

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:**

- *Dla potrzeb Poradni Badań Profilaktycznych w Dębicy*
  - 1.wykonywanie badań i orzeczeń lekarskich z zakresu medycyny pracy
  - 2.wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę medycyny pracy

.....  
(podpis Dyrektora)

Rzeszów, dnia 15.06.2016 r.

## **I. Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- ***Dla potrzeb Poradni Badań Profilaktycznych w Dębicy***
  1. wykonywanie badań i orzeczeń lekarskich z zakresu medycyny pracy
  2. wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę medycyny pracy

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

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.07.2016 r.** do **31.12.2016 r.**

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

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każdy pakiet osobno.
3. Dopuszcza się składanie ofert częściowych w ramach pakietu.
4. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych jest Poradnia Badań Profilaktycznych SP ZOZ MSW w Dębicy.
5. Zamawiający dopuszcza możliwość wykonywania zamówienia przez jeden podmiot wykonujący działalność leczniczą (zgodnie z art. 2 ust 1 pkt 5), lub osoby wykonujące zawód medyczny (zgodnie z art. 2. ust. 1 pkt 2).

## **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 szkoły/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,
- 7) wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
- 8) zaświadczenie lekarskie,
- 9) potwierdzenie nadania NIP,
- 10) potwierdzenie nadania REGON.

**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 **22.06.2016 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 kopert dnia **22.06.2016 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 **27.06.2016 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 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.

.....  
Pieczęć nagłówkowa Oferenta

**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.

- **Wykonywanie badań i orzeczeń lekarskich dla potrzeb Poradni Badań Profilaktycznych w .....**

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 udział w komisji BHP   | - .....zł/wyjazd  |

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

- **Wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę medycyny pracy dla potrzeb Poradni badań Profilaktycznych w .....**

Cena brutto:

.....zł/m-c

.....  
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

**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