. Lekarski dyżur medyczny może być dyżurem zwykłym lub dyżurem świątecznym, przy czym:
  - a) za dyżur zwykły standardowo uznaje się dyżur pełniony od poniedziałku do piątku - od godziny **15.35** do godziny **8.00** dnia następnego,
  - b) za dyżur świąteczny standardowo uznaje się dyżur pełniony w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy - od godziny **8.00** do godziny **8.00** dnia następnego.
3. Zakres godzinowy dyżurów może być dostosowany do pracy Oddziału Pediatrycznego lub wymagań *Udzielającego Zamówienia*.
4. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie w przypadku otrzymania zmniejszonego kontraktu z NFZ prawo do zmniejszenia ilości dyżurujących lekarzy bez ponoszenia z tego tytułu na rzecz *Przyjmującego Zamówienie* jakichkolwiek kosztów.
5. *Udzielający Zamówienia* nie jest zobowiązany do zlecenia *Przyjmującemu Zamówienie* maksymalnej ilości godzin dyżurów w okresie obowiązywania umowy.
6. Świadczenie usług medycznych wykonywane będzie przez *Przyjmującego Zamówienie* zgodnie z wymogami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zgodnie z warunkami umowy.
7. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach lekarskich dyżurów

medycznych pełnionych przez wyłonionych w tym postępowaniu lekarzy **na Oddziale Pediatrycznym codziennie przez 1 lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji w danej dziedzinie, w ilości do 31 dyżurów w miesiącu**, przy uwzględnieniu personelu lekarskiego, zatrudnionego przez **Udzielającego Zamówienia**.

**8. Udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych następować będzie:**

**a)** od poniedziałku do piątku - od godziny **15:35** do godziny **08:00** dnia następnego;

**b)** w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy - od godziny **08:00** do godziny **08:00** dnia następnego.

**9. Udzielający Zamówienia** bezpłatnie udostępni aparaturę, leki i inne środki niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach lekarskich dyżurów medycznych pełnionych w Oddziale Pediatrycznym, usytuowanym w obiekcie przy ul. PCK 7.

#### **UWAGA:**

**1. Udzielający Zamówienia** – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie może wyznaczyć z listy lekarzy dyżurujących w danym dniu jednego lekarza jako Kierownika Dyżuru, w obiekcie przy ul. PCK 7.

#### **2. Do zadań Kierownika Dyżurów należy:**

a) rozpoczynanie dyżuru o godzinie ustalonej w harmonogramie dyżurów, potwierdzając ten fakt wpisem w Książce Raportów Kierownika Dyżurów a następnie zakończenie dyżuru, które potwierdzone jest podpisem, datą i godziną w Książce Raportów Kierownika Dyżuru;

b) koordynowanie działań leczniczych wobec pacjentów wymagających współpracy lekarzy wielu specjalności;

c) w szczególnie uzasadnionych przypadkach, po uzgodnieniu z Dyrektorem Szpitala podejmowanie decyzji w sprawie doraźnych przesunięć w zakresie dyżurnego personelu medycznego;

d) koordynacja działań leczniczych w sytuacjach zbiorowych wypadków, zachorowań, katastrof, itp.;

e) koordynacja przyjęcia pacjentów kierowanych i transportowanych przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe do Szpitala w szczególności bezpiecznego przekazania pacjenta z lądowiska śmigłowcowego do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego;

f) rozstrzyganie sporów kompetencyjnych między lekarzami dyżurującymi w Szpitalu;

g) koordynacja w zakresie doraźnych konsyliów lekarzy specjalistów w przypadkach określonych odrębnymi przepisami;

h) przyjmowanie od lekarzy dyżurujących informacji o problemach powstałych w oddziale w trakcie dyżuru, dotyczących m.in. procesu leczenia, liczby wykorzystania łóżek, sprzętu itp.;

i) wydawanie poleceń służbowych personelowi medycznemu (wyższemu, średniemu i niższemu), a także pracownikom służb technicznych, mających na celu zapewnienie sprawnego funkcjonowania Szpitala w czasie trwającego dyżuru;

j) przyjmowanie wszelkich skarg, wniosków i uwag pacjentów oraz personelu, dotyczących spraw i problemów zaistniałych w trakcie dyżuru oraz przekazywanie ich w formie pisemnej Dyrektorowi Szpitala przez odnotowanie tego faktu w książce Raportów Kierownika Dyżurów, a w przypadkach pilnych, również niezwłocznie telefonicznie;

k) staranne i rzetelne prowadzenie Książki Raportów Kierownika Dyżurów;

l) współpraca z Centrum Powiadamiania Ratunkowego, Wojewódzkim i Powiatowym Centrum Zarządzania Kryzysowego w sytuacjach, które tego wymagają;

