

## REGULAMIN KONKURSU OFERT

**Udzielanie zamówienia na kierowanie zespołem i specjalistyczne świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi w Klinicznym Oddziale Kardiologii oraz jednostkach organizacyjnych powiązanych z Klinicznym Oddziałem Kardiologii (Kliniczny Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pracownia Elektrofizjologii), Pracowni Hemodynamiki i Poradni Kardiologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, przy ul. Bialskiej 104/118**  
zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej  
(tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799 ze zm.).

### **I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny  
ul. Bialska 104/118  
42-200 Częstochowa  
tel. (34) 367 31 04  
fax. (34) 365 17 56

### **II. PRZEDMIOT KONKURSU**

1. Przedmiotem postępowania konkursowego jest kierowanie zespołem oraz udzielanie pacjentom Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi w Klinicznym Oddziale Kardiologii oraz jednostkach organizacyjnych powiązanych z Klinicznym Oddziałem Kardiologii (Kliniczny Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pracownia Elektrofizjologii), Pracowni Hemodynamiki i Poradni Kardiologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799 ze zm.) oraz realizacja zadań polegających na szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy i pełnieniu funkcji kierownika specjalizacji.
2. Miejsca udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i kierowania zespołem:
  - a. **Kliniczny Oddział Kardiologii oraz jednostki organizacyjne powiązane z Klinicznym Oddziałem Kardiologii (Kliniczny Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pracownia Elektrofizjologii), Pracownia Hemodynamiki i Poradnia Kardiologiczna**, w obiekcie przy **ul. Bialskiej 104/118**, w zakresie wykonywania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i kierowania zespołem.
3. Łączny wymiar zatrudnienia: **nie mniej niż 1 etat (1 etat = 7 godz. 35 min. dziennie) w godzinach ordynacji dziennej od godz. 08:00 do 15:35 i w wymiarze około 120 godzin**

**miesięcznie w zakresie pełnienia dyżurów medycznych w Pracowni Hemodynamiki oraz w wymiarze nie mniejszym niż 4 godziny tygodniowo w Poradni Kardiologicznej.**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowane będzie w dni powszednie, w godzinach **od godz. 08:00 do 15:35** i obejmować będzie również realizację zadań polegających na szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy, przy spełnieniu warunków obowiązujących w tym zakresie i pełnienie przez *Przyjmującego Zamówienie* lub wskazanego przez niego lekarza z zespołu, funkcji kierownika specjalizacji oraz w zakresie pełnienia dyżurów medycznych w Pracowni Hemodynamiki w dni powszednie w godzinach od 15:35 do 08:00 dnia następnego i w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego oraz udzielanie porad specjalistycznych w Poradni Kardiologicznej w godzinach ustalonych z *Przyjmującym Zamówienie*.

*Wynagrodzenie za realizację zadań polegających na szkoleniu specjalizacyjnym i pełnieniu funkcji kierownika specjalizacji, wypłacane będzie Przyjmującemu Zamówienie na podstawie przepisów obowiązujących w tym zakresie oraz zgodnie z umową zawartą przez Udzielającego Zamówienia z Wojewoda Śląskim, który przekazuje środki z budżetu państwa na dodatek do wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji, nadzorujących szkolenie specjalizacyjne, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności zgodnie z ustawą o zawodach lekarzy i lekarzy dentystów.*

4. Zakres godzinowy kierowania Oddziałem i udzielania świadczeń zdrowotnych może być dostosowany do pracy Klinicznego Oddziału Kardiologii oraz jednostek organizacyjnych powiązanych z Kliniką Oddziałem Kardiologii (Kliniczny Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pracownia Elektrofizjologii), Pracowni Hemodynamiki i Poradni Kardiologicznej.
5. *Udzielający Zamówienia* nie jest zobowiązany do zlecenia *Przyjmującemu Zamówienie* maksymalnej ilości godzin w okresie obowiązywania umowy.
6. Świadczenie usług medycznych wykonywane będzie przez *Przyjmującego Zamówienie* zgodnie z wymogami określonymi przez NFZ i zgodnie z warunkami umowy.

