

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Udzielania świadczeń zdrowotnych dla potrzeb SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie w zakresie:

- 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii**
- 2. Pełnienie dyżurów medycznych przez lekarza w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

Rzeszów, dnia 28.05.2019 r.

.....
(podpis Dyrektora)

I. Przedmiot zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie w zakresie:

- 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii**
- 2. Pełnienie dyżurów medycznych przez lekarza w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia

Umowy zostaną zawarte na okres od **10.06.2019 r.** do **31.12.2019 r.**

III. Warunki przystąpienia do konkursu

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Niemożliwe jest składanie ofert częściowych w ramach pakietu.
3. Możliwe jest składanie ofert na każdy pakiet osobno
4. Miejscem wykonywania świadczeń będzie siedziba Zamawiającego.
5. Posiadanie tytułu 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.
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 ofertowy (załącznik nr 1)
 - wypełniony formularz cenowy (załącznik nr 2)
 - wypełnione oświadczenie o zapoznaniu się i akceptacji treści ogłoszenia, warunków konkursu ofert oraz wzoru umowy (załącznik nr 3),
 - wypełnione oświadczenie o podstawie rozliczenia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych (załącznik nr 4)¹

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 lekarskie,
- 7) numer NIP,
- 8) numer REGON,

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.

¹ Oferent określa podstawę rozliczania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie (faktura VAT/rachunek).

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 MSWiA
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 MSWiA 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16** najpóźniej do dnia **30.05.2019 r.** do godz. **08:00**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

VII. Termin otwarcia złożonych ofert

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia ofert dniu **30.05.2019 r.** o godz. **08:15** siedzibie Zamawiającego tj. w **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA 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 **31.05.2019 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. z 2016.poz.1638 t.j.) 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.

.....
Pieczęć nagłówkowa Oferenta

Załącznik nr 1

OFERTA KONKURSOWA
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych

.....
(przedmiot oferty)

dla potrzeb

I. 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

FORMULARZ CENOWY

Udzielanie świadczeń zdrowotnych na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii

za udzielanie świadczeń zdrowotnych
w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii
w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej

.....zł/godzinę

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

Pelnienie dyżurów medycznych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Cena brutto:

- a) za godzinę pełnienia dyżuru w dni powszednie -zł/godz.
- b) za godzinę pełnienia dyżuru w soboty, dni wolne od pracy i święta -zł/godz.

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem(łam) się i akceptuję treść ogłoszenia, szczegółowe warunki konkursu ofert oraz wzór umowy.

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć składającego ofertę

Oświadczenie

Oświadczam, że podstawą rozliczenia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych będzie faktura /rachunek wystawiona na koniec każdego miesiąca.*

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć składającego ofertę

*niepotrzebne skreślić