KO/37/2026 Częstochowa, dnia 14.08.2026r.

REGULAMIN KONKURSU OFERT

na wykonywanie przez lekarzy specjalistycznych procedur w Pracowni Hemodynamiki i Pracowni Elektrofizjologii - jednostkach organizacyjnych powiązanych z Klinicznym Oddziałem Kardiologii i Klinicznym Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny z siedzibą w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.

I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA.

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

II. PRZEDMIOT KONKURSU.

1. Przedmiotem postępowania konkursowego jest wykonywanie specjalistycznych procedur w **Pracowni Hemodynamiki i Pracowni Elektrofizjologii - jednostkach organizacyjnych powiązanych z Klinicznym Oddziałem Kardiologii i Klinicznym Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego** Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie przy ulicy Bialskiej104/118, przez lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii, w wymiarze **do 100 godzin miesięcznie**.

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie w zgodnie z harmonogramem ustalonym w drodze współpracy przez *Przyjmującego Zamówienie* i Kierownika Oddziału a zatwierdzonego przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa do 20-ego dnia każdego miesiąca poprzedzającego udzielanie świadczeń zdrowotnych.

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

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

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

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

i umowami zawartymi przez *Udzielającego Zamówienia* oraz postanowieniami niniejszej umowy.
7. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do prowadzenia terminowo, dokładnej i systematycznej dokumentacji medycznej (również w formie elektronicznej) zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz wymogami obowiązującymi u *Udzielającego Zamówienia* oraz prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej. Udostępnienie dokumentacji medycznej przez *Przyjmującego Zamówienie* osobom trzecim odbywa się zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta oraz z zasadami ustalonymi przez *Udzielającego Zamówienia*.
8. W toku realizacji Umowy *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania obowiązujących u *Udzielającego Zamówienia*: Regulaminu Organizacyjnego, innych wewnętrznych regulaminów, zarządzeń, poleceń służbowych, procedur i instrukcji m. in. związanych z wdrożonymi standardami akredytacyjnymi oraz funkcjonującym w szpitalu Systemem Zarządzania Jakością wg normy ISO 9001:2015 i przyjętej z tym związanej Polityki SZ, która stanowi integralną część umowy. Poza tym *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania przepisów bhp, p.poż oraz wdrożonych polityk bezpieczeństwa.
9. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy i niewykorzystywania danych pozyskiwanych w związku z realizacją umowy przez cały okres trwania umowy i po jej zakończeniu dla potrzeb innych, niż potrzeby *Udzielającego Zamówienia*, 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.
10. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do wydawania pacjentom e-recept oraz wydawania orzeczeń lekarskich, e-skierowań, opinii, zaświadczeń, w tym zaświadczeń i e-zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, wymaganych w podmiotach leczniczych przez obowiązujące przepisy prawa.
11. *Przyjmujący Zamówienie* ponosi koszty dojazdu do miejsca udzielania świadczeń *Udzielającego Zamówienia*.

III. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* posiadający uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, tj.: 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 2026r., poz. 156) 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 2026r., poz. 156).
2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą muszą być uprawnione do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowane we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP i posiadają uprawnienia do świadczenia usług objętych przedmiotem umowy.
3. Posiadają niezbędną wiedzę, doświadczenie, tzn.: posiadają doświadczenie zawodowe w prowadzeniu działalności objętej konkursem oraz posiadają niezbędne kwalifikacje do

wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymaganiami NFZ.

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

IV. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

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

V. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Rodzaj Konkursu: otwarty.

2. Forma składania ofert: pisemna.

3. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty zgodnie z przyjętym kryterium oceny ofert: **najniższe zaoferowane ceny w złotych.**

4. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych.

5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do wyboru kilku najkorzystniejszych ofert w celu wykonania całości zamówienia.

VI. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY – zgodnie z wymogami określonymi w „Regulaminie Konkursu Ofert", tj.:

1. Oferta winna być napisana w języku polskim, ręcznie za pomocą nieścieralnego atramentu, na komputerze lub maszynie do pisania pod rygorem nieważności i podpisana przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.

2. Oferta winna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności tzn. oryginały aktualnych dokumentów lub uwierzytelnione przez osoby do tego uprawnione kserokopie aktualnych dokumentów.

3. Oferta powinna zawierać stawkę godzinową, według której obliczane będzie miesięczne wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem niniejszego zamówienia. Zaoferowane wynagrodzenie wskazane w ofercie powinno zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia, z wyłączeniem kosztów materiałowych.

4. Wszystkie miejsca, w których Oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.

5. Oferent winien zamieścić ofertę w zapieczętowanej kopercie, która będzie zaadresowana na *Udzielającego Zamówienia*. Koperta powinna ponadto posiadać następujące oznaczenie:

„Konkurs Ofert
na wykonywanie przez lekarzy specjalistycznych procedur
w Pracowni Hemodynamiki i Pracowni Elektrofizjologii - jednostkach organizacyjnych powiązanych z Klinicznym Oddziałem Kardiologii i Klinicznym Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny z siedzibą w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118

- postępowanie konkursowe nr KO/37/2026
Nie otwierać przed terminem otwarcia ofert 26.08.2026r., godz. 12:15".

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

VII. INFORMACJE O OFERENCIE

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:
a. oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminem Konkursu Ofert",
b. oświadczenie Oferenta o związaniu niniejszą ofertą;
c. oświadczenie o zaakceptowaniu projektów umów;
d. dokument potwierdzający wpis Oferenta do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księgę Rejestrową wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;
e. dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: CEIDG, wydrukowany nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;
f. dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych, tj.:
- dyplom lekarza;
- prawo wykonywania zawodu;
- dyplom specjalisty w dziedzinie kardiologii.

g. polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, Oferent dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne. W przypadku braku polisy OC Oferent może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.
h. wykaz lekarzy zabezpieczających świadczenia zdrowotne ze wskazaniem m.in. numeru prawa wykonywania zawodu i posiadanych kwalifikacji, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego;
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. Oświadczenie o posiadanych umiejętnościach i doświadczeniu w zakresie, jak niżej:
Pracownia Hemodynamiki/Pracownia Elektrofizjologii*
a) Posiadanie uprawnień samodzielnego operatora według kryteriów AISN;
b) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie zabiegów kardiologii interwencyjnej;

c) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie wykonywania śródnaczyniowej oceny zwężeń wieńcowych (IVUS, FFR);
d) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie implantacji i kontroli urządzeń wszczepialnych (stymulatory, ICD, CRT);
e) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie wykonywania zabiegów ablacji podłoża arytmii, w tym przy użyciu systemu elektroanatomicznego;
f) Umiejętność odbarczenia tamponady serca, założenia elektrody czasowej, wkłuć centralnych, wspomagania krążenia- IABP;
g) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w systemie AMMS, oraz obsługi systemów telemonitoringu;
h) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie implantacji i kontroli urządzeń wszczepialnych (stymulatory, ICD, CRT);
i) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie wykonywania zabiegów ablacji podłoża arytmii, w tym przy użyciu systemu elektroanatomicznego;
j) Umiejętność odbarczenia tamponady serca, założenia elektrody czasowej, wkłuć centralnych;
k) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w systemie AMMS;

**wskazać umiejętności i doświadczenie z przedziału punktowego oznaczonego od a) do k).*

l) Oświadczenie o niekaralności, zgodnie z załącznikiem do formularza ofertowego;
ł) Aktualne zaświadczenie lekarskie;
m) Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych;
n) Aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP.

2. Brak wymaganych dokumentów, mających potwierdzić wiarygodność Oferenta, złożenie dokumentów w niewłaściwej formie, stanowi podstawę odrzucenia oferty przez Komisję Konkursową.
3. Oferent, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy pod rygorem odmowy jej zawarcia przez *Udzielającego Zamówienia*. Kopia formularza polisy OC ubezpieczeniowej stanowić będzie załącznik do umowy.
4. Oferta może zostać odrzucona także w przypadkach wskazanych w art. 149 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U z 2025r., poz. 1461).
5. W przypadku wyboru oferty złożonej przez pracownika/ków *Udzielającego Zamówienia*, pracownik ten z dniem zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego, nie będzie związany umową o pracę z *Udzielającym Zamówienia*.
6. Wzór oferty zawiera załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.

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

1. Oceny ofert dokonuje Komisja Konkursowa.
2. W pierwszej kolejności sprawdzeniu będzie podlegało spełnienie warunków formalnych.
3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejsze oferty dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
4. Komisja Konkursowa dokonuje porównania złożonych ofert wg ceny oferowanych świadczeń

zdrowotnych, tj.: **wg najniższych zaoferowanych cen w złotych (Cena 100%).**

5. W przypadku, gdy wybrane oferty nie zapewnią wykonania zamówienia, wówczas *Udzielający Zamówienia* ma prawo ogłosić kolejne postępowanie w celu uzupełnienia brakującej części zamówienia.
6. Oferowane ceny jednostkowe brutto wyrażone w złotych wskazane w ofercie powinny zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.
7. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji w sprawie cen zaoferowanych przez *Przyjmującego Zamówienie*.