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

1. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do kierowania zespołem Klinicznego Oddziału Kardiologii wraz z Pracownią Hemodynamiki oraz Poradnią Kardiologiczną, poprzez:
  - 1) nadzór organizacyjny i merytoryczny zespołu na Klinikum Oddziale Kardiologii i Pracowni Hemodynamiki i Poradni Kardiologicznej pod względem:
    - a) medycznym,
    - b) administracyjnym,
    - c) gospodarczym,
    - d) właściwego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom zgodnie z postępowaniem wiedzy medycznej,
  - 2) całodobowy nadzór nad zapewnieniem realizacji procedur przez podległy personel posiadający odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia we wszystkie dni tygodnia na Klinikum Oddziale Kardiologii i Pracowni Hemodynamiki.
2. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii w Klinikum Oddziale Kardiologii i Pracowni Hemodynamiki i Poradni Kardiologicznej, w tym między innymi: diagnostyki, terapii i leczenia, orzekania o stanie zdrowia pacjentów i innych wynikających z realizacji umowy zawartej przez *Udzielającego*

Zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia, tj.: w zakresie:

**HOSPITALIZACJA NA KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGII I INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO, w zakresie:**

- ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU RATUNKOWEGO DOSTĘPU DO TECHNOLOGII LEKOWEJ DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW ZAKWALIFIKOWANYCH W RAMACH PSZ DO POZIOMU: III STOPNIA, OGÓLNOPOLSKIEGO ONKOLOGICZNEGO, PEDIARTYCZNEGO, PULMOLOGICZNEGO
- KARDIOLOGIA-HOSPITALIZACJA;
- KARDIOLOGIA- HOSPITALIZACJA E10, E11, E12G, E15;
- KOMPLEKSOWA OPIEKA PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO (KOS-ZAWAŁ);

**PORADNIA KARDIOLOGII**

- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII- ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE
- ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU RATUNKOWEGO DOSTĘPU DO TECHNOLOGII LEKOWEJ DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW ZAKWALIFIKOWANYCH W RAMACH PSZ DO POZIOMU: III STOPNIA, OGÓLNOPOLSKIEGO ONKOLOGICZNEGO, PEDIARTYCZNEGO, PULMOLOGICZNEGO
- PROGRAM LEKOWY – LECZENIE PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI
- LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM – LECZENIE PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI
- KOMPLEKSOWA OPIEKA PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO (KOS-ZAWAŁ)

oraz pozostałe, zgodnie z zawartą umową przez *Udzielającego Zamówienia* z NFZ.

- 1) udzielania konsultacji pacjentom przebywającym na innych Oddziałach Szpitala, na wezwanie lekarzy tych oddziałów, w terminie niezbędnym dla zachowania ciągłości procesu diagnostyczno – leczniczego z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjentów;
- 2) wykonywaniu konsultacji na rzecz pacjentów Zespołu Przyjęć SOR oraz Centrum Urazowego oraz ewentualne ich kwalifikowanie do przyjęcia na Oddział;
- 3) wykonywania zabiegów w zakresie kardiologii interwencyjnej, w tym złożonych PCI (zabiegi wielonaczyniowe, bifurkacje, PCI-LM);
- 4) śródnaczyniowej oceny zwężeń wieńcowych (IVUS, FFR);
- 5) ostrego dyżuru hemodynamicznego (24/7) u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym
- 6) implantacji i kontroli urządzeń wszczepialnych (stymulatory, ICD, CRT);
- 7) odbarczania tamponady serca, założenia elektrody do stymulacji czasowej, włączyć centralnych, wspomagania krążenia – IABP;
- 8) obsługi systemów telemonitoringu;
- 9) kwalifikacji pacjentów z chorobą wieńcową i wadami serca do operacji kardiochirurgicznych.

3. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i w nagłych zachorowaniach.

4. *Przyjmujący Zamówienie* przy realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się także do:

- 1) Kierowania Kliniką Oddziałem Kardiologii oraz jednostkami organizacyjnymi powiązanymi z Kliniką Oddziałem Kardiologii (Kliniczny Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pracownia Elektrofizjologii), Pracownią Hemodynamiki i Poradnią Kardiologiczną i 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.

