

**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 logopedę w Poradni Logopedycznej Przychodni oraz w Oddziale Neurologii Szpitala MSW.**

Rzeszów, dnia 07.08.2015 r.

.....  
(podpis Dyrektora)

Oprac.:O. Krzysztyniak

## **I. Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

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

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez logopedę w Poradni Logopedycznej Przychodni oraz w Oddziale Neurologii Szpitala MSW.

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

Umowa zostanie zawarta na okres od **01.09.2015 r.** do **31.08.2017 r.**

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

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Nie dopuszcza się składania ofert częściowych w ramach pakietu.
3. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych jest siedziba Zamawiającego.

## **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
- 3) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe,
- 4) zaświadczenie lekarskie
- 5) wpis do ewidencji działalności gospodarczej (jeżeli posiada),
- 6) potwierdzenie nadania NIP,
- 7) potwierdzenie nadania REGON.(jeżeli 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 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 **24.08.2015 r.** do godz. **10.15**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

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

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia ofert w dniu **24.08.2015 r.** o godz. **10.30** 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 **26.08.2015 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 nagłówek Oferenta

**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 zdrowotnych przez logopedę w Poradni Logopedycznej Przychodni oraz w Oddziale Neurologii Szpitala MSW w Rzeszowie**

- wykonywanie badań i terapii logopedycznej

- ..... zł/godz.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

**Oświadczenie**

*Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę