

## **REGULAMIN KONKURSU OFERT**

**na udzielanie przez lekarzy  
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i sprawowania opieki nad chorymi  
w Oddziałach: Neurologii i Udarowym oraz Poradni Neurologii  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z siedzibą  
w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.**

### **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 przez lekarzy specjalistycznych świadczeń lekarskich i sprawowania opieki nad chorymi w **Oddziałach: Neurologii i Udarowym oraz Poradni Neurologii** Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie przy ulicy Bialskiej 104/118, przez lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii lub lekarzy w trakcie specjalizacji w danej dziedzinie, w wymiarze **nie mniejszym niż 4 etaty i nie większym niż 9 etatów (1 etat = 7 h 35 min dziennie)** w szczególności:

- 1) hospitalizacja na Oddziale – całodobowo, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Kierownika Oddziału i zatwierdzonym przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa;
- 2) udzielanie konsultacji pacjentom przebywającym na innych Oddziałach Szpitala, na wezwanie lekarzy tych oddziałów, w terminie niezbędnym dla zachowania ciągłości procesu diagnostyczno – leczniczego z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjentów, z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjentów, konieczności udzielenia konsultacji w przewidzianym terminie oraz z uwzględnieniem rzeczywistej (kadrowej) możliwości udzielenia takich konsultacji przez Przyjmującego Zamówienie bez narażenia na utratę życia lub zdrowia pacjentów Oddziału Neurologii i Oddziału Udarowego;
- 3) udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Zespołu Przyjęć SOR oraz Centrum Urazowego oraz ewentualne ich kwalifikowanie do przyjęcia na Oddział z uwzględnieniem rzeczywistej (kadrowej) możliwości udzielenia takich świadczeń przez Przyjmującego Zamówienie bez narażenia na utratę życia lub zdrowia pacjentów Oddziału Neurologii i Oddziału Udarowego;
- 4) wykonywanie i opisywanie badań diagnostycznych dla pacjentów w ramach Pracowni Diagnostycznej zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Kierownika Oddziału;
- 5) realizacja programów lekowych- kontynuacja i realizacja nowych programów lekowych, zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia;
- 6) udzielanie porad specjalistycznych w poradni Neurologii, zgodnie z harmonogramem

ustalonym przez Kierownika Oddziału i zatwierdzonym przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie przy uwzględnieniu personelu lekarskiego zatrudnionego u Udzielającego Zamówienia w:

- 1) Oddziale Neurologii i Oddziale Udarowym w godzinach ordynacji dziennej, tj.: od 07.15 do 14.50;
- 2) Oddziale Neurologii i Oddziale Udarowym w trybie dyżurowym, przy czym:
  - a) za dyżur zwykły uznaje się dyżur pełniony od poniedziałku do piątku w godzinach od godz. 14:50 do 07:15 dnia następnego;
  - b) za dyżur świąteczny uznaje się dyżur pełniony w soboty, niedziele, święta oraz w dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 07:15 do godziny 07:15 dnia następnego.

**Oddział Neurologii:**

**a) 1 lekarz pełni dyżur co drugi dzień, w dni parzyste:**

- od poniedziałku do piątku - od godziny **14:50** do godziny **07:15** dnia następnego.
- w soboty, niedziele i święta - od godziny **07:15** do godziny **07:15** dnia następnego.

*dla zapewnienia kompleksowej opieki lekarskiej w tzw. „ostre dyżury neurologiczne” w obszarze neurologicznym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.*

**Oddział Udarowy:**

**a) 1 lekarz specjalista neurolog codziennie:**

- od poniedziałku do piątku - od godziny **14:50** do godziny **07:15** dnia następnego.
- w soboty, niedziele i święta - od godziny **07:15** do godziny **07:15** dnia następnego.

- 3) Pracowni Diagnostycznej, w godzinach wynikających z zapotrzebowania *Udzielającego Zamówienia*, wg harmonogramu ustalonego po rozstrzygnięciu postępowania.
- 4) Poradni Neurologii, zgodnie z zapotrzebowaniem *Udzielającego Zamówienia*, wg harmonogramu ustalonego po rozstrzygnięciu postępowania, w wymiarze nie mniejszym niż 7 godzin w tygodniu.

3. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych obejmuje świadczenia:

- NEUROLOGIA- HOSPITALIZACJA;
- NEUROLOGIA – HOSPITALIZACJA – A48

Ambulatoryjne:

- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII;
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII – DIAGNOSTYKA ONKOLOGICZNA;
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII – ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE;
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII – DIAGNOSTYKA ONKOLOGICZNA – POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM
- W RAMACH REALIZACJI PROGRAMÓW LEKOWYCH,

określone umową zawartą pomiędzy *Udzielającym Zamówienia* a Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami finansującymi świadczenia. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza możliwość zmiany zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez jego ograniczenie lub rozszerzenie w przypadku zmiany warunków zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

**4.** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w/w zakresie odbywać się będzie zgodnie z wymiarem zatrudnienia zgłoszonym przez *Udzielającego Zamówienia* do Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez Portal Potencjału. W przypadku zmiany warunków umowy z NFZ *Przyjmujący Zamówienie* dostosuje godziny pełnienia świadczeń zdrowotnych do nowych wymogów NFZ.