- 2) Nadzoru nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej (również w formie elektronicznej) zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz wymogami obowiązującymi u *Udzielającego Zamówienia* oraz nadzór nad prowadzeniem dokonywania wymaganej sprawozdawczości statystycznej.
  - 3) Nadzoru i przestrzegania wszystkich wewnątrzzakładowych aktów prawnych, instrukcji i zarządzeń obowiązujących u *Udzielającego Zamówienia*, a związanych z udzielaniem świadczeń medycznych objętych przedmiotem niniejszej umowy.
  - 4) Nadzoru nad przekazywaniem *Udzielającemu Zamówienia* danych niezbędnych do dokonania rozliczeń wykonanych świadczeń z NFZ
  - 5) Udzielania konsultacji lekarskich w danej specjalizacji na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych i innych komórek organizacyjnych działalności podstawowej *Udzielającego Zamówienia*.
5. *Przyjmujący Zamówienie* oświadcza, iż zna określone przez NFZ warunki szczegółowe udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy oraz przepisy prawa obowiązujące w tym zakresie, jak również przepisy dotyczące zasad refundacji leków przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz prowadzenia dokumentacji medycznej i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

#### **IV. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE**

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* posiadający uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, tj.: jako podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu art. 5 ust. 2 pkt. 1 lit. a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799 ze zm.) w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia lub jako osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, o której mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799 ze zm.).

Konkurs kierowany jest wyłącznie do indywidualnych osób prowadzących działalność gospodarczą, zgodną z przedmiotem zamówienia i spełniających warunki zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert.

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 i określone w Rozdziale VIII niniejszego Regulaminu.

4. Posiadają polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń medycznych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

5. W przypadku złożenia oferty przez lekarza zatrudnionego u *Udzielającego Zamówienia*, w przypadku wyboru jego oferty, z dniem zawarcia umowy na udzielania świadczeń zdrowotnych, lekarz rozwiąże umowę o pracę z *Udzielającym Zamówienia*.

6. Posiadanie tytułu specjalisty (II<sup>o</sup> specjalizacji) w dziedzinie kardiologii.

7. *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 (t. j. Dz. U. z 2019r. poz. 1781) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/676 z 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s 1) – RODO oraz ustawy o prawach pacjenta i rzecznika praw pacjenta.

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

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **od daty zawarcia umowy do dnia 31.01.2026r.**

## **VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Rodzaj Konkursu: otwarty.
2. Forma składania ofert: pisemna.
3. *Udzielający Zamówienia* nie dopuszcza składania ofert częściowych.
4. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty zgodnie z przyjętym kryteriami oceny ofert, tj.:

### **1) Cena: waga kryterium 40% (maksymalna ilość pkt. do uzyskania wynosi 40)**

***Uwaga: Cena oferty zostanie obliczona jako średnia arytmetyczna zaoferowanych cen jednostkowych i wartości %.***

Cena obliczana wg wzoru:

$$\text{Cena oferty} = \frac{\text{Cena najniższej oferty}}{\text{Cena oferty badanej}} \times 40$$

### **2) Doświadczenie zawodowe, tj.: posiadany staż pracy po uzyskaniu specjalizacji: waga kryterium 40% (maksymalna ilość pkt. do uzyskania wynosi 40)**

- a) Staż pracy 5– 10 lat - 10 pkt.
- b) Staż pracy powyżej 10 lat - 40 pkt.

$$\begin{array}{l} \text{Ilość uzyskanych punktów} \\ \text{Doświadczenie zawodowe} = \text{-----} \times 40 \\ \text{Maksymalna ilość punktów 40} \end{array}$$

**3) Posiadanie stopnia naukowego o tematyce z zakresu kardiologii interwencyjnej : waga kryterium 20% (maksymalna ilość pkt. do uzyskania wynosi 20)**

- a) nie posiada stopnia naukowego - 0 pkt
- b) posiada stopień naukowy o tematyce z zakresu kardiologii interwencyjnej 20 pkt.

$$\begin{array}{l} \text{Ilość uzyskanych punktów} \\ \text{Posiadane stopnia naukowego} = \text{-----} \times 20 \\ \text{Maksymalna ilość punktów 20} \end{array}$$

**VII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY** – zgodnie z wymogami określonymi w „Regulaminie Konkursu Ofert”, tj.:

1. Oferta winna być sporządzona w języku polskim, napisana czytelnym pismem ręcznym przy użyciu nieścieralnego atramentu, komputerowo lub na maszynie do pisania 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.  
Kopie dokumentów mogą także zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę podpisującą ofertę.  
Oferta powinna zawierać kwotę wynagrodzenia za 1 godzinę udzielenia świadczeń zdrowotnych, miesięczną ryczałtową kwotę za pełnienie funkcji Kierownika Oddziału, % wartości wykonanej procedury medycznej w Poradni Kardiologicznej oraz ceny w złotych za wykonanie 1 procedury medycznej w Pracowni Hemodynamiki.
3. Wynagrodzenie wskazane w ofercie powinno zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia oraz realizacją przedmiotu zamówienia.
4. Wszystkie miejsca, w których *Oferent* naniósł zmiany, winny być paraflowane 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 zamówienia na kierowanie zespołem i specjalistyczne świadczenia**  
**zdrowotne w zakresie wykonywania procedur kardiologicznych**  
**i sprawowania opieki nad chorymi w Klinicznym Oddziale Kardiologii oraz jednostkach**  
**organizacyjnych powiązanych z Klinicznym Oddziałem Kardiologii**  
**(Kliniczny Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pracownia Elektrofizjologii),**  
**Pracowni Hemodynamiki i Poradni Kardiologicznej**  
**Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie**

**przy ul. Bialskiej 104/118**

***Nie otwierać przed terminem otwarcia ofert 29.05.2025r., godz. 10:30"***

***Postępowanie konkursowe nr KO/32/2025***

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* nie dopuszcza składania ofert częściowych.

## **VIII. INFORMACJE O OFERENCIE**

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:

- a) oświadczenie *Oferenta* o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminem Konkursu Ofert”.
- b) dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa oraz dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: aktualny odpis ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG), wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od terminu składania ofert.
- c) dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń medycznych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osoby, która będzie udzielała świadczeń medycznych, tj. :
  - c.1. prawo wykonywania zawodu,
  - c.2. dyplom lekarza,
  - c.3. dyplom uzyskania tytułu specjalisty (II<sup>o</sup> specjalizacji) w dziedzinie kardiologii.
- d) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez *Oferenta* umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, *Oferent* dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

*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.
- e) 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,
- f) dokument potwierdzający co najmniej 5 letni staż pracy po egzaminie specjalizacyjnym II<sup>o</sup> stopnia- oświadczenie *Oferenta* lub zaświadczenie z zakładu pracy,
- g) dane lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne w formie wykazu ze wskazaniem m. in. numeru prawa wykonywania zawodu, nr dyplomu, uzyskanej specjalizacji i posiadanymi kwalifikacjami, zgodnie z załączonym wzorem do formularza ofertowego,
- h) oświadczenie o posiadaniu uprawnień samodzielnego operatora wg kryteriów AISN,

- i) oświadczenie o posiadaniu umiejętności i doświadczenia w zakresie kardiologii interwencyjnej, w tym złożonych PCI (zabiegi wielonaczyniowe, bifurkacje, PCI – LM),
- j) oświadczenie o posiadaniu umiejętności i doświadczenia w zakresie wykonywania śródnaczyniowej oceny zwężeń wieńcowych (IVUS, FFR),
- k) oświadczenie o posiadaniu umiejętności i doświadczenia w zakresie ostrego dyżuru hemodynamicznego (24/7) u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym,
- l) oświadczenie o posiadaniu doświadczenia w zakresie implantacji i kontroli urządzeń wszczepialnych (stymulatory, ICD, CRT),
- ł) oświadczenie o posiadaniu umiejętności w zakresie odbarczenia tamponady serca, założenia elektrody do stymulacji czasowej, włącz centralnych, wspomagania krążenia – IABP,
- m) oświadczenie o posiadaniu umiejętności obsługi systemów telemonitoringu,
- n) oświadczenie o posiadaniu doświadczenia w kwalifikacji pacjentów z chorobą wieńcową i wadami serca do operacji kardiochirurgicznych,
- o) dokument potwierdzający posiadanie stopnia naukowego o tematyce z zakresu kardiologii interwencyjnej (dodatkowo oceniane),
- p) oświadczenie o niekaralności, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego,
- r) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- s) aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP.

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

3. Oferta może zostać odrzucona także w przypadkach wskazanych w art. 149 ust 1 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 146 ze zm.).

4. Wzór formularza ofertowego zawiera 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 warunków formalnych.
3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejszą ofertę dla *Udzielającego Zamówienia*, tj.: zgodną z przyjętymi kryteriami i z największą ilością punktów.
4. Oferowana cena wskazana w ofercie musi zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania.
5. 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.

## **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, pocztą lub pocztą elektroniczną na adres; jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl lub faksem na nr tel.: 034 365 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 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, 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.

## **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: 29.05.2025r. do godz. 10:00**

Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.

## **XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

*Oferent* jest związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

## **XIII. INFORMACJE O TRYBIE OTWARCIA OFERT I ICH OCENY**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **29.05.2025r. o godz. 10:30** 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 otrzymanych 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.
4. W toku dokonywania oceny złożonych ofert *Udzielający zamówienia* może żądać udzielenia przez Oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert.
5. Z przebiegu konkursu sporządzony zostanie protokół.
6. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku, zamieszczając informację o rozstrzygnięciu postępowania na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

#### **XIV. PROTESTY I ODWOŁANIA**

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o kierowanie zespołem i 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 kierowanie zespołem i udzielanie świadczeń medycznych 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. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej *Udzielającego Zamówienia* – Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.
6. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność.
7. *Oferent* biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie do 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń medycznych do czasu jego rozpatrzenia.

#### **XV. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA KIEROWANIE ZESPOŁEM ORAZ SPECJALISTYCZNE ŚWIADCZENIA MEDYCZNE**

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. W przypadku, gdy umowa na kierowanie zespołem i udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania, nie zostanie zawarta z winy *Oferenta*, wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie Cywilnym.
3. Wybrany *Oferent* będzie prowadził dokumentację medyczną wymaganą obowiązującymi w tej materii przepisami prawa, oraz podda się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 146 ze zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez *Udzielającego Zamówienia* z NFZ.
4. *Oferent* nie może powierzyć bez zgody *Udzielającego Zamówienia*, wykonywania przedmiotu umowy podmiotom lub osobom trzecim niewyłonionym w niniejszym postępowaniu.

## **XVI. TRYB POSTĘPOWANIA**

Niniejsze postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie i zgodnie z przepisami:

1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799 ze zm.).
2. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. , poz. 146 ze zm.)

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

**FORMULARZ OFERTOWY – KO/32/2025**

**Konkurs ofert na udzielanie zamówienia na kierowanie zespołem  
i specjalistyczne świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania procedur  
i sprawowania opieki nad chorymi w Klinicznym Oddziale Kardiologii oraz jednostkach  
organizacyjnych powiązanych z Klinicznym Oddziałem Kardiologii (Kliniczny Oddział  
Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pracownia Elektrofizjologii), Pracowni  
Hemodynamiki i Poradni Kardiologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie,  
zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej  
(tekst jednolity z 2024r., poz. 799 ze zm.)**

**NAZWA OFERENTA:**

.....

**ADRES:**

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

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Oznaczenie organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność  
leczniczą .....

Nr wpisu do rejestru .....

**NIP** .....

**REGON** .....

**PESEL** .....

**PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU NR** ..... z dnia .....

**SPECJALIZACJA** .....

**TYTUŁ NAUKOWY** .....

**NR RACHUNKU BANKOWEGO .....**

**Adres e-mailowy: .....**

**Telefon kontaktowy .....**

1. Przystępując do konkursu ofert na kierowanie zespołem i świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oferuję przyjęcie do wykonania zamówienie w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.

**Oferuję wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych:**

|    | Nazwa świadczenia                                                                      | Ryczałt/<br>poza ryczałtem,<br>/KOS | Wynagrodzenie<br>za wykonanie<br>jednej<br>procedury w<br>złotych brutto |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 1  | E10 OZW- DIAGNOSTYKA INWAZYJNA                                                         | poza ryczałtem                      |                                                                          |
| 2  | E10 OZW- DIAGNOSTYKA INWAZYJNA*                                                        | KOS                                 |                                                                          |
| 3  | E11 OZW - LECZENIE INWAZYJNE DWUETAPOWE > 3 DNI*                                       | poza ryczałtem                      |                                                                          |
| 4  | E11 OZW - LECZENIE INWAZYJNE DWUETAPOWE > 3 DNI*                                       | KOS                                 |                                                                          |
| 5  | E12G OZW - LECZENIE INWAZYJNE*                                                         | poza ryczałtem                      |                                                                          |
| 6  | E12G OZW - LECZENIE INWAZYJNE                                                          | KOS                                 |                                                                          |
| 7  | E15 OZW - LECZENIE INWAZYJNE > 7 DNI Z PW*                                             | poza ryczałtem                      |                                                                          |
| 8  | E15 OZW - LECZENIE INWAZYJNE > 7 DNI Z PW*- KOS                                        | KOS                                 |                                                                          |
| 9  | E23G ANGIOPLASTYKA WIEŃCOWA Z IMPLANTACJĄ JEDNEGO STENTU*                              | KOS                                 |                                                                          |
| 10 | E23G ANGIOPLASTYKA WIEŃCOWA Z IMPLANTACJĄ JEDNEGO STENTU*                              | ryczałt                             |                                                                          |
| 11 | E24G ANGIOPLASTYKA WIEŃCOWA Z IMPLANTACJĄ NIE MNIEJ NIŻ 2 STENTÓW LUB WIELONACZYNIOWA* | ryczałt                             |                                                                          |
| 12 | E24G ANGIOPLASTYKA WIEŃCOWA Z IMPLANTACJĄ NIE MNIEJ NIŻ 2 STENTÓW LUB WIELONACZYNIOWA* | KOS                                 |                                                                          |
| 13 | E26 ANGIOPLASTYKA WIEŃCOWA BALONOWA*                                                   | ryczałt                             |                                                                          |
| 14 | E27 KORONAROGRAFIA I INNE ZABIEGI INWAZYJNE*                                           | ryczałt                             |                                                                          |
| 15 | E29 ANGIOPLASTYKA WIEŃCOWA BALONOWA (DEB)                                              | ryczałt                             |                                                                          |
| 16 | E31 WSZCZEPIONIE/ WYMIANA ROZRUSZNIKA JEDNOJAMOWEGO                                    | ryczałt                             |                                                                          |
| 17 | E32 WSZCZEPIONIE/ WYMIANA ROZRUSZNIKA DWUJAMOWEGO*                                     | ryczałt                             |                                                                          |
| 18 | E33 WSZCZEPIONIE/ WYMIANA UKŁADU Z FUNKCJĄ RESYNCHRONIZUJĄCĄ SERCA (CRT)*              | ryczałt                             |                                                                          |
| 19 | E34 WSZCZEPIONIE/ WYMIANA KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA JEDNO-/ DWUJAMOWEGO*             | ryczałt                             |                                                                          |
| 20 | E36 WSZCZEPIONIE/ WYMIANA CRT-D > 17 R.Ż.*                                             | ryczałt                             |                                                                          |
| 21 | E43 ABLACJA ZABURZEŃ RYTMU*                                                            | ryczałt                             |                                                                          |
| 22 | E44 DIAGNOSTYKA INWAZYJNA ZABURZEŃ RYTMU SERCA*                                        | ryczałt                             |                                                                          |
| 23 | E48 ABLACJA MIGOTANIA PRZEDSIONKÓW - IZOLACJA ŻYŁ PŁUCNYCH*                            | ryczałt                             |                                                                          |
| 24 | IVUS/FFR TĘTNIC WIEŃCOWYCH*                                                            | ryczałt                             |                                                                          |
| 25 | IVUS/FFR TĘTNIC WIEŃCOWYCH*                                                            | poza ryczałtem                      |                                                                          |
| 26 | Rotablacja ATEREKTOMIA WIEŃCOWA*                                                       | ryczałt                             |                                                                          |
| 27 | Rotablacja ATEREKTOMIA WIEŃCOWA*                                                       | poza ryczałtem                      |                                                                          |

