

**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:

- 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Poradni Dermatologicznej**
- 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Poradni Urologicznej**

Rzeszów, dnia 25.05.2022 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 Poradni Dermatologicznej**
- 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Poradni Urologicznej**

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

Umowy zostaną zawarte na okres od **13.06.2022 r.** do **31.12.2023 r.**

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

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Możliwe jest składanie ofert na każdy pakiet osobno.
3. Niemożliwe jest składanie ofert częściowych w ramach pakietu.
4. 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:
  - 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)<sup>1</sup>
    - proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych ( załącznik nr 5 )

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.

---

<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 **02.06.2022 r.** do godz. **13:00**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

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

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia ofert dniu **02.06.2022 r.** o godz. **13:15** 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 **03.06.2022 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. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone ubezpieczonym w związku z udzieleniem bądź zaniechaniem udzielenia świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu na czas trwania umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do utrzymania ważnego ubezpieczenia i jego zakresu oraz sumy ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
3. Przyjmujący zamówienie 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:		
E-mail:		
<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>		

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

## FORMULARZ CENOWY

## 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Poradni Dermatologicznej

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena jednostkowa brutto
1.	Za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych	zł/godz.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

## FORMULARZ CENOWY

## 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Poradni Urologicznej

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena jednostkowa brutto
1.	za poradę leczniczą – wg zasad sprawozdawania i dokumentowania NFZ	.....zł/punkt
2.	Za konsultację oddziałową	.....zł/konsultacja
3.	Za poradę pełnopłatną	.....zł/porada
4.	Za poradę dla potrzeb medycyny pracy	.....zł/porada

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis 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



***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

**PROPONOWANY HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

<b>Lp.</b>	<b>Dzień</b>	<b>Godziny</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę