KO/77/2025 Częstochowa, dnia 0112.2025r.

Regulamin Konkursu Ofert
na realizację specjalistycznych świadczeń zdrowotnych
w Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pracowni Endoskopii przy ul. PCK 7
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny
w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.

KOD CPV: 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne

KOD CPV: 85141000-9 Usługi świadczone przez personel medyczny

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 **jest realizacja specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pracowni Endoskopii przy ul. PCK 7** Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie Konkursu Ofert i w zawieranej umowie.

2. Koszt dojazdu do miejsca udzielania świadczeń *Udzielającego Zamówienia* ponosi *Przyjmujący Zamówienie.*

3. *Udzielający Zamówienia* zapewnia sprzęt do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania.

4. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **12 miesięcy od daty zawarcia umowy.**

5. Udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie w zakresie:

Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych i Pracownia Endoskopii przy ul. PCK 7:

1) Realizacja świadczeń zdrowotnych w przedziale czasowym 08.00 - 15.35 w Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych przy ul. PCK 7, zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia, jednak nie mniej niż średnio około 2 godziny w tygodniu;
2) Zapewnienie realizacji świadczeń zdrowotnych w Pracowni Endoskopii przy ul. PCK 7 w godzinach od 08.00 do 14.00, co najmniej 2 dni w tygodniu;
3) Zapewnienie realizacji specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Pracowni Endoskopii przy ul. PCK 7 w godzinach popołudniowych, tj. po godz. 15-tej, co najmniej 1 raz w tygodniu;

4) Wykonywanie specjalistycznych konsultacji lekarskich w zakresie gastroenterologii dla pacjentów Oddziałów szpitalnych Udzielającego Zamówienia, zlokalizowanych przy ul. PCK 7,
5) Wykonywanie specjalistycznych badań w Pracowni Endoskopii, w tym między innymi:
   a) Gastroskopii
   b) Gastroskopii z biopsją
   c) Kolonoskopii
   d) Kolonoskopii z biopsją
   e) Kolonoskopii z polopektomią + pętla
   f) Założenie PEG,
   g) Podwiązanie otwarte żylaków przełyku.

6. Przedstawiciel *Udzielającego Zamówienia* uprawniony do bezpośredniego kontaktowania się z *Oferentami* w sprawie przedmiotu postępowania: Pani Justyna Lewandowska, tel. 34 367 37 14.

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, obowiązującymi przepisami prawa, warunkami niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert, postanowieniami umowy, przy zachowaniu najwyższej staranności w wykonywanej pracy na rzecz *Udzielającego Zamówienia.*

2. Prowadzenie określonej sprawozdawczości statystycznej, zgodnie z art. 27, ust. 4, pkt. 9 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2025r. poz. 450 ze zm.).

IV. 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 2025r. poz. 450 ze zm.), którzy spełniają następujące warunki udziału w postępowaniu:

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

b) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia oraz posiadają niezbędne kwalifikacje.

2. *Oferenci* wykonujący działalność leczniczą muszą być uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP.

3. Posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie 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. *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 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.

6. W toku realizacji Umowy, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania obowiązujących u *Udzielającego Zamówienia*: Regulaminu Organizacyjnego, innych wewnętrznych regulaminów, zarządzeń, poleceń służbowych, procedur i instrukcji m. in. związanych z wdrożonymi standardami akredytacyjnymi oraz funkcjonującym w szpitalu Systemem Zarządzania Jakością wg normy ISO 9001:2015 i przyjętej z tym związanej Polityki SZ, która stanowi integralną część umowy. Poza tym, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania przepisów bhp, ppoż. oraz wdrożonych polityk bezpieczeństwa.

7. W przypadku złożenia oferty przez lekarza zatrudnionego u *Udzielającego Zamówienia,* jego oferta zastanie odrzucona bez rozpatrzenia.

V. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Termin realizacji zamówienia: 12 miesięcy od daty zawarcia umowy.

VI. 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:

- cena 100% - najniższa stawka w złotych za wykonanie 1 procedury;
- cena 100% - najniższa stawka w złotych za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale.

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/osoby uprawnione 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 *Oferenta* na zewnątrz.

