

**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:**

- a) wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurochirurgii,**
- b) wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez technika elektroradiologii w Oddziale Kardiologicznym podczas wykonywania zabiegów elektroterapii serca.**

Rzeszów, dnia 25.04.2016 r.

.....  
(podpis Dyrektora)

## **I. Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

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

- c) **wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurochirurgii,**
- d) **wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez technika elektroradiologii w Oddziale Kardiologicznym podczas wykonywania zabiegów elektroterapii serca.**

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

Umowy zostaną zawarte na okres:

- od **01.06.2016 r.** do **31.05.2018 r.** – przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurochirurgii
- od **18.05.2016 r.** do **31.05.2018 r.** – przez technika elektroradiologii w Oddziale Kardiologicznym podczas wykonywania zabiegów elektroterapii serca.

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

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Niemożliwe jest składanie ofert częściowych w ramach pakietu.
3. Miejscem wykonywania świadczeń będzie siedziba Zamawiającego.
4. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurochirurgii odbywać się będzie na zlecenie i w terminach uzgodnionych przez lekarzy Oddziału Neurologicznego.
5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Kardiologicznym przez technika elektroradiologii posiadającego uprawnienia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta.
6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez technika elektroradiologii w Oddziale Kardiologicznym odbywać się będzie podczas wykonywania zabiegów elektroterapii serca obejmujących implantację stymulatorów serca oraz implantację kardiowerterów-defibrylatorów serca.

## **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<sup>1</sup>,
    - 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 (lekarz),
- 3) aktualne prawo wykonywania zawodu medycznego (lekarz),
- 4) dyplom specjalizacji (lekarz),
- 5) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe,
- 6) certyfikat zdania egzaminu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta (technik elektroradiologii).
- 7) zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich/podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 8) wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub inne odpowiednie dokumenty rejestracyjne firmy

---

<sup>1</sup> Zamawiający zastrzega, iż może nie zrealizować pełnego zakresu i ilości zaplanowanych badań. Wartości te wskazane są jedynie w celu wyboru przez Zamawiającego najkorzystniejszej oferty. Oferent nie ma prawa do roszczeń w przypadku niezrealizowania pełnej ilości poszczególnych badań. Faktyczna ilość zleczonych usług będzie wynikać z rzeczywistych potrzeb Zamawiającego w tym zakresie.

**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 **10.05.2016 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 ofert dniu **10.05.2016 r.** o godz. **11.15** 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 **13.05.2016 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 zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( DZ. U. 2015, poz. 618 ze zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. ( Dz. U. Nr 293, poz. 1729)
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 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 świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurochirurgii**

<b>Nazwa badania</b>	<b>Cena jednostkowa brutto zł</b>	<b>Czas oczekiwania na konsultację</b>
Konsultacje lekarza specjalisty w dziedzinie neurochirurgii		

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

**2. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez technika elektroradiologii w Oddziale Kardiologicznym podczas wykonywania zabiegów elektroterapii serca**

Cena brutto

- Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez technika elektroradiologii w Oddziale Kardiologicznym - .....zł/za udział w jednym zabiegu podczas wykonywania zabiegów elektroterapii serca

.....  
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:**

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 wynagrodzenie2. *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 KRUS5. *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 bezrobotnych8. *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  znacznym11. *wnoszę\* / nie wnoszę\** o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym12. *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