| Lp. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji dziennej i dyżurów lekarskich oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni | Cena w złotych brutto/<br>% brutto wartości punktowej grupy                                                                                                                             |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | <p>..... zł brutto</p> <p>(słownie złotych: .....)</p>                                                                            | <p><b>za 1 godzinę</b> udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinicznym <b>Oddziale Kardiologii</b> w godzinach ordynacji dziennej, tj.: od <b>08:00 do 15:35;</b></p>                     |
| 2.  | <p>..... zł brutto</p> <p>(słownie złotych: .....)</p>                                                                            | <p><b>za 1 godzinę</b> udzielania świadczeń zdrowotnych w <b>Pracowni Hemodynamiki</b> w godzinach ordynacji dziennej, tj.: od <b>08:00 do 15:35;</b></p>                               |
| 3.  | <p>..... zł brutto</p> <p>(słownie złotych: .....)</p>                                                                            | <p><b>za 1 godzinę dyżuru</b> <b>zwykłego</b> pełnionego w <b>Pracowni Hemodynamiki</b> od poniedziałku do piątku w godzinach od godz. <b>15:35 do 8:00;</b></p>                        |
| 4.  | <p>..... zł brutto</p> <p>(słownie złotych: .....)</p>                                                                            | <p><b>za 1 godzinę dyżuru</b> <b>świętecznego</b> pełnionego w <b>Pracowni Hemodynamiki</b> w soboty, niedziele, święta oraz w dni wolne od pracy w godz. <b>od 08:00 do 08:00;</b></p> |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. | <p>..... % brutto</p> <p>wartości wykonanej procedury medycznej, przy czym za wartość procedury medycznej rozumie się iloczyn ilości punktów przypisanych danej procedurze i ceny jednostkowej punktu, określonej przez NFZ, zgodnie z cennikiem obowiązującym</p> <p>w danym okresie rozliczeniowym. 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</p> <p>w Diagnostyce Laboratoryjnej (COBJwDL) w zakresie chemii klinicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu.</p> | <p>za świadczenia zdrowotne wykonane w <b>Poradni Kardiologicznej</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 6. | <p>..... zł brutto miesięcznie</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>za miesięczne ryczałtowe wynagrodzenie za kierowanie <b>Klinicznym Oddziałem Kardiologii oraz jednostkami organizacyjnymi powiązanymi z Klinicznym Oddziałem Kardiologii (Kliniczny Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pracownia Elektrofizjologii), Pracowni Hemodynamiki i Poradni Kardiologicznej.</b></p> |

**Łączny wymiar zatrudnienia:**

..... godzin dziennie w Klinicznym Oddziale Kardiologii z Klinicznym Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, w tym:

..... godzin dziennie w ramach ordynacji  
dziennej

.....godzin miesięcznie w Pracowni Hemodynamiki, w tym:

..... godzin miesięcznie w ramach ordynacji  
dziennej;

..... godzin miesięcznie w ramach godzin  
dyżurowych.

..... godzin w tygodniu w zakresie udzielania  
porad specjalistycznych w Poradni Kardiologicznej,

w tym realizacja zadań polegających na szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy, przy  
spełnieniu warunków obowiązujących w tym zakresie.

Doświadczenie zawodowe - staż pracy po uzyskaniu specjalizacji ..... lat.