3. Oferta powinna zawierać stawkę za wykonane świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem niniejszego zamówienia, tj.: najniższą stawkę w złotych za wykonanie 1 procedury w Pracowni, najniższą stawkę w złotych za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale.

4. Koszt świadczenia zdrowotnego winien być wyrażony w złotych i zawierać wszystkie opłaty związane z jego wykonaniem. Koszt dojazdu do obiektu *Udzielającego Zamówienia* ponosi *Przyjmujący Zamówienie.*

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 realizację specjalistycznych świadczeń zdrowotnych
w Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pracowni Endoskopii przy ul. PCK 7
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny
Nie otwierać przed terminem otwarcia ofert,
tj.: do dnia 10.12.2025r., do godz. 11:30 - postępowanie nr KO/77/2025"
z podaniem nazwy i adresu Oferenta

8. 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.

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

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

11*. Udzielający Zamówienia* nie dopuszcza składania ofert częściowych.

VIII. INFORMACJE O OFERCIE

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty *Przyjmującego Zamówienie*:

a) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, regulaminem konkursu ofert oraz wzorem umowy oraz uzupełnieniem niniejszej umowy, tj.: umową powierzenia przetwarzania danych osobowych,

b) Dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księgę Rejestrową wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,

c) Dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: CEIDG lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, wydrukowane 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:

Gastroskopia:

1) lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii lub

2) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub chirurgii, lub chirurgii ogólnej, lub pediatrii, lub chirurgii onkologicznej, lub lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chorób wewnętrznych posiadający udokumentowane potwierdzenie umiejętności wykonywania określonych badań endoskopowych przewodu pokarmowego;

Kolonoskopia:

1) lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii lub

2) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub chirurgii, lub chirurgii ogólnej, lub chirurgii onkologicznej, lub pediatrii, lub lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej, lub chorób wewnętrznych posiadający udokumentowane potwierdzenie umiejętności wykonywania określonych badań endoskopowych przewodu pokarmowego;

g) Aktualne zaświadczenie lekarskie,

h) Aktualne zaświadczenie o odbytym kursie BHP,

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

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

k) 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) Oferowaną kwotę należności za realizację zamówienia, z podaniem wartości w złotych brutto.

m) 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.

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 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,

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 i 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, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego.

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).

4. Formularz ofertowy stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.

IX. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ ZAMAWIAJĄCY PRZY WYBORZE OFERTY

1. Oceny ofert dokonuje Komisja Konkursowa.

2. W pierwszej kolejności sprawdzeniu będzie podlegało spełnienie przez *Oferentów* warunków formalnych.

3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejsze oferty dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

4. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, *Udzielający Zamówienia* może przyjąć tę ofertę, jeżeli Komisja Konkursowa stwierdzi, że z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

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

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

X. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI

1. *Oferent* może zwracać się do *Udzielającego Zamówienia* odnośnie wszelkich wątpliwości dotyczących Regulaminu Konkursu Ofert kierując swoje zapytania najpóźniej na 2 dni przed terminem składania ofert na adres *Udzielającego Zamówienia* tylko na piśmie lub pocztą elektroniczną (jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl); kontakt od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00. Pytania, które wpłyną do *Udzielającego Zamówienia* po godz. 14.00, traktowane są jakby wpłynęły w dniu następnym. Kontakt: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00. 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 zmiany lub uzupełnienia treści Regulaminu Konkursu Ofert w czasie nie krótszym niż 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.

4. Informacja o wprowadzonych zmianach zostanie niezwłocznie przekazana wszystkim potencjalnym *Oferentom* w formie wskazanej w pkt. X, ppkt. 2 i będzie dla nich wiążąca.

5*. Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

XI. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Najświętszej Maryi Panny
42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/118,
Kancelaria pok. 3.42 (II piętro) Pawilon D;

Termin składania ofert: 10.12.2025r. do godz. 11:00

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

XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent jest związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od daty 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 **10.12.2025r. o godz. 11:30** 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 albo nie przyjmuje żadnej z ofert;
g) ogłasza nazwę *Oferenta*, którego oferta została wybrana.

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.*

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 udzielenie 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 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 (w tym elektroniczną), 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) 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. 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 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.

XVI. <u>TRYB POSTĘPOWANIA</u>

Postępowanie prowadzone zgodnie z przepisami:

1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2025r. poz. 450 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).

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

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY

KONKURS OFERT – KO/77/2025
na realizację specjalistycznych świadczeń zdrowotnych
w Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pracowni Endoskopii przy ul. PCK 7
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny
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 wpisu do rejestru:

……

STOPIEŃ SPECJALIZACJI* ……

NIP ……..

REGON ……..

PESEL ……..

Telefon kontaktowy: ……..

Nr konta bankowego: ……

1) Przystępując do konkursu ofert, którego przedmiotem jest realizacja specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w **Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pracowni Endoskopii przy ul. PCK 7,** oferuję przyjęcie do wykonania zamówienia w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.

2) Termin świadczenia usług: **12 miesięcy** od daty podpisania umowy**.**

3) Oferuję wykonanie zamówienia za niżej wymienioną cenę:

Realizacja świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pracowni Endoskopii przy ul. PCK 7:

1) ..... złotych za 1 godzinę realizacji świadczeń zdrowotnych w **Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych przy ul. PCK 7** w wymiarze średnio około ..... godzin w tygodniu;

2) **..... złotych za wykonanie 1 konsultacji** w zakresie gastroenterologii dla pacjentów Oddziałów szpitalnych Udzielającego Zamówienia, zlokalizowanych przy ul. PCK 7;

3) Wykonywanie specjalistycznych badań w Pracowni Endoskopii przy ul. PCK 7, w tym:

Zakres udzielanych świadczeń w Pracowni Endoskopii przy ul. PCK 7	***Cena w złotych za wykonanie 1 procedury***
1. Gastroskopia	..... złotych (słownie złotych: .....)
2. Gastroskopia z biopsją	..... złotych (słownie złotych: .....)
3. Kolonoskopia	..... złotych (słownie złotych: .....)
4. Kolonoskopia z biopsją	..... złotych (słownie złotych:

	.....)
5. Kolonoskopia z polipektomią plus pętla	..... złotych (słownie złotych: .....)
6. Założenie PEG	..... złotych (słownie złotych: .....)
7. Podwiązanie otwarte żylaków przełyku	..... złotych (słownie złotych: .....)

Oferuję realizację świadczeń zdrowotnych w Pracowni Endoskopii przy ul. PCK 7 w wymiarze:

a) ..... godz. w tygodniu w przedziale czasowym od 08.00 do 14.00;

b) ..... dni w tygodniu w godzinach popołudniowych tj. po godz. 15-tej.

Do oferty dołączamy wymagane dokumenty:

a) wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą tj.: wydruk Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę lub Okręgową Izbę Lekarską, wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;

b) wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej (CEIDG), potwierdzający aktywny status prowadzonej działalności gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, wystawione 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:

Gastroskopia:

1) lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii lub

2) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub chirurgii, lub chirurgii ogólnej, lub pediatrii, lub chirurgii onkologicznej, lub lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chorób wewnętrznych posiadający udokumentowane

potwierdzenie umiejętności wykonywania określonych badań endoskopowych przewodu pokarmowego;

Kolonoskopia:

1) lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii lub

2) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub chirurgii, lub chirurgii ogólnej, lub chirurgii onkologicznej, lub pediatrii, lub lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej, lub chorób wewnętrznych posiadający udokumentowane potwierdzenie umiejętności wykonywania określonych badań endoskopowych przewodu pokarmowego;

f) informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego zamówienia, wg wzoru stanowiącego **załącznik nr 1** do formularza ofertowego,

g) aktualne zaświadczenie lekarskie,

h) aktualne zaświadczenie o odbytym kursie BHP,

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

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

k) polisę 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.

l) 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,

ł) 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,

m) 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,**

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

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

Jednocześnie oświadczam, że:

a) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, którą akceptuję.

b) Zapoznałem się z treścią „Regulaminu konkursu ofert", którą akceptuję.

c) Uważam się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie konkursu ofert, tj.: 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

d) Oświadczam, że spełniam warunki Regulaminu Konkursu Ofert i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.

e) 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.*

f) 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.

…… ……

Miejscowość, data *Podpis i pieczęć Oferenta*

WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH *Załącznik nr 1 do formularza ofertowego*

na realizację specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pracowni Endoskopii przy ul. PCK 7

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
1.												

Data i 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, ze 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

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