KO/74/2025 Częstochowa, dnia 19.11.2025r.

Regulamin Konkursu Ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie reumatologii w Poradni Reumatologii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
w obiekcie przy ul. PCK 7

I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

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

II. PRZEDMIOT KONKURSU

1. Przedmiotem postępowania jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Poradni Reumatologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w obiekcie przy ul. PCK 7, przez lekarza specjalistę w dziedzinie reumatologii (II°),** na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie Konkursu Ofert i w zawieranej umowie.

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

3. *Udzielający Zamówienia* zapewnia sprzęt, aparaturę oraz pomieszczenia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w **Poradni Reumatologii w obiekcie przy ul. PCK 7.**

4. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **od dnia zawarcia umowy na okres 36 m-cy.**

5. Udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych następować będzie **w Poradni Reumatologii zlokalizowanej w Częstochowie przy ul. PCK 7, w łącznym wymiarze nie mniejszym niż średnio około 4 godziny tygodniowo, tj.: 16 godzin miesięcznie.**

6. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych obejmuje świadczenia objęte umową zawartą pomiędzy *Udzielającym Zamówienia*, a Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami finansującymi świadczenia i obejmują świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

7. Udzielanie świadczeń powinno odbywać się zgodnie z harmonogramem czasu pracy zgłoszonym przez Szpital do Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez Portal Świadczeniodawcy.

8. Szczegółowy harmonogram pracy Poradni, zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, zostanie uzgodniony po zawarciu umowy.

9. Plan rzeczowo-finansowy w zakresie reumatologii do wglądu w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* – Dział Kontraktów Medycznych.

10. Przedstawiciel *Udzielającego Zamówienie* uprawniony do bezpośredniego kontaktowania się z *Oferentami* w sprawie przedmiotu postępowania: Pani Justyna Lewandowska, Kierownik Działu Lecznictwa, tel. 34 367 37 14.

III. ZASADY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE.

1. Wykonywanie zamówienia na wymaganym przepisami poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy, sztuki medycznej oraz etyki zawodowej, obowiązującymi przepisami prawa, warunkami niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert, postanowieniami umowy, przy zachowaniu najwyższej staranności w wykonywanej pracy na rzecz *Udzielającego Zamówienia.*

2. Wydawanie orzeczeń lekarskich, e-skierowań, opinii i zaświadczeń, w tym e-zaświadczeń o niezdolności do pracy, e-recept, wymaganych w podmiotach leczniczych przez obowiązujące w tym zakresie przepisy prawa.

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

IV. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE.

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* wykonujący działalność leczniczą wymienioną w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2025r. poz. 450 ze zm.), którzy spełniają następujące warunki udziału w postępowaniu:

a) posiadają uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia i wykonują działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia,
b) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia oraz posiadają niezbędne kwalifikacje, tj.: II stopień specjalizacji w dziedzinie reumatologii.

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

3. Posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie w prowadzeniu działalności objętej konkursem, oraz posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia.

4. Posiadają polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń

zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

5. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia do ochrony danych osobowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, niezależnie od sposobu, w jaki wszedł w ich posiadanie, w szczególności ustawy o ochronie danych osobowych, tj.: Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r. poz. 1781) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/676 z 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s 1) – RODO oraz ustawy o prawach pacjenta i rzecznika praw pacjenta.

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

V. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Termin realizacji zamówienia: od dnia zawarcia umowy na okres 36 miesięcy.

VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Rodzaj Konkursu: otwarty.

2. Forma składania ofert: pisemna.

3. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty, zgodnie z przyjętym kryterium oceny ofert: **cena 100% - najniższe stawki procentowe za udzielanie świadczeń zdrowotnych.**

4. Cena oferty zostanie obliczona jako średnia arytmetyczna cen (stawek %) jednostkowych.

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

VII.OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, napisana czytelnym pismem ręcznym przy użyciu nieścieralnego atramentu, komputerowo lub na maszynie i podpisana przez osobę/osoby uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu *Oferenta.*

2. Oferta winna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności, tzn. każdy dokument należy sygnować oryginalnym podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania *Oferenta* na zewnątrz.

3. Oferta powinna zawierać stawki procentowe za udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.

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

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

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

„Konkurs Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę
w dziedzinie reumatologii
w Poradni Reumatologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w obiekcie przy ul. PCK 7
Nie otwierać przed terminem otwarcia ofert,
tj.: do dnia 27.11.2025r., do godz. 11:30 - postępowanie nr KO/74/2025"
z podaniem nazwy i adresu Oferenta.

7. 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.

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

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

VIII. INFORMACJE O OFERCIE

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

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

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

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

Rejestru Sądowego, wydrukowane nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,

d) Dyplom lekarza,

e) Prawo wykonywania zawodu,

f) Dokument wskazujący na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji, tj.: II stopień specjalizacji w dziedzinie reumatologii,

g) Aktualne zaświadczenie lekarskie,

h) Aktualne zaświadczenie o odbytym kursie BHP, zgodnie z zajmowanym stanowiskiem,

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

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

k) Informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających określone świadczenia zdrowotne, tj.: wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego,

l) Oferowaną kwotę należności za realizację zamówienia, z podaniem wartości w % brutto,

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

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

W przypadku braku polisy OC *Oferent* może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.

Oferent, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy pod rygorem odmowy jej zawarcia przez *Udzielającego Zamówienia*. Kopia formularza polisy OC ubezpieczeniowej stanowić będzie załącznik do umowy.

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

2. Brak choćby jednego z wymaganych dokumentów mających potwierdzić wiarygodność *Przyjmującego Zamówienie* lub złożenie dokumentów w niewłaściwej formie (np. kserokopie niepotwierdzone „za zgodność z oryginałem", brak podpisu osoby uprawnionej

do reprezentowania *Przyjmującego Zamówienie*) stanowi podstawę wezwania oferenta przez Komisję do usunięcia braków w wyznaczonym terminie, pod rygorem odrzucenia oferty.

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

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

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

1. Oceny ofert dokonuje Komisja Konkursowa.

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

3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejszą ofertę dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

4. Najniższa cena brutto zostanie obliczona jako średnia arytmetyczna z zaoferowanych stawek procentowych.

6. Oferowane ceny jednostkowe wyrażone w % brutto 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 (wyrażonych w %) zaoferowanych przez *Przyjmującego Zamówienie* w przypadku złożenia dwóch lub więcej równorzędnych ofert.

X. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI

1. *Oferent* może zwracać się do *Udzielającego Zamówienia* odnośnie wszelkich wątpliwości dotyczących Regulaminu Konkursu Ofert kierując swoje zapytania najpóźniej na 2 dni przed terminem składania ofert na adres *Udzielającego Zamówienia* tylko na piśmie lub pocztą elektroniczną (jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl), kontakt od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00. Pytania, które wpłyną do *Udzielającego Zamówienia* po godz. 14:00, traktowane są jakby wpłynęły w dniu następnym. Kontakt: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00. Na pytania, które wpłyną po terminie, *Udzielający Zamówienia* nie ma obowiązku odpowiadać.

2. Pisemne odpowiedzi *Udzielający Zamówienia* umieszcza na stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści Regulaminu Konkursu Ofert w czasie nie krótszym niż 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.

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

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

XI. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Najświętszej Maryi Panny
42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/118,
Kancelaria pok. 3.42 (II piętro) Pawilon D
Termin składania ofert: 27.11.2025r. do godz. 11:00
Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona *Oferentowi* bez otwierania.

XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

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

XIII. INFORMACJE O TRYBIE OTWARCIA OFERT I ICH OCENY

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **27.11.2025r. o godz. 11:30** w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* – Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, **Pawilon D, II piętro pok. 3.02.**

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

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

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

4. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, *Udzielający Zamówienia* może przyjąć tę ofertę, jeżeli Komisja Konkursowa stwierdzi, że

z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

5. Z przebiegu konkursu sporządzony zostanie protokół.

6. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadomi *Oferentów* o zakończeniu konkursu i jego wyniku na stronie internetowej *Udzielającego Zamówienia*: www.szpitalparkitka.com.pl w zakładce *konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.*

XIV. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE.