IX. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI

1. *Przyjmujący Zamówienie* może zwracać się do *Udzielającego Zamówienia* odnośnie wszelkich wątpliwości dotyczących Regulaminu Konkursu Ofert, kierując swoje zapytania najpóźniej na 2 dni przed terminem składania ofert na adres *Udzielającego Zamówienia* tylko na piśmie: pocztą lub pocztą elektroniczną na adres: jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl lub faksem na nr 34 365 17 56. Kontakt: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00. Pytania, które wpłynęły po godzinie 14:00 są traktowane, jakby wpłynęły następnego dnia. Na pytania, które wpłynęły po terminie, *Udzielający Zamówienia* nie ma obowiązku odpowiadać.
2. Pisemne odpowiedzi *Udzielający Zamówienia* umieszcza na stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do dokonania zmiany lub uzupełnienia treści Regulaminu Konkursu Ofert w czasie nie krótszym, niż 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.
4. Informacja o wprowadzonych zmianach zostanie niezwłocznie przekazana wszystkim potencjalnym Oferentom na stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i będzie dla nich wiążąca.
5. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert, bez podania przyczyny, na każdym jego etapie.

X. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

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

Termin składania ofert: 26.08.2026r. do godz. 12:00.

Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.

XI. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

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

XII. INFORMACJE O TRYBIE OTWARCIA OFERT i ICH OCENY

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **26.08.2026r., o godz. 12:15** w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* - Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, **Pawilon D, II piętro pok. 3.02.**

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

- **a.** stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
- **b.** otwiera koperty z ofertami;
- **c.** ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu;
- **d.** odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom konkursu;
- **e.** przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez *Oferentów;*
- **f.** dokonuje analizy ofert i wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert;
- **g.** ogłasza nazwy *Oferentów*, których oferty zostały wybrane.

3. W toku dokonywania oceny złożonych ofert *Udzielający Zamówienia* może żądać udzielenia przez *Oferentów* wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert.

4. Z przebiegu konkursu sporządzony zostanie protokół.

5. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku zamieszczając informację na stronie internetowej Szpitala www.szpitalparkitka.com.pl w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

XIII. PROTESTY I ODWOŁANIA

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnej objętych przedmiotem niniejszego postępowania ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.

3. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

5. Informacje o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na 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 *Udzielającego Zamówienia* w terminie 7 dni od dnia zamieszczenia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

XIV. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

1. *Udzielający Zamówienia* zobowiązany jest zawrzeć, w terminie do 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert z Oferentem, którego oferta jako najkorzystniejsza została wybrana przez Komisję Konkursową, umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania o treści stanowiącej Załącznik Nr 2 do niniejszego Regulaminu oraz uzupełnienie niniejszej umowy, tj.: umowę powierzenia danych osobowych o treści stanowiącej Załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

2. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo prowadzenia negocjacji w sprawie warunków umowy.
3. W przypadku, gdy umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania, nie zostanie zawarta z winy Oferenta, wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie Cywilnym.
4. Oferent nie może powierzyć, bez zgody *Udzielającego Zamówienia*, wykonywania przedmiotu umowy podmiotom lub osobom trzecim niewyłonionym w niniejszym postępowaniu.

XV. TRYB POSTĘPOWANIA

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

1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2026r., poz. 156).
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 – KO/37/2026

Konkurs Ofert
na wykonywanie przez lekarzy specjalistycznych procedur
w Pracowni Hemodynamiki i Pracowni Elektrofizjologii - jednostkach organizacyjnych powiązanych z Klinicznym Oddziałem Kardiologii i Klinicznym Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny z siedzibą w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.

zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej
(tekst jednolity Dz. U. z 2026r., poz. 156).

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 ……..

Nr konta bankowego ……..

Adres e-mail ……

Telefon kontaktowy ……..

1. Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oferujemy/-ję przyjęcie do wykonania zamówienia w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.

2. Proponowane wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne:

	Nazwa świadczenia ***Poniższe świadczenia możliwe do realizacji w przypadku finansowania świadczeń przez NFZ***	**Ryczałt/ poza ryczałtem, /KOS**	**Wynagrodzenie za wykonanie jednej procedury w 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** WSZCZEPIENIE/ WYMIANA ROZRUSZNIKA JEDNOJAMOWEGO	ryczałt	
17	**E32** WSZCZEPIENIE/ WYMIANA ROZRUSZNIKA DWUJAMOWEGO*	ryczałt	
18	**E33** WSZCZEPIENIE/ WYMIANA UKŁADU Z FUNKCJĄ RESYNCHRONIZUJĄCĄ SERCA (CRT)*	ryczałt	
19	**E34** WSZCZEPIENIE/ WYMIANA KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA JEDNO-/ DWUJAMOWEGO*	ryczałt	
20	**E36** WSZCZEPIENIE/ 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	
28	**E46 Carto Prosta**	ryczałt	
29	**E47 Carto Złożona**	ryczałt	
30	**E22F Przezskórna walwuloplastyka - Angioplastyka balonowa zastawki aortalnej BAV**	ryczałt	

Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo rozszerzenia zakresu badań określonych w powyższej tabeli, w związku z realizacją specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie procedur kardiologicznych w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Niniejsze będzie wynikać z bieżących potrzeb, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, a które są konieczne do zapewnienia pacjentom kompleksowej diagnostyki i zniwelowania ograniczeń dostępności do specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz spełnienia nałożonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wymogów.

3. Składam ofertę na zapewnienie ..... godzin w miesiącu w **Pracowni Hemodynamiki/Pracowni Elektrofizjologii.**

Oświadczenia:

1) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, którą akceptujemy.

2) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią „Regulaminu konkursu ofert".

3) Oświadczam, że uważam się związany/a niniejszą ofertą na czas wskazany w „Regulaminie Konkursu Ofert", tj: 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

4) Oświadczam, że zawarte w Regulaminie projekty umów zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.

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

6) Oświadczam, że posiadam doświadczenie i umiejętności w zakresie, jak niżej:

<u>Pracownia Hemodynamiki/Pracownia Elektrofizjologii*</u>

- **a)** Posiadanie uprawnień samodzielnego operatora według kryteriów AISN;
- **b)** Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie zabiegów kardiologii interwencyjnej;
- **c)** Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie wykonywania śródnaczyniowej oceny zwężeń wieńcowych (IVUS, FFR);
- **d)** Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie implantacji i kontroli urządzeń wszczepialnych (stymulatory, ICD, CRT);
- **e)** Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie wykonywania zabiegów ablacji podłoża arytmii, w tym przy użyciu systemu elektroanatomicznego;
- **f)** Umiejętność odbarczenia tamponady serca, założenia elektrody czasowej, wkłuć centralnych, wspomagania krążenia- IABP;
- **g)** Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w systemie AMMS, oraz obsługi systemów telemonitoringu;
- **h)** Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie implantacji i kontroli urządzeń wszczepialnych (stymulatory, ICD, CRT);
- **i)** Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie wykonywania zabiegów ablacji podłoża arytmii, w tym przy użyciu systemu elektroanatomicznego;
- **j)** Umiejętność odbarczenia tamponady serca, założenia elektrody czasowej, wkłuć centralnych;
- **k)** Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w systemie AMMS;

**wskazać umiejętności i doświadczenie z przedziału punktowego oznaczonego od a) do k).*

Do oferty dołączam wymagane dokumenty, tj.:

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

<u>Pracownia Hemodynamiki/Pracownia Elektrofizjologii*</u>

a) Posiadanie uprawnień samodzielnego operatora według kryteriów AISN;
b) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie zabiegów kardiologii interwencyjnej;
c) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie wykonywania śródnaczyniowej oceny zwężeń wieńcowych (IVUS, FFR);
d) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie implantacji i kontroli urządzeń wszczepialnych (stymulatory, ICD, CRT);
e) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie wykonywania zabiegów ablacji podłoża arytmii, w tym przy użyciu systemu elektroanatomicznego;
f) Umiejętność odbarczenia tamponady serca, założenia elektrody czasowej, wkłuć centralnych, wspomagania krążenia- IABP;
g) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w systemie AMMS, oraz obsługi systemów telemonitoringu;
h) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie implantacji i kontroli urządzeń wszczepialnych (stymulatory, ICD, CRT);
i) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w zakresie wykonywania zabiegów ablacji podłoża arytmii, w tym przy użyciu systemu elektroanatomicznego;

j) Umiejętność odbarczenia tamponady serca, założenia elektrody czasowej, wkłuć centralnych;
k) Umiejętności i wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w systemie AMMS;

**wskazać umiejętności i doświadczenie, które posiadam z przedziału punktowego oznaczonego od a) do k)*

l) Oświadczenie o niekaralności, zgodnie z załącznikiem do formularza ofertowego;
ł) Aktualne zaświadczenie lekarskie;
m) Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych;
n) Aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP.

…….. dnia ……. ……

/Miejscowość/ **/data/** **/Pieczątka i podpis Oferenta/**

** jeśli dotyczy*

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**	**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.												
2.												
3.												
4.												
.....												

.....

Podpis

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