

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w  
Rzeszowie, ul. Krakowska 16**

## **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

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

**Chirurgia ogólna – hospitalizacja – świadczenie diagnostyki i leczenia onkologicznego w ramach pakietu onkologicznego i poza pakietem onkologicznym w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Endoskopii Zabiegowej oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w pozostałym zakresie w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Endoskopii Zabiegowej**

Rzeszów, dnia 22.07.2021 r.

.....  
(podpis Dyrektora)

## **I. Przedmiot zamówienia**

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

**Chirurgia ogólna – hospitalizacja – świadczenie diagnostyki i leczenia onkologicznego w ramach pakietu onkologicznego i poza pakietem onkologicznym w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Endoskopii Zabiegowej oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w pozostałym zakresie w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Endoskopii Zabiegowej**

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

Umowy zostaną zawarte na okres **01.08.2021 r. do 30.06.2022 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. Miejscem wykonywania świadczeń będzie 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.
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:  
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)<sup>1</sup>

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.**

---

<sup>1</sup> 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 **27.07.2021 r.** do godz. **12:15**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

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

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia ofert w dniu **27.07.2021 r. o godz. 12:30** 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 **28.07.2021 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 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

**OFERTA KONKURSOWA**  
**w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych**

.....  
dla potrzeb SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie

## 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>e-mail:</b>                            |                        |  |
| <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

**FORMULARZ CENOWY**

**Chirurgia ogólna – hospitalizacja – świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego w ramach pakietu onkologicznego i poza pakietem onkologicznym w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Endoskopii Zabiegowej**

.....zł brutto za punkt sprawozdawany i zatwierdzony przez POW NFZ w ramach pakietu onkologicznego oraz poza pakietem onkologicznym

**oraz**

**udzielanie świadczeń zdrowotnych w pozostałym zakresie w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Endoskopii Zabiegowej**

.....zł brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

.....  
miejsce, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

***Oświadczenie***

*Oświadczam, że zapoznałem(lam) 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 VAT/rachunek\* wystawiona na koniec każdego miesiąca.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

\*niepotrzebne skreślić