KO/49/2026 Częstochowa, dnia 24.09.2026r.

REGULAMIN KONKURSU OFERT

na udzielanie przez lekarza specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowania opieki nad chorymi, wykonywania procedur w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi, udzielania porad w Poradni Schorzeń Piersi oraz Poradni Chirurgii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny 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 zamówienia jest udzielanie przez lekarzy specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w rodzaju:

PAKIET NR 1

a) Leczenie szpitalne w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi Udzielajacego Zamówienia w godzinach ordynacji dziennej przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii onkologicznej lub lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej posiadającego co najmniej ukończony 1 rok specjalizacji w dziedzinie chirurgia onkologiczna. Świadczenia objęte umową zawartą pomiędzy *Udzielającym Zamówienia*, a Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami finansującymi świadczenia.
Wymiar zatrudnienia lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii onkologicznej lub lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej posiadającego ukończony co najmniej 1 rok specjalizacji z chirurgii onkologicznej – przeliczeniowo **średnio około 2 etaty.**

PAKIET NR 2

a) Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w Poradni Chirurgii Onkologicznej Udzielajacego Zamówienia przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii onkologicznej lub specjalistę z chirurgii ogólnej posiadającego ukończony co najmniej 1 rok specjalizacji w zakresie chirurgii onkologicznej w wymiarze **średnio około nie mniej niż 7 godzin tygodniowo.** Świadczenia objęte umową zawartą pomiędzy *Udzielającym Zamówienia*, a Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami finansującymi świadczenia.

PAKIET NR 3

c) Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w Poradni Schorzeń Piersi Udzielającego Zamówienia przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii onkologicznej lub lekarza specjalistę z chirurgii ogólnej posiadającego ukończony co najmniej 1 rok specjalizacji w zakresie chirurgii

onkologicznej w wymiarze **średnio około nie mniej niż 2 godziny tygodniowo.** Świadczenia objęte umową zawartą pomiędzy *Udzielającym Zamówienia*, a Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami finansującymi świadczenia.

PAKIET NR 4

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii onkologicznej lub lekarza specjalistę z chirurgii ogólnej na Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi.

Świadczenia „**Lekarskiego dyżuru medycznego"** realizowane będzie jako dyżur zwykły lub dyżur świąteczny, przy czym:

a) za dyżur zwykły standardowo uznaje się dyżur pełniony od poniedziałku do piątku - od godziny **15.05** do godziny **7.30** dnia następnego,
b) za dyżur świąteczny standardowo uznaje się dyżur pełniony w soboty, niedziele i święta - od godziny **7.30** do godziny **7.30** dnia następnego.

2. Udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych następować będzie w:
1) Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Schorzeń Piersi – w godzinach wynikających z harmonogramu ustalonego przez Kierownika Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi oraz zgodnie z wymogami NFZ. W przypadku zmiany warunków umowy z NFZ Przyjmujący Zamówienie dostosuje godziny pełnienia świadczeń zdrowotnych do nowych wymogów NFZ;
2) Poradni Chirurgii Onkologicznej oraz **Poradni Schorzeń Piersi** – w godzinach wynikających z harmonogramu ustalonego przez Kierownika Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi oraz umowy zawartej pomiędzy Udzielającym Zamówienia a NFZ, które na dzień zawarcia umowy określone zostaną odpowiednim załącznikiem do umowy. W przypadku zmiany warunków umowy z NFZ Przyjmujący Zamówienia dostosuje godziny pełnienia świadczeń zdrowotnych do nowych wymogów NFZ.
3) Pracowni Mammografii – realizacja „Programu profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki" w godzinach wynikających z umowy zawartej pomiędzy Udzielającym Zamówienia a NFZ, które na dzień zawarcia umowy określone są załącznikiem do niniejszej umowy. W przypadku zmiany warunków umowy z NFZ Przyjmujący Zamówienie dostosuje godziny pełnienia świadczeń zdrowotnych do nowych wymogów.

3. Udzielanie świadczeń z w/w zakresów powinno odbywać się zgodnie z harmonogramem czasu pracy zgłoszonym przez Udzielającego Zamówienia do Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez Portal Potencjału.

4. Okres obowiązywania umowy: od daty zawarcia umowy do dnia 31.12.2026r.

5. 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.

6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia 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, zgodnie z podziałem ustalonym przez Kierownika Oddziału/ Poradni.

7. 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. ppoż. oraz wdrożonych polityk bezpieczeństwa.

8. 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.

