

**REGULAMIN KONKURSU OFERT**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia na  
wykonywanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie świadczeń pielęgniarских polegających  
na wykonywaniu zadań pielęgniarских i innych procedur medycznych przez pielęgniarki  
w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
ul. Bialska 104/118**

---

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny  
ul. Bialska 104/118  
42-200 Częstochowa  
Tel. (034) 367 31 04  
Fax. (034) 365 17 56**

**Podstawa prawna**

Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2020r., poz. 295), oraz 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.).

**I. PRZEDMIOT KONKURSU**

1. Przedmiotem konkursu ofert jest zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń pielęgniarских i innych procedur medycznych przez pielęgniarki w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.

2. Prognozowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy będzie uzależniona od potrzeb *Udzielającego Zamówienia* i wynosi średnio około **500 godzin miesięcznie**.
3. Rozkład udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w liczbie jednej osoby na dyżur w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej obejmuje dni robocze tygodnia, tj.: **od poniedziałku do piątku w godzinach: od 23:00 do 8:00 dnia następnego oraz soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego**.
4. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **12 miesięcy od daty zawarcia umowy**.
5. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych, tj.: na ilość godzin mniejszą niż ilość godzin wskazanych w Rozdziale I pkt. 2 Regulaminu Konkursu Ofert.
6. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do wyboru kilku najkorzystniejszych ofert w celu całościowego wykonania przedmiotu zamówienia. W takim przypadku, podział godzin pomiędzy *Oferentów* określi Komisja Konkursowa, tzn. każdemu z *Oferentów* zostanie przydzielona ilość godzin wynikająca ze złożonych ofert, przy czym kryterium decydującym będzie najniższa cena brutto.
7. W przypadku, gdy złożone oferty przekroczą liczbę godzin określoną w Rozdziale I pkt. 2 Regulaminu Konkursu Ofert, wówczas *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do podziału ilości godzin między *Oferentów* w taki sposób, aby zapewnić całościowe wykonanie zamówienia.
8. W przypadku, gdy wybrane oferty nie zapewnią całościowego wykonania zamówienia wówczas *Udzielający Zamówienia* ma prawo ogłosić kolejne postępowanie w celu uzupełnienia brakującej części zamówienia.
9. *Oferent* na dzień składania ofert, nie może być związany z *Udzielającym Zamówienia* umową o pracę.
10. Oferta złożona przez osobę zatrudnioną u *Udzielającego Zamówienia* na umowę o pracę zostanie odrzucona bez rozpatrywania.
11. Przedstawiciel *Udzielającego Zamówienia* uprawniony do bezpośredniego kontaktowania się z *Oferentami* w sprawach merytorycznych i formalnych: Pani Jadwiga Tomalska - Naczelną Pielęgniarką - telefon kontaktowy 34 367 31 29.

## **II. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

Oferent musi spełniać łącznie następujące warunki:

- 1) posiadać uprawnienia pielęgniarki zgodne z Ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r. (tekst jednolity Dz. U. z 2018r., poz. 123, ze zm.).
- 2) posiadać udokumentowany, co najmniej 6-miesięczny staż pracy w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.

- 3) prowadzić działalność gospodarczą zgodną z przedmiotem zamówienia i przedłożyć na potwierdzenie tego warunku wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub wydruk z KRS.
- 4) dokument potwierdzający wpis Oferenta do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa, wydrukowana nie wcześniej niż 6 m-cy od daty terminu składania ofert – nie dotyczy indywidualnych osób (*Oferentów*) prowadzących działalność gospodarczą.
- 5) posiadać polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej albo przedstawić do oferty oświadczenie o zobowiązaniu się do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu podpisania umowy.
- 6) spełniać wszystkie warunki zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert.