**5.** Okres obowiązywania umowy: **od 01.02.2020r. do 28.02.2022r.**

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

**7.** *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do prowadzenia terminowo, dokładnej i systematycznej dokumentacji medycznej (również w formie elektronicznej) zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz wymogami obowiązującymi u *Udzielającego Zamówienia* oraz prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej. Udostępnienie dokumentacji medycznej przez *Przyjmującego Zamówienie* osobom trzecim odbywa się zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta oraz z zasadami ustalonymi przez *Udzielającego Zamówienia*.

**8.** 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 Zintegrowanym Systemem Zarządzania wg norm ISO 9001:2015, ISO14001:2015, PN-N 18001:2004 i przyjętej z tym związanej Polityki ZSZ, która stanowi integralną część umowy. Poza tym *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania przepisów bhp, p. poż. oraz wdrożonych polityk bezpieczeństwa.

**9.** *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.

**10.** *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do udzielania konsultacji pacjentom przebywającym na innych Oddziałach Szpitala, na wezwanie lekarzy tych oddziałów, w terminie niezbędnym dla zachowania ciągłości procesu diagnostyczno – leczniczego z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjentów, z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjentów, konieczności udzielenia konsultacji w przewidzianym terminie oraz z uwzględnieniem rzeczywistej (kadrowej)

możliwości udzielenia takich konsultacji przez *Przyjmującego Zamówienie* bez narażenia na utratę życia lub zdrowia pacjentów Oddziału Neurologii;

**11.** *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Zespołu Przyjęć SOR oraz Centrum Urazowego oraz ewentualne ich kwalifikowanie do przyjęcia na Oddział z uwzględnieniem rzeczywistej (kadrowej) możliwości udzielenia takich świadczeń przez *Przyjmującego Zamówienie* bez narażenia na utratę życia lub zdrowia pacjentów Oddziału Neurologii i Oddziału Udarowego;

**12.** *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do wydawania pacjentom recept lub e-recept (z chwilą wejścia w życie niniejszego obowiązku) oraz wydawania orzeczeń lekarskich, skierowań, opinii, zaświadczeń, w tym zaświadczeń i e-zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, wymaganych w podmiotach leczniczych przez obowiązujące przepisy prawa.

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

### **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 2018r. poz. 2190) 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.

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

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: od dnia **01.02.2020r.** do dnia **28.02.2022r.**

### **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 i najniższe stawki procentowe i najniższe wynagrodzenie ryczałtowe.**

**4.** *Udzielający Zamówienia* dokona wyboru oferty jako najkorzystniejszej, która zapewni kompleksowość wykonania zamówienia i oferta ta wyczerpie zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne stanowiące przedmiot konkursu.

**5.** *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych.

**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 i stawkę procentową i wynagrodzenie ryczałtowe, według których 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 ponumerowana i podpisana 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 i sprawowanie opieki nad chorymi  
w Oddziałach: Neurologii i Udarowym oraz Poradni Neurologii  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z siedzibą  
w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118 -postępowanie konkursowe nr KO/6/2020**

*Nie otwierać przed terminem otwarcia ofert 31.01.2020r., godz. 10:15”.*

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. oświadczenie Oferenta o związaniu niniejszą ofertą;
  - c. oświadczenie o zaakceptowaniu projektów umów;
  - d. dokument potwierdzający wpis Oferenta do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księgę Rejestrową wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;
  - e. dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: CEIDG, wydrukowany nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;

- f. dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych, tj.:
- dyplom lekarza;
  - prawo wykonywania zawodu;
  - dyplom specjalisty w dziedzinie neurologii;
  - w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji - dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji, tj. kartę specjalizacji
- g. kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego;
- h. kopię aktualnego zaświadczenia o odbytym kursie bhp, zgodnie z zajmowanym stanowiskiem;
- i. 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.
- j. wykaz lekarzy zabezpieczających świadczenia zdrowotne ze wskazaniem m.in. numeru prawa wykonywania zawodu i posiadanych kwalifikacji, wg wzoru stanowiącego załącznik 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.

2. Brak wymaganych dokumentów, mających potwierdzić wiarygodność Oferenta, złożenie dokumentów w niewłaściwej formie, stanowi podstawę odrzucenia oferty przez Komisję Konkursową.

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 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U z 2019r., poz. 1373 ze zm.).

5. W przypadku wyboru oferty złożonej przez pracownika/ków *Udzielającego Zamówienia*, pracownik ten z dniem zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego, nie będzie związany umową o pracę z *Udzielającym Zamówienia*.

