

**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 08.11.2022 r.

DYREKTOR
SP Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA
w Rzeszowie

Zbigniew Widomski.....

(podpis Dyrektora)

I. Przedmiot zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych (umowa zlecenie, umowa kontraktowa) 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 **14.11.2022 r. do 31.10.2024 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)¹
 - 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) aktualne badania dla celów sanitarno-epidemiologicznych,
- 7) Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej potwierdzającego wpis do CEIDG lub pisemnego zobowiązania do zarejestrowania działalności i przedłożenia dowodu wpisu do dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych (nie dotyczy umów zleceń).

Dokumenty należy złożyć w odpisach lub kserokopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Oferenta.

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 **10.11.2022 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 w dniu **10.11.2022 r. o godz. 11:15** 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 **10.11.2022 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 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 za szkody wyrządzone ubezpieczonym w związku z udzieleniem bądź zaniechaniem udzielania 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

Załącznik nr 1

OFERTA KONKURSOWA
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych

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

I. Dane o ofercie:

Imię i nazwisko lub *nazwa zakładu:		
Adres	Kod pocztowy:	
	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr domu/nr mieszkania:	
Telefon:		
E-mail:		
*Nr wpisu do rejestru:		
*Organ dokonujący wpisu:		
*NIP:		
*REGON:		
Nazwa banku:		
Numer rachunku bankowego:		

* dla Podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....
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: leczenia onkologicznego oraz poza pakietem onkologicznym

oraz

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

.....**zł brutto za punkt** sprawozdany i zatwierdzony przez POW NFZ w ramach: Chirurgia Ogólna – hospitalizacja – świadczenia diagnostyki i pozostałe świadczenia zdrowotne

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć składającego ofertę

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem(łam) się i akceptuję treść ogłoszenia, szczególne 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

Lp.	Dzień	Godziny
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć składającego ofertę