

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie
35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16
tel. 17 86-43-312

NIP 813-28-92-063, REGON 690028840 **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:

Pełnienia dyżurów medycznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych

Rzeszów, dnia 13.02.2023 r.

DYREKTOR
SP Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA
w Rzeszowie

.....
Zł (podpis Dyrektora)

I. Przedmiot zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych (umowa zlecenie, umowa kontraktowa) dla potrzeb SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie w zakresie:

Pełnienie dyżurów medycznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych

II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia

Umowy zostaną zawarte na okres **01.03.2023 r. do 31.01.2025 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. Miejszem wykonywania świadczeń będzie siedziba Zamawiającego.

IV. Opis sposobu przygotowania oferty

1. Oferent sporządza ofertę zgodnie z wymogami określonymi w niniejszej specyfikacji. Ofertę można złożyć nadrukach 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
3. 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) 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.

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

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
MSWiA35-111 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 **21.02.2023 r.** do godz. **12:45**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

VII. Termin otwarcia złożonych ofert

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia ofert w dniu **21.02.2023 r. o godz. 13:00** 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 **22.02.2023 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

E. Dane o oferencie:

| | | |
|--|------------------------|--|
| 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

Pełnienie dyżurów medycznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala MSWiA w Rzeszowie

Cena brutto:

- a) za godzinę pełnienia dyżuru w dni powszednie..... zł/godz.
- b) za godzinę pełnienia dyżuru w soboty, niedziele 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 VAT/rachunek
wystawiona na koniec każdego miesiąca.*

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć składającego ofertę

*niepotrzebne skreślić