6. Wzór oferty 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 najkorzystniejsze oferty dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
4. Komisja Konkursowa dokonuje porównania złożonych ofert wg ceny oferowanych świadczeń zdrowotnych, tj.: najniższej ceny za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych i najniższej stawki procentowej za realizację świadczeń w Poradni i najniższego wynagrodzenia ryczałtowego (Cena 100%).
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 brutto wyrażone w złotych wskazane w ofercie powinny zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.
7. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji w sprawie cen zaoferowanych przez *Przyjmującego Zamówienie*.

## **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](mailto: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.
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 i będzie dla nich wiążąca.
5. Zamawiający 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. 3.41 (II piętro) Pawilon D**

**Termin składania ofert: 31.01.2020r. do godz. 10:00.**

**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 **31.01.2020r. 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. 3.46.**
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. 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) w zakładce konkursy.

## **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 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 2018r., poz. 2190).
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019r., poz. 1373 ze zm.)

Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
Zbigniew Bajkowski

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Konkurs Ofert  
na udzielanie przez lekarzy  
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i sprawowania opieki nad chorymi  
w Oddziałach: Neurologii i Udarowym oraz Poradni Neurologii  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z siedzibą  
w Częstochowie przy ul. Białskiej 104/118.**

zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej  
(tekst jednolity Dz. U. z 2018r., poz. 2190).

**NAZWA OFERENTA**

.....  
.....

**ADRES**

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

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

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność  
leczniczą

.....

Nr wpisu do rejestru: .....

**STOPIEŃ SPECJALIZACJI\*:** .....

**NIP** .....

**REGON** .....

**KRS\*/CEIDG\*** .....

**Nazwa banku i nr konta bankowego**

.....  
.....

**Telefon kontaktowy** .....

*jeśli dotyczy\**

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 wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne:

1.	..... zł brutto (słownie złotych: ..... .....) 	<b>za 1 godzinę</b> udzielania świadczeń zdrowotnych w <b>Oddziale Neurologii i Oddziale Udarowym</b> w godzinach ordynacji dziennej, tj.: od <b>07:15 do 14:50</b> ; 
2.	..... zł brutto (słownie złotych: ..... .....) 	<b>za 1 godzinę dyżuru zwykłego</b> pełnionego w <b>Oddziale Neurologii i Oddziale Udarowym</b> od poniedziałku do piątku w godzinach od godz. <b>14:50 do 07:15</b> ; 
3.	..... zł brutto (słownie złotych: ..... .....) 	<b>za 1 godzinę dyżuru świątecznego</b> pełnionego w <b>Neurologii i Oddziale Udarowym</b> w soboty, niedziele, święta oraz w dni wolne od pracy w godz. <b>od 07:15 do 07:15</b> ; 
4.	miesięczne ryczałtowe wynagrodzenie ..... zł brutto (słownie złotych: ..... .....) 	<b>za 1 miesiąc</b> udzielania świadczeń zdrowotnych w <b>Pracowni Diagnostycznej polegających na wykonywaniu i opisywaniu badań EEG i EMG i realizację programów lekowych</b> 
5.	..... % brutto wartości punktowej grupy, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ 	za świadczenia zdrowotne wykonane w <b>Poradni Neurologii</b> 

3) Składam ofertę na zapewnienie ..... godzin w miesiącu, w tym:

- a) Oddział Neurologii i Oddział Udarowy ..... godzin w miesiącu\*;
- b) Pracownia Diagnostyczna ..... godzin w miesiącu\*;
- c) Poradnia Neurologiczna ..... godzin 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”, tj: 30 dni od daty upływu terminu składania 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 Udzielającego Zamówienia.
- 5) Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki Regulaminu Konkursu Ofert i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.

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

- a) dokument potwierdzający wpis Oferenta do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księgę Rejestrową wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
- b) dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: KRS /CEIDG wydrukowane nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
- c) kopię dyplomu lekarza,
- d) kopię prawa wykonywania zawodu lekarza,
- e) kopię dokumentów wskazujących tytuł specjalisty w dziedzinie neurologii,
- f) kopie dokumentu potwierdzającego rozpoczęcie specjalizacji w danej dziedzinie;
- g) wykaz lekarzy zabezpieczających świadczenia zdrowotne ze wskazaniem m.in. numeru prawa wykonywania zawodu i posiadanych kwalifikacji, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego;
- h) kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego,
- i) kopię aktualnego zaświadczenia o odbytych kursach bhp, zgodnie z zajmowanym stanowiskiem,
- j) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego,
- k) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego;
- l) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy oświadczam, że zobowiązuję się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy. W przypadku braku aktualnej polisy OC na dzień składania ofert oświadczam, że będę posiadał aktualną polisę OC w dniu podpisania umowy,

..... dnia .....

/Miejscowość/

/data/

.....  
/Pieczęć i podpis Oferenta/

