

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. wykonywanie badań i orzeczeń lekarskich z zakresu medycyny pracy.*

Rzeszów, dnia 14.05.2015 r.

Oprac.: Olga Krzysztyniak

.....  
(podpis Dyrektora)

## **I. Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- dla potrzeb SP ZOZ MSW w Rzeszowie:
  1. pełnienie dyżurów lekarskich w Izbie Przyjęć Szpitala MSW,
  2. wykonywanie badań i orzeczeń lekarskich z zakresu medycyny pracy,
  3. udzielanie świadczeń lekarskich w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Endoskopii Zabiegowej
  4. wykonywanie badań psychologicznych

## **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. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych w ramach pakietu
3. Posiadanie tytuł specjalisty/specjalizację II stopnia przez Oferenta udzielającego świadczenia zdrowotne

## **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 **21.05.2015 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 ofert dniu **21.05.2015 r.** o godz. **11.45** 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. 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**

### **1. 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

***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