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

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

III. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* wykonujący działalność leczniczą wymienioną w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2026r., poz. 156 ze zm.), którzy spełniają następujące warunki udziału w postępowaniu:

a) posiadają uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu i wykonują działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia.

b) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia oraz posiadają niezbędne kwalifikacje, tj.: tytuł specjalisty (II°) w dziedzinie chirurgii onkologicznej lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej z ukończonym co najmniej 1 rokiem specjalizacji w zakresie chirurgii onkologicznej lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej – dot. pełnienia dyżurów.

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, musi on rozwiązać umowę o pracę z dniem zawarcia umowy, będącej przedmiotem konkursu.

IV. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

1. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **od daty zawarcia umowy do 31.12.2026r.**

2. Udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie:

1) w **Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Schorzeń Piersi** – w godzinach wynikających z harmonogramu ustalonego przez Kierownika Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi. W przypadku zmiany warunków umowy z NFZ Przyjmujący Zamówienia dostosuje godziny pełnienia świadczeń zdrowotnych do nowych wymogów NFZ,

2) w **Poradni Chirurgii Onkologicznej** oraz **Poradni Schorzeń Piersi** – w godzinach wynikających z harmonogramu ustalonego przez Kierownika Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi oraz umowy zawartej pomiędzy Udzielającym Zamówienia a NFZ, które na dzień zawarcia umowy określone będą odpowiednim załącznikiem do umowy. W przypadku zmiany warunków umowy z NFZ Przyjmujący Zamówienia dostosuje godziny pełnienia świadczeń zdrowotnych do nowych wymogów NFZ.

3) w **Pracowni Mammografii** – realizacja „Programu profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki" w godzinach wynikających z umowy zawartej pomiędzy Udzielającym Zamówienia a NFZ, które na dzień zawarcia umowy określone są załącznikiem do niniejszej umowy. W przypadku zmiany warunków umowy z NFZ Przyjmujący Zamówienie dostosuje godziny pełnienia świadczeń zdrowotnych do nowych wymogów.

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: **najniższa zaoferowana cena wyrażona w % i w złotych.**

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 stawki procentowe oraz stawki wyrażone w złotych, 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.
4. Wszystkie miejsca, w których Oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
5. Oferent winien zamieścić ofertę w zapieczętowanej kopercie, która będzie zaadresowana na Udzielającego zamówienia. Koperta powinna ponadto posiadać następujące oznaczenie:

„Konkurs Ofert na udzielanie przez lekarzy
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowania opieki nad chorymi,
wykonywania procedur w Oddziale Chirurgii Onkologicznej
z Pododdziałem Chorób Piersi,
udzielania porad w Poradni Chirurgii Onkologicznej oraz Poradni Schorzeń Piersi
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny z siedzibą
w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118
- postępowanie konkursowe nr KO/49/2026
Nie otwierać przed terminem otwarcia ofert 30.09.2026r., godz. 10:15”

6. Poza oznaczeniami podanymi powyżej koperta powinna zawierać nazwę i adres Oferenta, aby można było odesłać ofertę w przypadku stwierdzenia, że została złożona po upływie wyznaczonego terminu.
7. Oferent nie może wycofać oferty po upływie terminu do składania ofert.
8. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
9. Udzielający Zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych.

VII. INFORMACJE O OFERENCIE

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty Przyjmującego Zamówienie:

a) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, regulaminem konkursu ofert oraz ze wzorami umów,
b) Dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa wydrukowana nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
c) Dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: CEIDG lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, wydrukowe nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
d) Prawo wykonywania zawodu,
e) Dyplom lekarza,

f) Dokument wskazujący na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji,
g) Aktualne zaświadczenie lekarskie,
h) Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
i) Aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP,
j) Certyfikaty, szkolenia np. w zakresie wykonywania USG (jeśli są w posiadaniu oferenta),
k) Informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających określone świadczenia zdrowotne, tj.: wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego,
l) Oferowane stawki procentowe za wykonane procedury oraz oferowane stawki wyrażone w złotych na pełnienie lekarskich dyżurów medycznych.
l) 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.
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,
ł) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego,
m) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego, zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.
n) informację z Krajowego Rejestru Karnego osoby lub osób, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotowa 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,
o) w przypadku osoby lub osób, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotowa umową,, posiadającej obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, niezależnie od informacji, o której mowa w pkt n, 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,
p) oświadczenie o państwie lub państwach, w których osoba lub osoby, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotowa umową, dana osoba zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa oraz złożenie wraz z tym oświadczeniem informacji z rejestrów karnych tych państw

uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, a jeżeli państwa te nie przewidują wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, informacji z rejestru karnego tych państw, zgodnie z załącznikiem nr 4 do formularza ofertowego,

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

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

t) dokument potwierdzający posiadanie aktualnych uprawnień w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta lub oświadczenie o obowiązku uzyskania 20 punktów szkoleniowych w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta, według wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego (w przypadku wykonywania przez lekarza procedur z użyciem promieniowania jonizującego).

u) zaświadczenie wystawione przez Kierownika specjalizacji i Kierownika Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi, potwierdzające posiadanie wiedzy i umiejętności do samodzielnej pracy w Poradni Chirurgii Onkologicznej.

w) w przypadku lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej – dokument potwierdzający ukończenie co najmniej 1 roku specjalizacji w dziedzinie chirurgia onkologiczna.

