

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych  
w Rzeszowie, ul. Krakowska 16**

## **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:**

**dla SP ZOZ MSW w Rzeszowie:**

- 1. udzielanie świadczeń lekarskich w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Przychodni w Rzeszowie*
- 2. pełnienie dyżurów lekarskich w Izbie Przyjęć Szpitala MSW w Rzeszowie*

**dla Przychodni w Krośnie:**

- 3. udzielanie świadczeń lekarskich w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Przychodni w Krośnie*

Rzeszów, dnia 08.04.2013 r.

.....  
(podpis Dyrektora)

## **I. Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

dla SP ZOZ MSW w Rzeszowie:

1. udzielanie świadczeń lekarskich w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Przychodni w Rzeszowie
2. pełnienie dyżurów lekarskich w Izbie Przyjęć Szpitala MSW w Rzeszowie

dla Przychodni w Krośnie:

3. udzielanie świadczeń lekarskich w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Przychodni w Krośnie

## **II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia**

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.05.2013 r.** do **30.04.2014 r.**

## **III. Warunki przystąpienia do konkursu**

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każdy pakiet osobno.
3. Niemożliwe jest składanie ofert częściowych w ramach pakietów.
4. Miejscem wykonywania świadczeń będzie siedziba Zamawiającego (pkt 1-2).
5. Miejscem wykonywania świadczeń będzie Przychodnia w Krośnie (pkt 3).

## **IV. Opis sposobu przygotowania oferty**

1. Oferent sporządza ofertę zgodnie z wymogami określonymi w niniejszej specyfikacji. Ofertę można złożyć na drukach załączonych do niniejszej specyfikacji (załącznik nr 1).
2. Druki, które należy wypełnić i podpisać (wyłącznie przez osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta):
  - 1) oferta zawierająca:
    - wypełniony formularz cenowy,
    - wypełnione oświadczenie o zapoznaniu się i akceptacji treści ogłoszenia, warunków konkursu ofert oraz wzoru umowy,
  - 2) kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej,
  - 3) dyplom ukończenia studiów medycznych,
  - 4) aktualne prawo wykonywania zawodu medycznego,
  - 5) dyplom specjalizacji (jeżeli posiada),
  - 6) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe,
  - 7) zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich/podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli posiada),
  - 8) wpis do ewidencji działalności gospodarczej/wypis z KRS (jeżeli posiada),
  - 9) zaświadczenie lekarskie,
  - 10) potwierdzenie nadania NIP,
  - 11) potwierdzenie nadania REGON (jeżeli posiada).

Dokumenty należy złożyć w odpisach lub kserokopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Oferenta.

**Uwaga: Wyciąg z aktu prawnego o wpisie dotyczącym wpisu do działalności jednostki winien odzwierciedlać stan faktyczny na dzień złożenia oferty.**

#### **V. Forma przygotowania i składania ofert**

1. Ofertę należy złożyć na załączonych drukach (lub na ich podstawie) wypełniając je pismem maszynowym lub drukowanym.
2. Ofertę i wszystkie wymagane dokumenty należy sporządzić w języku polskim z wyłączeniem pojęć medycznych.
3. Każdy dokument należy sygnować oryginalnym podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania firmy na zewnątrz, natomiast strony należy zaparafować. Parafowane muszą być wszystkie miejsca, w których Oferent naniósł zmiany.
4. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zapieczętowanej kopercie i opatrzyć następującymi danymi:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW  
35-111 Rzeszów ul. Krakowska 16  
konkurs ofert w zakresie... (podać rodzaj świadczenia zdrowotnego)**

#### **VI. Miejsce i termin składania ofert**

Ofertę należy złożyć w Sekretariacie Zamawiającego:

1. **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16** najpóźniej do dnia **18.04.2013 r.** do godz. **11.45.**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

#### **VII. Termin otwarcia złożonych ofert**

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dniu **18.04.2013r.** o godz. **12.00** w siedzibie Zamawiającego tj. w **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSW 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16.**
2. Dalsze czynności w Komisji odbędą się bez udziału Oferentów.