### **III. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. *Oferent* składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w Regulaminie Konkursu Ofert.
2. Każdy *Oferent* może złożyć tylko jedną ofertę.
3. Oferty *Oferenta*, który złoży więcej niż jedną ofertę zostaną odrzucone.
4. *Oferenci* ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
5. Ofertę należy opracować na druku „FORMULARZ OFERTOWY” stanowiącym załącznik nr 1 do Regulaminu Konkursu Ofert. *Oferentowi* nie wolno dokonywać żadnych zmian merytorycznych we wzorze druku.
6. Oferta pod rygorem jej odrzucenia powinna być napisana w języku polskim (patrz ust. 9), na maszynie, komputerze lub ręcznie nieścieralnym atramentem lub tuszem i podpisana przez osobę upoważnioną do złożenia oferty.
7. Oferty złożone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.
8. Każda zapisana strona oferty powinna być parafowana przez osobę podpisującą ofertę.
9. Wszystkie dokumenty i oświadczenia sporządzone w językach obcych należy złożyć wraz z tłumaczeniem na język polski sporządzonym przez tłumacza przysięgłego.
10. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami na ponumerowanych stronach należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem:

**„Konkurs ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń pielęgniarских polegających na wykonywaniu zadań pielęgniarских i innych procedur medycznych przez pielęgniarki w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
- postępowanie konkursowe nr KO/26/2020”**

**- nie otwierać przed 21.05.2020r. godzina 13:15 -**

z podaniem nazwy i adresu Oferenta.

11. Oferta pod rygorem odrzucenia musi zawierać wszystkie wymagane w Regulaminie Konkursu Ofert dokumenty, zaświadczenia oraz oświadczenia, w tym, dokumenty, zaświadczenia oraz oświadczenia, wynikające z treści Rozdziału III niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.
12. Jeśli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – poświadczenia, winien być opatrzony adnotacją „za zgodność z oryginałem” i podpisany przez osobę składającą ofertę.
13. Oferta powinna zawierać cenę brutto jednej godziny udzielania świadczeń zdrowotnych oraz oferowaną w miesiącu liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych.
14. Cena jednostkowa jednej godziny winna być wyrażona w polskich złotych z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku i zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
15. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę oraz dokonane w taki sposób, aby można było odczytać treść oferty sprzed poprawki lub zmiany.
16. Ofertę przed upływem terminu składania ofert można zmienić lub wycofać.
17. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty winno zostać złożone w sposób i w formie przewidzianej dla oferty z tym, że koperta winna być dodatkowo oznaczona określeniem „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.
18. *Udzielający Zamówienia* może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez Oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości, a *Udzielający Zamówienia* nie może sprawdzić jej autentyczności w inny sposób.
19. *Oferent* nie może wycofać oferty po upływie terminu do składania ofert.

#### **IV. WYMAGANIA FORMALNO - PRAWNE STAWIANE OFERENTOM**

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* posiadający uprawnienia, o których mowa w Rozdziale II niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert oraz udzielający 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 2020r., poz. 295) w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia.

2. Podmioty muszą być uprawnione do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. zarejestrowane we właściwym rejestrze, posiadać nadany numer REGON i NIP.
3. Posiadać niezbędną wiedzę, doświadczenie, kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymaganiami NFZ.
4. *Oferent*, którego oferta zostanie wybrana, przed rozpoczęciem realizacji umowy ma obowiązek zapoznać się z obowiązującymi u *Udzielającego Zamówienia* przepisami wewnętrznymi.
5. *Oferent*, którego oferta zostanie wybrana, 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 zobowiązuje się do przestrzegania ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 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. *Udzielający Zamówienia* powierza *Przyjmującemu Zamówienie* przetwarzanie danych osobowych w zakresie objętym niniejszą umową oraz w celu jej wykonywania.
6. W razie zaistnienia niespodziewanych i nagłych okoliczności uniemożliwiających udzielanie świadczeń (np. choroba lub inne zdarzenie losowe), *Oferent*, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązany jest natychmiast zawiadomić o tym fakcie *Udzielającego Zamówienia* w osobie Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej.
7. Okoliczność będącą przyczyną nieobecności należy niezwłocznie, lecz nie później niż w ciągu 12 godzin od zaistnienia okoliczności uniemożliwiających udzielanie świadczeń, potwierdzić stosownym dokumentami, np. zaświadczeniem lekarskim.

**Oferta powinna zawierać:**

1. Formularz oferty prawidłowo wypełniony i podpisany przez *Oferenta* – Załącznik nr 1 do Regulaminu Konkursu Ofert.
2. Dokument potwierdzający działalność gospodarczą, tj.: wydruk z CEIDG lub wydruk z KRS, wystawiony nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert.
3. Dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa, wydrukowana nie wcześniej niż 6 m-cy od daty terminu składania ofert – nie dotyczy indywidualnych osób (*Oferentów*) prowadzących działalność gospodarczą.

4. Kopię polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem konkursu, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. nr 293, poz. 1729) lub oświadczenie, że będą posiadać polisę w dniu podpisania umowy. *Oferent*, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązany będzie do złożenia najpóźniej w dniu podpisania umowy aktualnej polisy OC. W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, Przyjmujący Zamówienia jest obowiązany przedłożyć nową polisę przed wygaśnięciem poprzedniej.
5. Kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do realizacji przedmiotu konkursu.
6. Aktualne zaświadczenie o odbytym kursie BHP.
7. Kopię wpisu do księżeczki sanitarno-epidemiologicznej.
8. Dyplom lub świadectwo ukończenia szkoły pielęgniarzkiej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2011r., Nr 151, poz. 896).
9. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarzki.
10. Dokument, oświadczenie lub zaświadczenie potwierdzające, co najmniej 6-miesięczny staż pracy w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.
11. Wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego.
12. Oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji – załącznik nr 2 do formularza ofertowego.
13. Oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwa Informacji – załącznik nr 3 do formularza ofertowego.
14. Oświadczenie o posiadaniu znajomości oraz doświadczenia w zakresie obsługi strzykawk automatycznych, m. in. typu OptiStar LE, Ilumena, OPTiVantage.
15. Oświadczenie, że *Oferent* na dzień składania ofert nie jest związany z *Udzielającym Zamówienie* umową o pracę.

W ramach udzielania świadczeń pielęgniarzskich *Oferent* zobowiązany będzie do osobistego wykonywania świadczeń zdrowotnych z najwyższą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując aktualną wiedzę medyczną.

Obowiązki *Przyjmującego Zamówienie* będą polegały w szczególności na:

- 1) prowadzeniu dokumentacji medycznej, w szczególności odnotowywaniu w dokumentacji medycznej wykonanych zleceń lekarskich, sporządzaniu dokładnych sprawozdań w dokumentacji pielęgniarskiej,
- 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta,
- 3) planowaniu i sprawowaniu bezpośredniej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentami,
- 4) zapewnieniu ciągłej opieki, obserwacji i czuwania nad bezpieczeństwem pacjentów oraz bezzwłoczne zgłaszanie się na każde wezwanie pacjenta,
- 5) udzielaniu pomocy przy zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych i psychicznych pacjentów,
- 6) samodzielnym udzielaniu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego,
- 7) współuczestniczenie w badaniach diagnostycznych i leczniczych poprzez:
  - Przeprowadzenie szczegółowego wywiadu z pacjentem, jego rodziną co do: przyjmowanych leków, wykonywanych wcześniej badań diagnostycznych (poziomu kreatyniny w surowicy krwi i wskaźnika GFR).
  - Uzyskanie zgody pacjenta na wykonanie badania obrazowego i dożylnie podanie środka kontrastowego.
  - Monitorowanie stanu zdrowia pacjentów pod kątem wystąpienia powikłań, jakie mogą wystąpić u osób: wrażliwych na składniki środka kontrastowego, z upośledzeniem wydolności układu sercowo-naczyniowego, pracy nerek, a także powikłaniami po wcześniej wykonanych badaniach z użyciem środków kontrastowych.
  - Zakładanie kaniuli obwodowej typu wenflon, igły do portu naczyniowego Hubera w celu zapewnienia stałego dostępu żylnego.
  - Podawanie środka kontrastowego na zlecenie lekarza radiologa.
  - Obsługiwanie strzykawek automatycznych m.in. typu OptiStar LE, Ilumena, OptiVantage.
  - Wnikliwą obserwację pacjenta pod kątem wystąpienia powikłań, w razie konieczności monitorowanie podstawowych parametrów życiowych.
  - Utrzymywanie kontaktu słownego z pacjentem, obserwacja i umiejętność szybkiego rozpoznawania i reagowania na wystąpienie objawów niepożądanych.
  - Asystowanie do zabiegów naczyniowych.
  - Obserwacja pacjenta przed, w trakcie i po podaniu dożylnym środka kontrastowego.
  - Przygotowanie pacjenta do enteroklizy, podłączanie wlewów dożylnych i obserwacja podczas i w trakcie wchłaniania płynów i badania.