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

3. Oferta może zostać odrzucona także w przypadkach wskazanych w art. 149 ust 1 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2025r., poz. 1461 ze zm.).

4. Formularz ofertowy stanowi 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 przez Oferentów warunków formalnych.

3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejsze oferty, tj. oferty zawierające najniższe ceny.
4. Oferowane stawki procentowe za wykonane procedury medyczne oraz oferowane stawki za pełnienie lekarskich dyżurów medycznych przedstawione w ofercie, powinny zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.
5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji w sprawie stawek procentowych i stawek wyrażonych w złotych zaoferowanych przez Przyjmującego Zamówienie w przypadku złożenia dwóch lub więcej równorzędnych ofert.

IX. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI

1. Oferent może zwracać się do Udzielającego Zamówienia odnośnie wszelkich wątpliwości dotyczących Regulaminu Konkursu Ofert, kierując swoje zapytania najpóźniej na 2 dni przed terminem składania ofert na adres Udzielającego Zamówienia tylko na piśmie: pocztą lub pocztą elektroniczną na adres: jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl lub faksem na nr 34 365 17 56. Kontakt: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00. Pytania, które wpłynęły po godzinie 14:00 traktowane są jakby wpłynęły w dniu następnym. Na pytania, które wpłyną po terminie, Udzielający Zamówienia nie ma obowiązku odpowiadać.
2. Pisemne odpowiedzi Udzielający Zamówienia umieszcza na stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
3. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo 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 w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i będzie dla nich wiążąca.
5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do 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: 30.09.2026r., do godz. 10:00.

Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.

XI. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

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 30.09.2026r. 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.**

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

a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę złożonych ofert;
b) otwiera koperty z ofertami;
c) ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu;
d) odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom konkursu;
e) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez *Oferentów;*
f) dokonuje analizy ofert i wybiera najkorzystniejszą ofertę/oferty albo nie przyjmuje żadnej z ofert;
g) ogłasza nazwę Oferenta/Oferentów którego/których oferta/oferty została/zostały wybrana/wybrane.

3. W toku dokonywania oceny złożonych ofert Udzielający Zamówienia może żądać udzielenia przez Przyjmującego Zamówienie 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 na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia: 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 do 14 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 w/w 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 świadczenia zdrowotne nie zostanie zawarta z winy Oferenta wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody wg uregulowań zawartych w Kodeksie Cywilnym.

4. Wybrany Oferent będzie prowadził dokumentację medyczną wymaganą przepisami szczegółowymi oraz podda się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2025r. poz. 1461 ze zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z NFZ.

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do osobistego świadczenia usług, będących przedmiotem konkursu i nie może powierzyć ich wykonywania osobom (podmiotom) trzecim bez zgody Udzielającego Zamówienia.

XV. TRYB POSTĘPOWANIA

Postępowanie prowadzone zgodnie z przepisami:

1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2026r., poz. 156 ze zm.);

2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2025r., poz. 1461 ze zm.).

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

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY – KO/49/2026

Konkurs Ofert
na udzielanie przez lekarza
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowania opieki nad chorymi, wykonywania procedur w Oddziale Chirurgii Onkologicznej
z Pododdziałem Chorób Piersi,
udzielania porad w Poradni Chirurgii Onkologicznej oraz Poradni Schorzeń Piersi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny z siedzibą w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118

NAZWA OFERENTA

……..

……

ADRES

ulica …….. nr ……..

Kod pocztowy : …… Miejscowość: ……..

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

……

Nr Księgi Rejestrowej:

……

RODZAJ SPECJALIZACJI ……..

NIP ……..

PESEL ……..

REGON ……..

Nr rachunku 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/-ę przyjęcie do wykonania zamówienia w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.

2. Przedmiotem oferty jest **udzielenie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi oraz Poradni Chirurgii Onkologicznej i Poradni Schorzeń Piersi** przez lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii onkologicznej (II^0) lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej wraz z dokumentem potwierdzającym ukończenie co najmniej 1 roku specjalizacji z chirurgii onkologicznej.
3. Termin świadczenia usług: **od daty zawarcia umowy do dnia 31.12.2026r.**
4. Oferuję wykonanie zamówienia za niżej wymienione stawki procentowe i stawki wyrażone w złotych:

PAKIET NR 1

ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ Z PODODDZIAŁEM CHORÓB PIERSI

1) ***…….%*** *brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie jako operator w zespole jednoosobowym, rozliczonej zgodnie z aktualnym katalogiem JGP i Charakterystyką JGP, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ,*
2) ***…….%*** *brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie jako główny operator w zespole dwuosobowym, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem JGP i Charakterystyką JGP, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ,*
3) ***…….%*** *brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie jako główny operator w zespole trzyosobowym, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem JGP i Charakterystyką JGP, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ,*
4) ***…….%*** *brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie jako asysta w zespole dwuosobowym, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem JGP i Charakterystyką JGP, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ,*
5) ***…….%*** *brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie, dla pierwszej asysty w zespole trzyosobowym, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem JGP i Charakterystyką JGP, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ.*
6) ***…….%*** *brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie, dla drugiej asysty w zespole trzyosobowym, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem JGP i Charakterystyką JGP, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ.*

Wymiar zatrudnienia średnio około …… godzin miesięcznie, tj. …….. godzin tygodniowo.

PAKIET NR 2

PORADNIA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

…….. % *brutto* wartości wykonanej procedury medycznej, przy czym za wartość procedury medycznej rozumie się iloczyn ilości punktów przypisanych danej procedurze i ceny jednostkowej punktu w wysokości ……%, określonej przez NFZ. Do obliczenia wartości wykonanej procedury nie stosuje się współczynnika Q05- COBJwDL - Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ + świadectwo wydane przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej (COBJwDL) w zakresie chemii klinicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu.

Wymiar zatrudnienia średnio około …….. godzin tygodniowo, tj. …….. godz. miesięcznie.

PAKIET NR 3

PORADNIA SCHORZEŃ PIERSI

a) ***…….. %*** *brutto* wartości wykonanej procedury medycznej, przy czym za wartość procedury medycznej rozumie się iloczyn ilości punktów przypisanych danej procedurze i ceny jednostkowej punktu w wysokości ……%, określonej przez NFZ. Do obliczenia wartości wykonanej procedury nie stosuje się współczynnika Q05- COBJwDL - Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ + świadectwo wydane przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej (COBJwDL) w zakresie chemii klinicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu, *w tym również wykonywanie badań USG piersi.*

Posiadam:

- umiejętności w wykonywaniu badań USG piersi*;
- zobowiązuję się do ukończenia szkolenia w zakresie wykonywania badań USG piersi – dotyczy lekarza, który nie posiada umiejętności na dzień składania oferty*.

**niepotrzebne skreślić.*

Wymiar zatrudnienia średnio około …….. godzin tygodniowo, tj. …….. godz. miesięcznie.

Przy założeniach:

w okresie trwania przedmiotowej umowy miesięczną rzeczywistą ilość wykonanych punktów przelicza się w/g ceny za punkt, jak niżej:

a) w przypadku świadczeń zdrowotnych wykonanych w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi **w ramach ryczałtu** przyjmuje się do przeliczeń cenę za jeden punkt w wysokości **……..% ceny** określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

b) w przypadku świadczeń zdrowotnych wykonanych w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi **w ramach pakietu onkologicznego i poza pakietem** przyjmuje się do przeliczeń cenę za jeden punkt w wysokości **……..% ceny** określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

c) w przypadku świadczeń zdrowotnych wykonanych w Poradni Chirurgii Onkologicznej i Poradni Schorzeń Piersi przyjmuje się do przeliczeń cenę za jeden punkt w wysokości **……..% ceny** określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

PAKIET NR 4

PEŁNIENIE LEKARSKICH DYŻURÓW MEDYCZNYCH NA ODDZIALE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ Z PODODDZIAŁEM CHORÓB PIERSI

a) za każdą godzinę świadczenia zdrowotnego udzielanego **od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:05 do 7:30 dnia następnego,** w wysokości: …….. zł brutto.

b) za każdą godzinę świadczenia zdrowotnego udzielanego **w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7:30 do 7:30 dnia następnego,** w wysokości: …….. zł brutto

c) wykonywanie zadań „KIEROWNIKA DYŻURU" :

- od poniedziałku do piątku dodatek do dyżuru w kwocie ……. zł brutto
- w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy dodatek do dyżuru w kwocie …….. zł brutto

Wymiar zatrudnienia:

- ilość dyżurów zwykłych około …….. w miesiącu

- ilość dyżurów świątecznych około …….. w miesiącu

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, które akceptuję.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu Konkursu Ofert, którego treść akceptuję.
3. Oświadczam, że uważam się za związanym niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu Ofert, tj.: 30 dni.
4. Oświadczam, że spełniam warunki Regulaminu Konkursu Ofert i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
5. Zawarte w Regulaminie projekty umów zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia niniejszych umów na opisanych warunkach, w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego Zamówienia.*
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. W przypadku braku aktualnej polisy na dzień składania ofert oświadczam, że będę posiadał aktualna polisę najpóźniej w dniu podpisania umowy.
7. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty, z dniem zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętym przedmiotem niniejszego konkursu, nie będę związany umową o pracę z *Udzielającym Zamówienia*.

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

a) Dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa wydrukowana 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.: CEIDG lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, wydrukowe nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
c) Prawo wykonywania zawodu,
d) Dyplom lekarza,
e) Dokument wskazujący na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji,
f) Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych,
g) Aktualne zaświadczenie lekarskie,
h) Aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP,
i) Certyfikaty, szkolenia np. w zakresie wykonywania USG (jeśli są w posiadaniu oferenta),
j) Informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających określone świadczenia zdrowotne, tj.: wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego,
k) Oferowane stawki procentowe za wykonane procedury oraz oferowane stawki wyrażone w złotych na pełnienie lekarskich dyżurów medycznych.
l) 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.
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,
ł) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego,
m) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego, zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.
n) informację z Krajowego Rejestru Karnego osoby lub osób, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotowa 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,

o) w przypadku osoby lub osób, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotowa umową,, posiadającej obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, niezależnie od informacji, o której mowa w pkt. n, 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,

p) oświadczenie o państwie lub państwach, w których osoba lub osoby, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotowa umową, dana osoba zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa oraz złożenie wraz z tym oświadczeniem informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, a jeżeli państwa te nie przewidują wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, informacji z rejestru karnego tych państw, zgodnie z załącznikiem nr 4 do formularza ofertowego,

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

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

t) dokument potwierdzający posiadanie aktualnych uprawnień w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta lub oświadczenie o obowiązku uzyskania 20 punktów szkoleniowych w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta, według wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego (w przypadku wykonywania przez lekarza procedur z użyciem promieniowania jonizującego).

u) zaświadczenie wystawione przez Kierownika specjalizacji i Kierownika Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi, potwierdzające posiadanie wiedzy i umiejętności do samodzielnej pracy w Poradni Chirurgii Onkologicznej.

w) w przypadku lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej – dokument potwierdzający ukończenie co najmniej 1 roku specjalizacji w dziedzinie chirurgia onkologiczna.

…….. dnia ……. ……

/miejscowość/ /data/ / podpis i pieczątka Oferenta/

Załącznik do formularza ofertowego

…… dnia …….

OŚWIADCZENIE

……

Imię i nazwisko lekarza

Oświadczam, że:

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

- przeciwko mnie nie toczy się na żadnym etapie postępowanie karne, ani nie ciąży na mnie żadne orzeczenie sądu powszechnego lub szczególnego.

……

Podpis

Załącznik do formularza ofertowego

Częstochowa, dnia ……

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem świadomy obowiązku uzyskania 20 punktów szkoleniowych w dziedzinie ochrony radiologicznej i bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta – w okresie od 01.09.2024r. do 01.09.2029r. i zobowiązuję się do przedstawienia dokumentu świadczącego o dopełnieniu powyższego obowiązku.

…….
Podpis lekarza

Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr dyplomu	Data wydania dyplomu	Nr prawa wykonywania zawodu	Organ wydający prawo wykonywania zawodu i data wydania	Stopień specjalności i data uzyskania specjalności	Wymiar zatrudnienia w wymiarze tygodniowym i miesięcznym	Miejsce i okres zatrudnienia	Określenie grupy zawodowej	Wykształcenie*: 1) wyższe medyczne – tytuł magistra; 2) wyższe medyczne – tytuł licencjata; 3) wyższe; 4) średnie; 5) wyższe – tytuł magistra 6) wyższe – tytuł licencjata **zaznaczyć prawidłowe*	Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/ Doświadczenie	Dane do sprawdzenia osoby w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym			
													Nazwisko rodowe	Imię ojca	Imię matki	Data urodzenia
1.																

……,……

Podpis Oferenta

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.[1]

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

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

……

Podpis składającego oświadczenie

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

Częstochowa, dnia ……..

……
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

……
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE - *Załącznik nr 6 do formularza ofertowego*

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

1) nie przewidują sporządzenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,

2) w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego.[2]

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

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

…….

Podpis składającego oświadczenie

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