#### **VIII. Wybór Oferenta i ogłoszenie wyniku konkursu**

1. Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty w oparciu o złożoną dokumentację oraz informacje zawarte w formularzu ofertowym, w szczególności oceniając cenę.
2. Zamawiający udzieli zamówienia Oferentowi, którego oferta odpowiadać będzie warunkom zamówienia, a także zostanie uznana za najkorzystniejszą.
3. Komisja może nie przyjąć ofert, których cena przewyższa kwotę przeznaczoną na finansowanie Zamówienia.
4. Zamawiający niezwłocznie powiadomi o wyniku konkursu podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko i siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany.

## **IX. Związanie oferta**

Składający ofertę jest nią związany przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

## **X. Istotne warunki umowy**

### **Ubezpieczenie OC**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone ubezpieczonym w związku z udzieleniem bądź zaniechaniem udzielenia świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert obejmujące przypadki przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażeń wirusem HIV i WZW na czas trwania umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do utrzymania ważnego ubezpieczenia i jego zakresu oraz sumy ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do złożenia Zamawiającemu kopii polisy ubezpieczeniowej.

.....  
Pieczęć nagłówkowa Oferenta

Załącznik nr 1

**OFERTA KONKURSOWA**  
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych

.....  
(przedmiot oferty)

dla potrzeb .....

I. Dane o ofercie:

	<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu:</b>	
<b>Adres</b>	Kod pocztowy:	
	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr domu/nr mieszkania:	
Telefon:		
<b>Nr wpisu do rejestru:</b>		
<b>Organ dokonujący wpisu:</b>		
<b>NIP:</b>		
<b>REGON:</b>		
<b>Nazwa banku:</b>		
<b>Numer rachunku bankowego:</b>		

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

## XI Proponowany zakres świadczeń zdrowotnych i cena

- **Udzielanie świadczeń lekarskich w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Przychodni w Rzeszowie**

Cena brutto:

za jednego podopiecznego zweryfikowanego przez NFZ

- od 0 do 6 roku życia - .....zł
- od 7 do 19 roku życia - .....zł
- od 20 do 65 roku życia - .....zł
- powyżej 65 roku życia - .....zł
- dla osoby, której udzielono porady w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia - .....zł
  
- świadczenia zdrowotne udzielane obywatelom Unii Europejskiej uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, legitymujących się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego lub formularzem Serii E - .....zł/porada
- świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym spoza terenu Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ - .....zł/porada
- świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom innych lekarzy POZ w czasie ich nieobecności - .....zł/porada

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

- **Pełnienie dyżurów lekarskich w Izbie Przyjęć Szpitala MSW w Rzeszowie**

Cena brutto (lekarze bez specjalizacji):

a) za godzinę pełnienia dyżuru - .....zł/godz.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

- **Pełnienie dyżurów lekarskich w Izbie Przyjęć Szpitala MSW w Rzeszowie**

Cena brutto (lekarze z II st. specjalizacji):

a) za godzinę pełnienia dyżuru - .....zł/godz.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę



- **Udzielanie świadczeń lekarskich w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Przychodni w Krośnie**

Cena brutto:

za jednego podopiecznego zweryfikowanego przez NFZ

- od 0 do 6 roku życia - .....zł
- od 7 do 19 roku życia - .....zł
- od 20 do 65 roku życia - .....zł
- powyżej 65 roku życia - .....zł
- dla osoby, której udzielono porady w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia - .....zł
  
- świadczenia zdrowotne udzielane obywatelom Unii Europejskiej uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, legitymujących się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego lub formularzem Serii E - .....zł/porada
- świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym spoza terenu Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ - .....zł/porada
- świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom innych lekarzy POZ w czasie ich nieobecności - .....zł/porada

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

- **Udzielanie świadczeń lekarskich w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Przychodni w Krośnie**

Cena brutto:

za jednego podopiecznego zweryfikowanego przez NFZ

- od 0 do 6 roku życia - .....zł
- od 7 do 19 roku życia - .....zł
- od 20 do 65 roku życia - .....zł
- powyżej 65 roku życia - .....zł
- dla osoby, której udzielono porady w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia - .....zł
- Dom Pomocy Społecznej - .....zł
  
- świadczenia zdrowotne udzielane obywatelom Unii Europejskiej uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, legitymujących się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego lub formularzem Serii E - .....zł/porada
- świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym spoza terenu Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ - .....zł/porada
- świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom innych lekarzy POZ w czasie ich nieobecności - .....zł/porada

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

***Oświadczenie***

*Oświadczam, że zapoznałem(łam) się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert oraz wzór umowy.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę