

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:

dla SP ZOZ MSW w Rzeszowie:

- 1. pełnienie dyżurów lekarskich w Izbie Przyjęć Szpitala MSW,*
- 2. pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Kardiologicznym Szpitala MSW,*
- 3. wykonywanie badań i orzeczeń lekarskich z zakresu medycyny pracy,*
- 4. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa na rzecz hospitalizowanych pacjentów Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej oraz konsultacji psychologicznych dla potrzeb pozostałych oddziałów Szpitala MSW w Rzeszowie,*

Rzeszów, dnia 24.03.2014 r.

.....  
(podpis Dyrektora)

Oprac.: Aleksandra Filip

## **I. Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**dla SP ZOZ MSW w Rzeszowie:**

- 1. pełnienie dyżurów lekarskich w Izbie Przyjęć Szpitala MSW,*
- 2. pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Kardiologicznym Szpitala MSW,*
- 3. wykonywanie badań i orzeczeń lekarskich z zakresu medycyny pracy,*
- 4. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa na rzecz hospitalizowanych pacjentów Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej oraz konsultacji psychologicznych dla potrzeb pozostałych oddziałów Szpitala MSW w Rzeszowie,*

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

Umowy zostaną zawarte na okres

- pkt. 1, 3, 4 od **01.05.2014 r.** do **30.04.2015 r.**
- pkt. 2 od **01.07.2014 r.** do **28.02.2015 r.**

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

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Miejscem wykonywania świadczeń będzie siedziba Oferenta.
3. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każdy pakiet osobno.
4. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych w ramach pakietu.
5. Zamawiający dopuszcza możliwość wykonywania punktu nr 1 zamówienia łącznie przez dziesięć podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 5), osoby wykonujące zawód medyczny (zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2).
6. Zamawiający dopuszcza możliwość wykonywania punktu nr 2 zamówienia przez jeden podmiot wykonujący działalność leczniczą (zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 5) lub osobę wykonującą zawód medyczny (zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2).
7. Zamawiający dopuszcza możliwość wykonywania punktu nr 3 zamówienia łącznie przez trzy podmioty wykonujące działalność leczniczą (zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 5) i/lub osoby wykonujące zawód medyczny (zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2).
8. Zamawiający dopuszcza możliwość wykonywania punktu nr 4 zamówienia łącznie przez dwa podmioty wykonujące działalność leczniczą (zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 5) i/lub osoby wykonujące zawód medyczny (zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2).
9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej oraz konsultacji psychologicznych dla pozostałych oddziałów Szpitala MSW przez psychologa lub psychologa posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna (pkt. 4).

## **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) – dotyczy wszystkich przystępujących do postępowania konkursowego bez względu na charakter prawny działalności:
  - 1) oferta zawierająca:
    - wypełniony formularz cenowy,
    - wypełnione oświadczenie o zapoznaniu się i akceptacji treści ogłoszenia, warunków konkursu ofert oraz wzoru umowy (załącznik nr 2),

Pozostałe wymagane dokumenty zależne od przedmiotu zamówienia:

- 1) kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej,
- 2) dyplom ukończenia studiów medycznych (jeżeli posiada),
- 3) aktualne prawo wykonywania zawodu medycznego (jeżeli posiada),
- 4) dyplom specjalizacji (jeżeli posiada),

- 5) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe,
- 6) zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich/podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli posiada),
- 7) wpis do ewidencji działalności gospodarczej (jeżeli posiada),
- 8) zaświadczenie lekarskie,
- 9) potwierdzenie nadania NIP,
- 10) potwierdzenie nadania REGON (jeżeli posiada).

**Uwaga:** W przypadku zawarcia umowy zlecenie przez osobę fizyczną nie prowadzącą działalności gospodarczej należy złożyć oświadczenie do umowy zlecenie, który stanowi załącznik nr 3.

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 czytelnym 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 Kancelarii Zamawiającego:

1. **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16** najpóźniej do dnia **04.04.2014 r.** do godz. **11.00.**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

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

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dniu **04.04.2014 r.** o godz. **11.15** 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. Przewidywany termin rozstrzygnięcia konkursu ofert**

1. Przewidywany termin rozstrzygnięcia konkursu ofert to **18.04.2014 r.**
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, przesunięcia terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert bez podania przyczyny.

