

## SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:

dla potrzeb SP ZOZ MSW w Rzeszowie:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Poradni Chirurgii Ogólnej,
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Kardiologicznej,
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Okulistycznej,
4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Diabetologicznej,
5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Dermatologicznej,
7. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Położniczo-Ginekologicznej,
8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Urologicznej,
9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Chorób Płuc,
10. Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Endoskopii Zabiegowej oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej,
11. Pełnienie dyżurów w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
12. Pełnienie dyżurów w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Endoskopii Zabiegowej,
13. Pełnienie dyżurów w Oddziale Kardiologicznym,
14. Pełnienie dyżurów w Oddziale Chorób Wewnętrznych,
15. Pełnienie dyżurów w Oddziale Neurologicznym.

Rzeszów, dnia 22.01.2015 r.

.....  
(podpis Dyrektora)

Oprac.: P.Kotelnicki

## **Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**dla potrzeb SP ZOZ MSW w Rzeszowie:**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Poradni Chirurgii Ogólnej,
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Kardiologicznej,
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Okulistycznej,
4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Diabetologicznej,
5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Dermatologicznej,
7. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Położniczo-Ginekologicznej,
8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Urologicznej,
9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Poradni Chorób Płuc,
10. Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Endoskopii Zabiegowej oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej,
11. Pełnienie dyżurów w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
12. Pełnienie dyżurów w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Endoskopii Zabiegowej,
13. Pełnienie dyżurów w Oddziale Kardiologicznym,
14. Pełnienie dyżurów w Oddziale Chorób Wewnętrznych,
15. Pełnienie dyżurów w Oddziale Neurologicznym.

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

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.03.2015 r.** do **29.02.2016 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 pakietu.
4. Miejscem wykonywania świadczeń będzie siedziba Zamawiającego.
5. Lekarze dyżurujący na Oddziale Neurologicznym zapewniają w czasie dyżuru opiekę nad pacjentami w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej na wezwanie pielęgniarki dyżurnej lub w uzgodnieniu z ordynatorem/asystentem Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej.
6. W Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Endoskopii Zabiegowej pełnione są również dyżury pod telefonem.

## **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,
- 3) aktualne prawo wykonywania zawodu medycznego,
- 4) dyplom specjalizacji (w przypadku trwania specjalizacji – karta szkolenia specjalizacyjnego),
- 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).

W przypadku zawarcia umowy zlecenie przez osobę fizyczną nie prowadzącą działalności gospodarczej należy złożyć oświadczenie do umowy zlecenie, który stanowi załącznik nr 3 (dotyczy punktów zamówienia nr 1-11)

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 **30.01.2015 r.** do godz. **9.00.**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

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

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dniu **30.01.2015 r.** o godz. **9.15** 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 **05.02.2014 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

**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**

- **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Poradni Przychodni w Rzeszowie .....**

Cena brutto:

- a) za poradę leczniczą – wg zasad kontraktowania przez NFZ - ..... zł/pkt
- b) za konsultację oddziałową - ..... zł/konsultacja
- c) za poradę pełnopłatną - ..... zł/porada
- d) za poradę dla potrzeb medycyny pracy i WKL - ..... zł/porada

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

- **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Poradni Dermatologicznej Przychodni w Rzeszowie**

Cena brutto:

a) za poradę leczniczą – wg zasad kontraktowania przez NFZ - ..... zł/pkt

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

- **Udzielanie specjalistycznych świadczeń lekarskich w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym Szpitala MSW w Rzeszowie oraz Poradni Chirurgii Ogólnej Przychodni MSW w Rzeszowie godzinach normalnej ordynacji lekarskiej**

Cena brutto:

- a) za godzinę udzielania specjalistycznych świadczeń lekarskich - ..... zł/godzina  
w Oddziale Chirurgii Ogólnej oraz Poradni Chirurgii Ogólnej  
w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę



- **Pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala MSW w Rzeszowie**

Cena brutto:

a) za godzinę pełnienia dyżuru w dni powszednie - .....zł/godz.

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

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

- **Pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Endoskopii Zabiegowej Szpitala MSW w Rzeszowie**

Cena brutto:

- a) za godzinę pełnienia dyżuru w dni powszednie - .....zł/godz.
- b) za godzinę pełnienia dyżuru w soboty, dni wolne od pracy i święta - .....zł/godz.
- c) za godzinę pełnienia dyżuru pod telefonem - .....zł/godz.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

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

Cena brutto:

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

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

- **Pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala MSW w Rzeszowie**

Cena brutto:

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

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

- **Pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Neurologicznym Szpitala MSW w Rzeszowie**

Cena brutto:

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

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

***Oświadczenie***

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

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

**Dane dotyczące osoby wykonującej umowę-zlecenie/umowę o dzieło:**

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/umowy o dzieło  
 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 wynagrodzenie

2. *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 KRUS

5. *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. *pozostaje\*/nie pozostaje\** w rejestrze bezrobotnych i *pobieram\*/nie pobieram\** zasiłek dla osób bezrobotnych

8. *przebywam\*/nie przebywam\** na urlopie  macierzyńskim  wychowawczym od ..... do.....

9. *jestem\*/nie jestem\**  emerytem  rencistą (data przyznania, nr świadczenia i kto wypłaca):

.....

10. *posiadam\*/nie posiadam\** orzeczeniu o niepełnosprawności w stopniu:  lekkim  umiarkowanym  znacznym

11. *wnoszę\*/nie wnoszę\** o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym

12. *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 Zleceniobiorcy)

Uwagi:           \* niepotrzebne skreślić;            zaznaczyć krzyżykiem właściwy kwadrat