ł) w sytuacjach szczególnych np. zdarzenia o charakterze masowym, wypadkach mogących być przedmiotem zainteresowania środków masowego przekazu oraz zgonach, które nastąpiły w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Kierownik Dyżurów powiadamia niezwłocznie dyżurnego Dyrektora;

m) podejmowanie decyzji o rozpoczęciu akcji ewakuacyjnej i osobiste kierowanie akcją do czasu przybycia odpowiednich służb. Prowadząc akcję ewakuacyjną ściśle współpracować ze służbami technicznymi Szpitala. Powiadamia o zaistniałych zagrożeniach służby ratunkowe i ochrony m.in. Państwową Straż Pożarną, Policję, Ochronę Szpitala;

n) niezwłocznie powiadamia Dyrektora szpitala o zaistniałych zagrożeniach lub zakłóceniach w funkcjonowaniu Szpitala, jak również o wszystkich sytuacjach awaryjnych;

o) znajomość aktów prawnych i instrukcji dotyczących funkcjonowania Szpitala, a w szczególności:

- Ustawy o działalności leczniczej;
- Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej;
- Ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta;
- Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych;
- Instrukcji bezpieczeństwa pożarowego Szpitala;
- Instrukcji BHP szpitala;
- Regulaminu Organizacyjnego Szpitala;
- Regulaminy Pracy Szpitala;
- Statutu Szpitala.

3. Kierownikowi Dyżuru w trakcie pełnienia jego obowiązków podlega cały personel medyczny Szpitala.

4. Kierownik Dyżurów Szpitala w czasie pełnienia swojej funkcji – pod nieobecność Dyrektora Szpitala – jest jedyną upoważnioną osobą do udzielania informacji mediom w zakresie ogólnym, dotyczącym zdarzeń medycznych i funkcjonowania Szpitala z zachowaniem zasad etyki zawodowej, dbając o dobre imię Szpitala oraz poszanowaniu praw pacjenta.

5. Kierownik Dyżuru Szpitala niezwłocznie informuje Dyrektora Szpitala o podjęciu czynności podjętych w pkt. 2 (ppkt - d,l,m,n)

6. Kierownik Dyżurów Szpitala wykonuje ponadto inne czynności zlecone mu przez Dyrektora Szpitala, wiążące się z pełnieniem przez niego funkcji, a nie objęte niniejszą Instrukcją.

7. W przypadkach, w których wymagana jest współpraca Kierownika Dyżurów Szpitala przy ul. Bialskiej z Kierownikiem Dyżurów Szpitala przy ul. PCK 7, nadrzędnym decyzyjnie jest Kierownik Dyżuru Szpitala przy ul. Bialskiej 104/118.

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

1. Wykonywanie zamówienia na wymaganym przepisami poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy, sztuki medycznej oraz etyki zawodowej, normami umożliwiającymi akredytację i certyfikację, obowiązującymi przepisami prawa, warunkami niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert, postanowieniami umowy, przy zachowaniu najwyższej staranności w wykonywaniu usług na rzecz *Udzielającego Zamówienia*.

2. Udzielanie konsultacji lekarskich w danej specjalizacji na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych

i innych komórek organizacyjnych działalności podstawowej *Udzielającego Zamówienia*.

**3.** Wydawanie orzeczeń lekarskich, e-skierowań, opinii i zaświadczeń wymaganych w podmiotach leczniczych przez obowiązujące przepisy prawa, w tym e-zaświadczeń o niezdolności do pracy.

**4.** W trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest w szczególności do:

**a)** udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym i planowym obejmujących proces diagnostyczno-terapeutyczny trwający od chwili przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu, w szczególności kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapię, zalecenia.

