

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,*

Rzeszów, dnia 15.04.2015 r.

Oprac.: Olga Krzysztyniak

.....  
(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,*

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

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.05.2015 r.** do **30.04.2017 r.**

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

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Miejscem wykonywania świadczeń będzie siedziba Zamawiającego.
3. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każdy pakiet osobno.
4. Niemożliwe jest składanie ofert częściowych w ramach pakietu.
5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty/specjalizację II stopnia.

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

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 **22.04.2015 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 **22.04.2015 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 **27.04.2015 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 oferta**

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.

**OFERTA KONKURSOWA**  
**w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych**

.....  
(przedmiot oferty)

dla potrzeb .....

I. Dane o ofercie:

|   |                        |  |
|---|------------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko<br/>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 lekarskich w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Przychodni w Rzeszowie**

Cena brutto:

za jednego podopiecznego zweryfikowanego przez NFZ

- |                           |          |
|---------------------------|----------|
| a) od 0 do 6 roku życia   | - ... zł |
| b) od 7 do 19 roku życia  | - ... zł |
| c) od 20 do 39 roku życia | - ... zł |
| d) od 40 do 65            | - ... zł |
| e) powyżej 65 roku życia  | - ... zł |
| f) Dom Pomocy Społecznej  | - ... zł |

.....  
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