#### **IX. 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.

## **X. Związanie ofertą**

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

## **XI. Istotne warunki umowy**

### **Ubezpieczenie OC**

1. Oferent 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. Oferent zobowiązany jest do utrzymania ważnego ubezpieczenia i jego zakresu oraz sumy ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
3. Oferent 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

**XII. Proponowany zakres świadczeń zdrowotnych i cena**

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

Cena brutto

– 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

- za godzinę pełnienia dyżuru przez lekarza bez specjalizacji lub z I st. specjalizacji - .....zł/godz.
- za godzinę pełnienia dyżuru przez lekarza z II st. specjalizacji - .....zł/godz.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

• **Pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Kardiologicznym Szpitala MSW w Rzeszowie**

Cena brutto

- za godzinę pełnienia dyżuru w dni powszednie - .....zł/godz.
- za godzinę pełnienia dyżuru w soboty, dni wolne od pracy i święta - .....zł/godz.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę



• **Wykonywanie badań i orzeczeń lekarskich z zakresu medycyny pracy**

Cena brutto:

- za badanie profilaktyczne - .....zł/badanie
- za badanie kierowcy - .....zł/badanie
- za badanie osoby ubiegającej się lub posiadającej broń - .....zł/badanie
- za badanie osoby ubiegającej się lub posiadającej wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej - .....zł/badanie
- za badanie - kwalifikacja do wykonywania szczepień ochronnych - .....zł/badanie
- za badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych - .....zł/badanie
- za badanie profilaktyczne pracowników SP ZOZ MSW - .....zł/badanie
- za udział w komisji BHP - .....zł/wyjazd

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

- **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa na rzecz hospitalizowanych pacjentów Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej oraz konsultacji psychologicznych dla potrzeb pozostałych oddziałów Szpitala MSW w Rzeszowie**

Cena brutto:

– za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych - ..... zł/godz.

.....  
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

**Dane dotyczące osoby wykonującej umowę-zlecenie:**

Nazwisko:..... Nazwisko rodowe:.....

Imiona: 1..... 2.....

Data urodzenia:..... Miejsce urodzenia:.....

PESEL:..... NIP :.....

Obywatelstwo: ..... Oddział NFZ .....

Urząd skarbowy:..... Nazwa banku:.....

nr konta bankowego : ..... Telefon nr: .....

**Adres zameldowania:**

Miejscowość:..... kod pocztowy: ..... poczta: .....

Ulica:..... nr domu:..... nr mieszkania:.....

Województwo:..... Powiat: .....Gmina:.....

**Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż adres zameldowania):**

Miejscowość:..... kod pocztowy: ..... poczta: .....

Ulica:..... nr domu:..... nr mieszkania:.....

Województwo:..... Powiat: .....Gmina:.....

**Oświadczenie do umowy-zlecenie  
w celu sporządzenia zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych ZUS****Oświadczam, że:**1. *jestem* / *nie jestem*\* równocześnie zatrudniony na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej w:.....  
(nazwa i adres)

a wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

 co najmniej minimalne wynagrodzenie  mniej niż minimalne wynagrodzenie2. *jestem* / *nie jestem*\* jednocześnie już ubezpieczony jako osoba wykonująca: umowę zlecenie lub agencyjną  pracę nakładczą

zawartą u innego Zleceniodawcy .....

(nazwa i adres)

3. *prowadzę* / *nie prowadzę*\* pozarolniczą działalność gospodarczą .....

(nazwa i adres)

i z tego tytułu odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne

4. *podlegam*\*/ *nie podlegam*\* ubezpieczeniu społecznemu rolników i opłacam składki na KRUS5. *jestem* / *nie jestem*\* już ubezpieczony z innych tytułów wyżej wymienionych:.....  
(określić tytuł ubezpieczenia, nazwę i adres)6. *jestem* / *nie jestem*\* uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłem 26 lat.....  
(nazwa i adres szkoły / uczelni wyższej, wydział)7. *pozostaję* / *nie pozostaję*\* w rejestrze bezrobotnych i *pobieram*\* / *nie pobieram*\* zasiłek dla osób bezrobotnych8. *przebywam* / *nie przebywam*\* na urlopie  macierzyńskim  wychowawczym od ..... do.....9. *jestem* / *nie jestem*\*  emerytem  rencistą (nr świadczenia i kto wypłaca):

.....

10. *posiadam* / *nie posiadam*\* orzeczeniu o niepełnosprawności w stopniu:  lekkim  umiarkowanym  znacznym11. *wnoszę* / *nie wnoszę*\* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym12. *wnoszę* / *nie wnoszę*\* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

*Oświadczam, że wszystkie wymienione informacje są zgodne ze stanem faktycznym.*

*Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia uprzedzę Zleceniodawcę na piśmie. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia zobowiązuję się pokryć z własnych środków.*

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych w celach związanych z wykonywaną umową-zlecenie/umową o dzieło.*

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Oferenta)

Uwagi:           \* niepotrzebne skreślić;            zaznaczyć krzyżykiem właściwy kwadrat