**b)** prowadzenia dokumentacji medycznej, również w formie elektronicznej, dotyczącej udzielanych świadczeń zdrowotnych w sposób zgodny z przepisami w tym zakresie obowiązującymi oraz zgodnie z wymogami NFZ;

**c)** prowadzenia sprawozdawczości statystycznej wymaganej przez obowiązujące przepisy prawa;

**d)** wykonywania konsultacji na rzecz pacjentów Izby Przyjęć oraz ewentualne ich kwalifikowanie do przyjęcia na Oddział;

**e)** nadzorowania pracy personelu średniego i pomocniczego;

**f)** wydawania personelowi średniemu i pomocniczemu poleceń związanych bezpośrednio z wykonywanymi świadczeniami zdrowotnymi oraz do kontrolowania wykonywania tych poleceń;

**g)** zgłaszania Kierownikowi Oddziału zastrzeżeń i uwag, co do funkcjonowania aparatury i sprzętu medycznego;

**h)** nieopuszczania Oddziału dopóki nie stawi się lekarz przejmujący opiekę w Oddziale, tzn. tzw. „zmiennik” lub w sytuacji, gdy konieczne jest kontynuowanie czynności medycznych zapobiegających pogorszeniu, utracie zdrowia lub życia pacjentów;

**i)** stosowania się do merytorycznych wskazówek Kierownika Oddziału, które mają charakter wiążących poleceń w trakcie obecności Kierownika w Oddziale.

**j)** poddanie się kontroli NFZ zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**k)** prowadzenie racjonalnej i efektywnej gospodarki lekami oraz sprzętem, aparaturą i innymi środkami wykorzystywanymi do udzielania świadczeń, zgodnie z przyjętymi standardami u *Udzielającego Zamówienia*.

#### **IV. 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.** Oferenci muszą być uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP i posiadają uprawnienia do świadczeń 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 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, p.poż oraz wdrożonych polityk bezpieczeństwa.

**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.

**7.** W przypadku pełnienia lekarskiego dyżuru medycznego przez lekarza będącego pracownikiem *Udzielającego Zamówienia* lekarz ten jest zobowiązany do tzw. zejścia po dyżurze po uprzednim uzyskaniu akceptacji Kierownika Oddziału.

**8.** *Przyjmujący Zamówienie* bądź też lekarz pełniący dyżur z ramienia *Przyjmującego Zamówienie* nie może pełnić dyżurów następujących bezpośrednio po sobie.

**9.** 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 Kierownika Oddziału, bądź osobę przez niego upoważnioną i zobowiązany jest zapewnić *Udzielającemu zamówienie* wykonywanie swoich czynności przez inną osobę, która posiada co najmniej takie same kwalifikacje jak lekarz, który w tym dniu miał świadczyć dyżur. (*dotyczy Przyjmującego Zamówienia dysponującego personelem wieloosobowym*).

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

**11.** W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających udzielenie świadczeń zdrowotnych, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do poinformowania o tym fakcie *Udzielającego Zamówienia*, tj. Kierownika Oddziału, bądź osobę przez niego upoważnioną z co najmniej jednodniowym wyprzedzeniem przed planowanym terminem zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych i zobowiązany jest zapewnić *Udzielającemu Zamówienia* wykonywanie swoich czynności przez inną osobę, która posiada co najmniej takie same kwalifikacje jak lekarz, który w tym dniu miał świadczyć dyżur (*dotyczy Przyjmującego Zamówienia dysponującego personelem wieloosobowym*).

**12.** *Przyjmujący Zamówienie* nie może w okresie obowiązywania niniejszej umowy udzielać świadczeń zdrowotnych w oparciu o zawartą z NFZ umowę (stosownie do treści przepisu art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 146).

**13.** *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do udzielania świadczeń zgodnie z harmonogramem zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału, a sporządzonym z góry na okresy miesięczne. Propozycje zabezpieczenia dyżurów powinny być złożone u Kierownika Oddziału najpóźniej do 20-ego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym pełnione będą dyżury. Harmonogram na pierwszy miesiąc obowiązywania umowy zostanie sporządzony niezwłocznie po zawarciu umowy. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo zmiany harmonogramu, jednak nie później niż na 5 dni przed rozpoczęciem danego miesiąca.

**14.** Szczegółowy harmonogram dyżurów przekazywany będzie do Działu Umów Medycznych

*Udzielającego Zamówienia* celem weryfikacji, a następnie przekazany będzie podmiotom (osobom) udzielającym świadczeń zdrowotnych.

**15. 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 (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 realizacji zamówienia: **od daty zawarcia umowy na okres 12 m-cy.**

## **VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE.**

1. Rodzaj Konkursu: otwarty.
2. Forma składania ofert: pisemna.
3. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty.
4. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych.

## **VII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, napisana czytelnym pismem ręcznym przy użyciu nieścieralnego atramentu, komputerowo lub na maszynie i podpisana przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.
2. Oferta winna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności, tzn. każdy dokument należy sygnować oryginalnym podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania firmy na zewnątrz.
3. Oferta powinna zawierać cenę jednostkową świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego 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 wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych na Oddziale Pediatricznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny**

**w Częstochowie, usytuowanym w obiekcie przy ul. PCK 7**

**Nie otwierać przed terminem otwarcia ofert, tj.: do dnia 08.07.2024r. do godz. 10:15**

**- POSTĘPOWANIE KONKURSOWE NR KO/65/2024”**

**z podaniem nazwy i adresu Oferenta.**

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. WYMAGANE DOKUMENTY, KTÓRE SKŁADA OFERENT**

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:

- a) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminu Konkursu Ofert”;
- b) oświadczenie Oferenta o związaniu niniejszą ofertą; termin związania ofertą wynosi 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.;
- c) oświadczenie o zaakceptowaniu projektu umowy;
- d) 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,
- e) 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.
- f) kopię dyplomu lekarza,
- g) kopię prawa wykonywania zawodu lekarza,
- h) kopię dokumentów wskazujących na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji,
- i) dokument w formie oświadczenia, potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji z dziedziny pediatrii i potwierdzający przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiającą samodzielną pracę na Oddziale – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1a do formularza ofertowego,
- j) wykaz personelu udzielającego świadczeń – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do formularza ofertowego.
- k) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji - zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego,
- l) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji - zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego,
- ł) 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,
- m) w przypadku osoby lub osób, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotową umową, posiadającej obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, niezależnie od informacji, o której mowa w pkt ł, 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,
- n) 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,

**o)** w przypadku, gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja, o której mowa w pkt. m i n, 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 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,

**p)** 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.

**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.** 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.

**4.** 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).

## **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 przez Oferentów warunków formalnych.

**3.** Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejszą ofertę dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

**4.** Kryterium oceny ofert: **Cena 100%**.

**5.** Najniższa cena brutto zostanie obliczona jako średnia arytmetyczna jednej godziny pełnienia



dyżuru medycznego obliczona z zaoferowanych cen jednostkowych.

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

7. 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.

8. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji w sprawie cen zaoferowanych przez *Przyjmującego Zamówienie* w przypadku złożenia dwóch lub więcej równorzędnych ofert.

9. *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 pisemnie, najpóźniej na 2 dni przed ostatecznym terminem składania ofert na adres *Udzielającego Zamówienia* lub elektronicznie na adres: [jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl](mailto:jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl). lub faksem na nr 34 365 17 56 - sekretariat. 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).

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 zamieszczona na stronie internetowej *Udzielającego Zamówienia*.

5. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert oraz do unieważnienia postępowania 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: 08.07.2024r. do godz. 10.00  
Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.**

#### **XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ.**

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 **08.07.2024r. o godz. 10.15** 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 - Dział Umów Medycznych.**

**2.** Komisja Konkursowa przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert dokonuje następujących czynności:

- 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
- 2) otwiera koperty z ofertami,
- 3) ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu,
- 4) odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom konkursu,
- 5) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów,
- 6) dokonuje analizy ofert i wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
- 7) ogłasza nazwę Oferenta, którego oferta została 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 na stronie internetowej Szpitala [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl)

#### **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 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. 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. Oferent nie może powierzyć, bez zgody *Udzielającego Zamówienia*, wykonywania przedmiotu umowy podmiotom lub osobom trzecim nie wyłonionym w niniejszym postępowaniu.

#### **XVI. TRYB POSTĘPOWANIA.**

Niniejsze postępowanie konkursowe prowadzone jest zgodnie z przepisami:

1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku 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).

p.o. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
lek. Marcin Pakulski

**FORMULARZ OFERTY**  
**na udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia**  
**lekarskich dyżurów medycznych na Oddziale Pediatrycznym Wojewódzkiego Szpitala**  
**Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie**  
**usytuowanych w obiekcie przy ul. PCK 7 – KO/65/2024**

**NAZWA OFERENTA**

.....  
.....

**ADRES:**

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

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

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność  
lecniczą .....

Nr wpisu do rejestru: .....

**STOPIEŃ SPECJALIZACJI\*** .....

**NIP** .....

**REGON** .....

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

**Telefon kontaktowy:** .....

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

\*jeśli dotyczy

**1)** Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oferuję przyjęcie do wykonania zamówienie w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.

**2)** Oferuję świadczenie usług będących przedmiotem zamówienia zgodnie z wymogami określonymi Regulaminem Konkursu Ofert za stawkę godzinową brutto wyrażoną w PLN:

## **Oddział Pediatriczny w obiekcie przy ul. PCK 7**

### **1) za jedną godzinę dyżuru zwykłego**

- bez specjalizacji .....PLN
- I<sup>o</sup> specjalizacji .....PLN
- II<sup>o</sup> specjalizacji .....PLN

### **2) za jedną godzinę dyżuru świątecznego**

- bez specjalizacji ..... PLN
- I<sup>o</sup> specjalizacji ..... PLN
- II<sup>o</sup> specjalizacji ..... PLN

### **3) wykonywanie zadań „KIEROWNIKA DYŻURU” wyznaczonego z listy lekarzy dyżurujących w danym dniu:**

- od poniedziałku do piątku dodatek do dyżuru w kwocie .....PLN
- w soboty, niedziele i święta dodatek do dyżuru w kwocie .....PLN

### **4) Składam ofertę na zabezpieczenie ..... dyżurów w miesiącu.\***

### **5) Składam ofertę na zabezpieczenie wszystkich dyżurów w miesiącu.\***

*\*niepotrzebne skreślić*

### **Oświadczenia:**

- 1) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, którą akceptujemy.
- 2) Oświadczam, że zapoznałem/ am się z treścią „Regulaminu konkursu ofert”, którą akceptuję.
- 3) Oświadczam, że uważam się związany/a niniejszą ofertą na czas wskazany w „Regulaminie Konkursu Ofert”.
- 4) Oświadczam, że zawarte w Regulaminie 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 *Zamawiającego*.
- 5) Oświadczam, że nie byłem/am karany/a i nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie karne.
- 6) Oświadczam, że w przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, zobowiązuję się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

### **Do oferty dołączam wymagane dokumenty, tj.:**

- 1) 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,

- 2) 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.
- 3) kopię dyplomu lekarza,
- 4) kopię prawa wykonywania zawodu lekarza,
- 5) kopię dokumentów wskazujących na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji,
- 6) dokument w formie oświadczenia, potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji z dziedziny pediatrii i potwierdzający przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiające samodzielną pracę na Oddziale – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1a do formularza ofertowego (dotyczy lekarza w trakcie specjalizacji),
- 7) wykaz personelu udzielającego świadczeń – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do formularza ofertowego.
- 8) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji - zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego,
- 9) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji - zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego,
- 10) 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 (t.j. Dz.U. z 2023r., poz. 1939 z późn. zm.) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,
- 11) w przypadku osoby lub osób, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotową umową, posiadającej obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, niezależnie od informacji, o której mowa w pkt 10, 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,
- 12) 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,
- 13) w przypadku, gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja, o której mowa w pkt. 11 i 12, 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 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,

**14)** 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.

..... dnia .....

/Miejscowość/

/data/

.....

/czytelny podpis Oferenta/

## 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*:<br>1) wyższe - tytuł magistra;<br>2) wyższe - tytuł licencjata;<br>3) wyższe;<br>4) średnie;<br>5) wyższe - tytuł magistra<br>6) wyższe - tytuł licencjata<br><br>*zaznaczyć prawidłowe | Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/<br><br>Doświadczenie | Dane do sprawdzenia osoby w Rejestrze Sprawców Przystępstw na Tle Seksualnym |           |            |                |
|------|-----------------|-------|------------|----------------------|-----------------------------|--|--|--|------------------------------|----------------------------|---|---|--|-----------|------------|----------------|
|      |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |   |   | Nazwisko rodowe  | Imię ojca | Imię matki | Data urodzenia |
| 1.   |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |   |   |  |           |            |                |
| ...  |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |   |   |  |           |            |                |
| ...  |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |   |   |  |           |            |                |
| .... |                 |       |            |                      |                             |  |  |  |                              |                            |   |   |  |           |            |                |

.....  
Podpis Oferenta



Częstochowa, dnia .....

**OŚWIADCZENIE** - Załącznik nr 1a do formularza ofertowego

Niniejszym zaświadczam, że lekarz ....., posiadający PWZ o nr ....., wydane w dniu .....  
przez Izbę Lekarską w ....., rozpoczął\*/ukończył\* w dniu ..... rok specjalizacji z dziedziny pediatrii oraz  
**posiada wiedzę i umiejętności umożliwiające samodzielną pracę na Oddziale Pediatrycznym.**

*\*niepotrzebne skreślić*

.....

*Podpis i pieczętka Kierownika specjalizacji*

.....

*Podpis i pieczętka Kierownika Oddziału*

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

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.<sup>1</sup>

Wobec powyższego oświadczam, że nie byłem/-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>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