

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

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 Rehabilitacyjnej.*

Rzeszów, dnia 14.05.2015 r.

.....
(podpis Dyrektora)

Oprac.: Olga Krzysztyniak

I. 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 Rehabilitacyjnej.*

II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.06.2015 r.** do **31.05.2017 r.**

III. Warunki przystąpienia do konkursu

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Miejsce wykonywania świadczeń będzie znajdować się w siedzibie Zamawiającego.
3. Niemożliwe jest składanie ofert częściowych w ramach pakietu.
4. Zamawiający dopuszcza wykonywanie przedmiotu zamówienia przez dwóch lekarzy

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

1. **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16** najpóźniej do dnia **21.05.2015 r.** do godz. **10.45**.
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

VII. Termin otwarcia złożonych ofert

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert w dniu **21.05.2015 r.** o godz. **11.00** 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. Przewidywany termin rozstrzygnięcia konkursu ofert

1. Przewidywany termin rozstrzygnięcia konkursu ofert to **25.05.2015 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 ofertą

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

XI 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.

**OFERTA KONKURSOWA
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych**

.....
(przedmiot oferty)

dla potrzeb

Dane o ofercie:

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

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć składającego ofertę

XI. Proponowany zakres świadczeń zdrowotnych i cena

1. - Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Rehabilitacyjnej

Cena brutto: zł/pacjenta

.....
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 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. *pozostaję** / *nie pozostaję** 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 (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 Oferenta)

Uwagi: * niepotrzebne skreślić; zaznaczyć krzyżykiem właściwy kwadrat