- Udzielania pierwszej pomocy medycznej w stanach bezpośredniego zagrożenia życia chorego.
  - Wykonywanie zleconych czynności diagnostycznych, leczniczych i dokumentowanie ich realizacji w obowiązującej dokumentacji medycznej.
- 8) racjonalne gospodarowanie lekami i sprzętem jednorazowego użytku. Bieżące prowadzenie rozchodu leków i sprzętu jednorazowego użytku.
  - 9) systematyczna kontrola sprawności sprzętu i aparatury medycznej w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej, niezwłoczne poinformowanie Kierownika ZDO o zaistniałych usterkach, nieprawidłowościach w działaniu sprzętu i aparatury medycznej. Wskazana w niniejszym punkcie aparatura, sprzęt medyczny i inne środki niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem, mogą być wykorzystywane przez *Przyjmującego Zamówienie* wyłącznie do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów *Udzielającego Zamówienia*. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się zapoznać z zasadami funkcjonowania sprzętu i aparatury powierzonej przez *Udzielającego Zamówienia* i postępować ze sprzętem i aparaturą zgodnie z zapisami karty gwarancyjnej i instrukcji obsługi oraz zasad ustalonych przez *Udzielającego Zamówienia*. *Przyjmujący Zamówienie* ponosi całkowitą odpowiedzialność za szkody powstałe w sprzęcie lub aparaturze medycznej oraz w pozostałym wyposażeniu w sytuacji, gdy szkoda powstała wskutek zawinionego zachowania lub zaniechania *Przyjmującego Zamówienia*.
  - 10) zabezpieczenie i prawidłowe przechowywanie leków i środków dezynfekcyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami i aktualną wiedzą.
  - 11) utrzymanie stanowiska pracy i sprzętu w stanie sprawności technicznej i czystości.
  - 12) znajomość i przestrzeganie przepisów BHP, przeciwpożarowych, ochrony radiologicznej oraz wewnętrznych regulaminów i zarządzeń obowiązujących u *Udzielającego Zamówienia*, a związanych z udzielaniem świadczeń pielęgniarских, jak również współdziałaniu z Dyrekcją *Udzielającego Zamówienia* przy wykonywaniu swoich obowiązków wynikających z udzielania świadczeń pielęgniarских.
  - 13) przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej.
  - 14) bezzwłoczne powiadamianie Kierownika ZDO lub lekarza dyżurnego o:
    - a) popełnieniu pomyłki przy podaniu leku lub wykonaniu zabiegu,
    - b) śmierci pacjenta,
    - c) braku możliwości wykonania zabiegu,
    - d) pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta,
    - e) podejrzeniu o chorobę zakaźną.

## V. **POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Rodzaj konkursu: otwarty.



2. Forma składania ofert: pisemna.
3. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty zgodnie z przyjętymi kryteriami, tj.: **najniższa cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń – cena 100%**.
4. Zamawiający dopuszcza składania ofert częściowych, tj.: na ilość godzin mniejszą niż określoną w Regulaminie Konkursu Ofert.

## **VI. ZASADY OCENY I WYBORU OFERT**

### 1. Zasady wyboru oferty:

Zamawiający wyłoni Oferenta, którego oferta:

- odpowiada wszystkim wymaganiom przedstawionym w Regulaminie Konkursu Ofert i zawiera najniższą cenę za 1 godzinę udzielania świadczeń.

### 2. Kryterium oceny oferty jest najniższa cena za 1 godzinę udzielania świadczeń.

- **Cena – 100%**

Rozliczenia między *Zamawiającym* a *Oferentem* będą prowadzone w polskich złotych.

## **VII. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, Kancelaria, pokój nr 3.41 (II piętro Pawilon D).
2. **Termin składania ofert: 21.05.2020r. do godziny 13:00.**
3. **Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.**

## **VIII. TRYB WPROWADZANIA EWENTUALNYCH ZMIAN W REGULAMINIE KONKURSU OFERT.**

1. Oferent może zwracać się do *Udzielającego Zamówienia* odnośnie wszelkich wątpliwości dotyczących Regulaminu Konkursu Ofert kierując swoje zapytania najpóźniej na 2 dni terminem składania ofert na adres *Udzielającego Zamówienia* tylko na piśmie pocztą, elektroniczną ([jewandowska@szpitalparkitka.com.pl](mailto:jewandowska@szpitalparkitka.com.pl)) lub faksem na nr tel. 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 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. 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.

## **IX. MIEJSCE I TRYB OTWARCIA OFERT**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* tj. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie ul. Bialska 104/118 w pokoju nr 3.01 (II piętro Pawilon D) **dnia 21.05.2020r. o godzinie 13:15.**
2. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora *Udzielającego Zamówienia*.
3. *Oferent*, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, zostanie powiadomiony o wyborze oferty/ofert po akceptacji wyników konkursu przez Dyrektora *Udzielającego Zamówienia*, poprzez zamieszczenie ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy.

## **X. PROTESTY I ODWOŁANIA**

Uczestnikom postępowania przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych przepisami art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2020r., poz. 295), w związku z art.152-154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019r., poz. 1373 ze zm.).

## **XI. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE.**

1. *Udzielający Zamówienia* zobowiązany jest zawrzeć umowę w terminie 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert o treści stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert, wraz z umową powierzenia przetwarzania danych osobowych z *Oferentem*, którego oferta jako najkorzystniejsza została wybrana przez Komisję Konkursową.
2. 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.
3. *Udzielający Zamówienia* ma prawo do przedłużenia okresu obowiązywania umowy w przypadku niewykorzystania ilościowego i wartościowego przedmiotu umowy z zastrzeżeniem, że wartość umowy nie zostanie przekroczona.
4. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo prowadzenia negocjacji w sprawie warunków umowy.

**XII.** Postępowanie konkursowe prowadzone jest w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2020r., poz. 295) oraz ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019r., poz. 1373 ze zm.)

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

.....dnia .....

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń pielęgniarских polegających na wykonywaniu zadań pielęgniarских i innych procedur medycznych przez pielęgniarki w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.**

---

Nazwa Oferenta .....

Adres Oferenta.....

NIP: ..... REGON: .....KRS:.....

Nr księgi rejestrowej ..... prowadzonej przez: .....

Nr konta bankowego .....

Tel. kontaktowy.....

***Za realizację zamówienia oferuję należność w wysokości ..... złotych brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń (słownie złotych: .....)***

Zobowiązuję się do wykonania .....godzin w każdym miesiącu.

***(Oferent zobowiązany jest do wpisania oferowanej ilości godzin)***

- 1) Oświadczam, że zapoznałem się z przepisami art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2020r., poz. 295).
- 2) Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy zgodnie z ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r. (tekst jednolity Dz. U. z 2018 poz. 123) - dołączam potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie wymaganych dokumentów.
- 3) 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, którą akceptuję.
- 4) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia oraz Regulaminu Konkursu Ofert, którą akceptuję.

- 5) Oświadczam, że spełniam warunki Regulaminu Konkursu Ofert i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
- 6) W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, oświadczam, że zobowiązuję się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy. Oświadczam, że w przypadku braku aktualnej polisy OC na dzień składania ofert, będę posiadał aktualną polisę najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
- 7) Załączam do oferty wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do formularza ofertowego.
- 8) Oświadczam, że uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu Ofert, tj. 30 dni od terminu upływu składania ofert.
- 9) Oświadczam, że zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert projekty umów zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego Zamówienia*.
- 10) Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie z Oświadczeniem stanowiącym załącznik nr 2 do formularza ofertowego.
- 11) Oświadczam, że oprogramowanie i sprzęt komputerowy będę wykorzystywał zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwa Informacji – załącznik nr 3 do formularza ofertowego.
- 12) Oświadczam, że posiadam znajomość oraz doświadczenie w zakresie obsługi strzykawk automatycznych, m. in. typu OptiStar LE, Ilumena, OPTiVantage.
- 13) Oświadczam, że posiadam co najmniej 6 – miesięczny staż pracy w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.
- 14) Oświadczam, że na dzień składania ofert, nie jestem związany z *Udzielającym Zamówienia* umową o pracę.
- 15) Ofertę niniejszą składam na ..... kolejno ponumerowanych stronach.

.....  
Pieczętka, podpis składającego ofertę

WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

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
1.												

....., dnia .....

.....

Pieczęć, podpis Oferenta