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

2. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo prowadzenia negocjacji w sprawie warunków umowy.

3. W przypadku, gdy umowa na świadczenia zdrowotne nie zostanie zawarta z winy *Oferenta* wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody wg uregulowań zawartych w Kodeksie Cywilnym.

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

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

XV. <u>PROTESTY I ODWOŁANIA</u>

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

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

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

4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

5. Informacje o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej *Udzielającego Zamówienia* –Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.

6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

7. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

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

XVI. <u>TRYB POSTĘPOWANIA</u>

Postępowanie prowadzone zgodnie z przepisami:

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

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

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

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY - KO/74/2025
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w Poradni Reumatologii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
w obiekcie przy ul. PCK 7

NAZWA OFERENTA

……..

ADRES:

ulica ……..... nr ……..

Kod pocztowy : …… Miejscowość: ……..

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

……

Nr wpisu do rejestru:

……

RODZAJ I STOPIEŃ SPECJALIZACJI ……..

NIP ……..

REGON ……..

PESEL* ……..

Nr konta bankowego ……..

Telefon kontaktowy: ……..

Adres e-mail: ……@……

***** *jeśli dotyczy*

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

2) Przedmiotem oferty jest udzielenie świadczeń zdrowotnych **w Poradni Reumatologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w obiekcie przy ul. PCK 7.**

3) Termin świadczenia usług: **od dnia zawarcia umowy na okres 36 miesięcy.**

4) Oferuję wykonanie zamówienia za niżej wymienioną cenę:

a) **……..% brutto** 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 w danym okresie rozliczeniowym – **za wykonane świadczenia zdrowotne niezawierające procedur badań densytometrii**. Do obliczenia wartości wykonanej procedury nie stosuje się współczynnika Q05- COBJwDL - Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ + świadectwo wydane przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej (COBJwDL) w zakresie chemii klinicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu.

b) **……..% brutto** 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 w danym okresie rozliczeniowym – **za wykonane świadczenia zdrowotne zawierające procedury badań densytometrii**. Do obliczenia wartości wykonanej procedury nie stosuje się współczynnika Q05- COBJwDL - Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ + świadectwo wydane przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej (COBJwDL) w zakresie chemii klinicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu.

c) **…….. % brutto** ceny za punkt, określony przez NFZ, przyjętej do rozliczeń świadczeń zdrowotnych wykonanych w Poradni Reumatologicznej.

5) Składam ofertę na nie mniej niż średnio około …… **godzin w tygodniu.**

HARMONOGRAM
PRACY LEKARZA W PORADNI REUMATOLOGII

	…… (imię i nazwisko lekarza)
poniedziałek	
wtorek	
środa	
czwartek	

piątek	

Do oferty dołączam wymagane dokumenty:

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

b) wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej (CEIDG), potwierdzający aktywny status prowadzonej działalności gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,

c) prawo wykonywania zawodu,

d) dyplom lekarza,

e) dokument wskazujący na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji, tj.: II stopień specjalizacji w dziedzinie reumatologii,

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

g) aktualne zaświadczenie lekarskie,

h) aktualne zaświadczenie o odbytym kursie BHP, zgodnie z zajmowanym stanowiskiem,

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

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

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

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

W przypadku braku polisy OC *Oferent* może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.

Oferent, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy pod rygorem odmowy jej zawarcia przez *Udzielającego zamówienia*. Kopia formularza polisy OC ubezpieczeniowej stanowić będzie załącznik do umowy.

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

Jednocześnie oświadczam, że:

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

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

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

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

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

f) Oświadczam, że w przypadku gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, zobowiązuję się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

…… ……

Miejscowość, data *Podpis i pieczęć Oferenta*

Załącznik do formularza ofertowego

…… dnia …….

OŚWIADCZENIE

…….

Imię i nazwisko lekarza

Oświadczam, że:

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

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

…….

Podpis

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.												

Data, pieczątka, podpis Oferenta