Posiadam tytuł naukowy o tematyce z zakresu kardiologii interwencyjnej ..... (należy  
wpisać odpowiednio TAK lub NIE)

2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert, które akceptuję.
3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Regulaminu Konkursu Ofert, którą akceptuję.
4. Oświadczam, że uważam się za związanym/-ą niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu Ofert, tj.: 30 dni od terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału w postępowaniu i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
6. Oświadczam, że zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert projekty umów zostały przez mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego zamówienia*.
7. Oświadczam, że posiadam umiejętności i doświadczenie w zakresie kardiologii interwencyjnej, w tym złożonych PCI (zabiegi wielonaczyniowe, bifurkacje, PCI – LM),
8. Oświadczam, że posiadam umiejętności i doświadczenie w zakresie wykonywania śródnaczyniowej oceny zwężeń wieńcowych (IVUS, FFR),
9. Oświadczam, że posiadam umiejętności i doświadczenie w zakresie ostrego dyżuru hemodynamicznego (24/7) u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym,
10. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w zakresie implantacji i kontroli urządzeń wszczepialnych (stymulatory, ICD, CRT),
11. Oświadczam, że posiadam umiejętności w zakresie odbarczenia tamponady serca, założenia elektrody do stymulacji czasowej, wkluc centralnych, wspomaganie krążenia – IABP,
12. Oświadczam, że posiadam umiejętności obsługi systemów telemonitoringu,
13. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w kwalifikacji pacjentów z chorobą wieńcową i wadami serca do operacji kardiochirurgicznych.
14. Oświadczam, że posiadam uprawnienia samodzielnego operatora wg kryteriów AISN.

**Do oferty załączam wymagane dokumenty:**

- a) oświadczenie *Oferenta* o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminem Konkursu Ofert”.
- b) dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa oraz wydruk z ewidencji działalności gospodarczej CEIDG, wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od terminu składania ofert.
- c) dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń medycznych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osoby, która będzie udzielała świadczeń medycznych, tj. :
- c. 1. prawo wykonywania zawodu,
  - c. 2. dyplom lekarza,
  - c. 3. dyplom uzyskania specjalizacji (II<sup>o</sup>) w dziedzinie kardiologii,
  - c. 4. dokument potwierdzający posiadanie doświadczenia w zakresie kierowania zespołem – jeśli dotyczy,
- d) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez *Oferenta* umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
- W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, *Oferent* dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.
- W przypadku braku polisy OC *Oferent* może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.
- e) dokument potwierdzający co najmniej 5 letni staż pracy po egzaminie specjalizacyjnym II<sup>o</sup> - oświadczenie *Oferenta* lub zaświadczenie/nia z zakładów pracy.
- f) dokument potwierdzający posiadanie stopnia naukowego o tematyce z zakresu kardiologii interwencyjnej (dodatkowo oceniane).
- g) dane lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne w formie wykazu ze wskazaniem m. in. numeru prawa wykonywania zawodu, nr dyplomu, uzyskanej specjalizacji i posiadanymi kwalifikacjami, zgodnie z załączonym wzorem do formularza ofertowego.
- h) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego,
- i) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego, zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego,
- j) oświadczenie o niekaralności, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego.
- k) aktualne zaświadczenie lekarskie.
- l) aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP.

..... dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
podpis i pieczęćka *Oferenta*

WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Załącznik do Formularza Ofertowego

| Lp. | Nazwisko i imię | PESEL | Nr dyplomu | Data wydania dyplomu | Nr prawa wykonywania zawodu | Organ wydający prawo wykonywania zawodu i data wydania | Stopień specjalności i data uzyskania specjalności | Wymiar zatrudnienia w wymiarze tygodniowym i miesięcznym | Miejsce i okres zatrudnienia | Określenie grupy zawodowej | Wykształcenie*:<br>1) wyższe medyczne – tytuł magistra;<br>2) wyższe medyczne – tytuł licencjata;<br>3) wyższe;<br>4) średnie;<br>5) wyższe – tytuł magistra<br>6) wyższe – tytuł licencjata<br><br>*zaznaczyć prawidłowe | Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/<br><br>Doświadczenie |
|-----|-----------------|-------|------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1.  |                 |       |            |                      |                             |                                                        |                                                    |                                                          |                              |                            |                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |

.....  
Pieczętka , podpis Oferenta

**Załącznik do formularza ofertowego**

..... dnia .....

**OŚWIADCZENIE**

.....

Imię i nazwisko

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 Przyjmującego Zamówienie