

## SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:

*dla potrzeb Poradni Badań Profilaktycznych w Mielcu:*

1. wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę medycyny pracy

*dla potrzeb Poradni Badań Profilaktycznych w Przemysłu:*

2. wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę medycyny pracy

*dla potrzeb Poradni Badań Profilaktycznych w Dębicy:*

3. wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę medycyny pracy

*dla potrzeb Poradni Badań Profilaktycznych w Sanoku:*

4. wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę medycyny pracy

Rzeszów, dnia 17.05.2013 r.

Oprac.: Aleksandra Filip

.....  
(podpis Dyrektora)

## **Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

### ***dla potrzeb Poradni Badań Profilaktycznych w Mielcu:***

1. wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę medycyny pracy

### ***dla potrzeb Poradni Badań Profilaktycznych w Przemysłu:***

2. wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę medycyny pracy

### ***dla potrzeb Poradni Badań Profilaktycznych w Dębicy:***

3. wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę medycyny pracy

### ***dla potrzeb Poradni Badań Profilaktycznych w Sanoku:***

4. wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę medycyny pracy

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

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.06.2013 r.** do **30.06.2014 r.**

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

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych jest Poradnia Badań Profilaktycznych SP ZOZ MSW w Mielcu (pkt 1).
3. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych jest Poradnia Badań Profilaktycznych SP ZOZ MSW w Przemysłu (pkt 2).
4. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych jest Poradnia Badań Profilaktycznych SP ZOZ MSW w Dębicy (pkt 3).
5. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych jest Poradnia Badań Profilaktycznych SP ZOZ MSW w Sanoku (pkt 4).
6. Zamawiający dopuszcza wykonywanie przedmiotu zamówienia przez dwie pielęgniarki medycyny pracy (dot. pkt. 2).

## **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 szkoły medycznej/studiów medycznych,
  - 4) aktualne prawo wykonywania zawodu medycznego,
  - 5) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe,
  - 6) zaświadczenie lekarskie,
  - 7) potwierdzenie nadania NIP.

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 **27.05.2013 r.** do godz. **11.30.**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

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

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dniu **27.05.2013r.** o godz. **11.45** w siedzibie Udzielającego Zamówienia 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 ofertą**

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 Udzielającemu Zamówienia 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**

- **Wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę medycyny pracy dla potrzeb Poradni Badań Profilaktycznych w .....**

Cena brutto:

.....zł/miesiąc

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis 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