

## **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

### **na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

#### **I. Informacje wstępne:**

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018, poz. 160 z późn. zm.) oraz inne obowiązujące przepisy prawa.

#### **II. Udzielający zamówienia:**

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim,

adres ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wielkopolski,

NIP 622-22-56-387, REGON 000314187,

tel. 62 595 11 00, tel. Sekretariat: 62 595 11 11, tel. Dział Służb Pracowniczych: 62 595 11 31

e-mail: [szpital@szpital.osw.pl](mailto:szpital@szpital.osw.pl)

#### **III. Przedmiot konkursu:**

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarzy**, prowadzących działalność leczniczą, w:

- 1) Oddziale Internistycznym odcinek „A”
- 2) Oddziale Internistycznym odcinek „B”

#### **IV. Termin udzielania świadczeń:**

Od 01.05.2019 r. do 30.06.2021 r.

#### **V. Informacji dotyczących konkursu udziela:**

Kierownik Działu Służb Pracowniczych w godz. od 7:30 – 14:30 tel. 62 595-11-31

#### **VI. Warunki udziału w konkursie ofert:**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się oferenci, którzy:

- 1) dysponują odpowiednimi kwalifikacjami zawodowymi i uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym postępowaniem konkursowym,
- 2) posiadają aktualną polisę ubezpieczeniową OC zgodną z obowiązującymi przepisami lub przedłożą taką polisę w dniu zawarcia umowy.
- 3) złożą oświadczenia i dokumenty wymagane w „szczegółowych warunkach konkursu ofert”.

## **VII. Oferta:**

- 1) Ofertę należy złożyć na formularzu ofertowym według załączonego wzoru „Formularz ofertowy” (Załącznik nr 1) wraz z wymaganymi przez Udzielającego zamówienia dokumentami. Oferta winna być napisana w języku polskim.
- 2) Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
- 3) Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem: „Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w .....

## **VIII. Wymagane dokumenty:**

- 1) wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (ewentualnie wypis z ewidencji działalności gospodarczej) albo odpis z Krajowego Rejestru Sądowego
- 2) zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych/ indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą miejscowo okręgową radę lekarską,
- 3) polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej albo oświadczenie o zobowiązaniu się do przedłożenia stosownego dokumentu w dniu podpisania umowy,
- 4) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych,
- 5) prawo wykonywania zawodu lekarza,
- 6) dyplom specjalisty w danej dziedzinie medycyny/ karta szkolenia specjalizacyjnego (w przypadku osób w trakcie specjalizacji lub specjalistów w trakcie dodatkowej specjalizacji).

**Kopie załączonych dokumentów muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta lub jego pełnomocnika. Udzielający Zamówienia ma prawo żądać przedstawienia oryginałów załączonych dokumentów.**

## **IX. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych w ZZOZ w Ostrowie Wielkopolskim:**

- zgodnie z ustalonym wcześniej przez strony harmonogramem

## **X. Kryteria oceny ofert:**

Stawka za godzinę – 100%.

## **XI. Składanie, otwarcie ofert:**

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w szczegółowych warunkach konkursu ofert.

2. Oferta obejmuje:
  - a) uzupełniony i podpisany druk formularza ofertowego (załącznik Nr 1)
  - b) dokumenty i oświadczenia wymienione w rozdziale VIII.
3. Każdy Oferent na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnym zakresie, może złożyć tylko jedną ofertę.
4. Każda zapisana strona formularza ofertowego powinna być podpisana lub parafowana przez osobę składającą ofertę.
5. Poprawki lub zmiany w tekście wypełnionego formularza ofertowego muszą być parafowane przez osobę składającą ofertę.
6. Ofertę należy składać w Sekretariacie Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim, adres ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wielkopolski do dnia **25 kwietnia 2019 r. do godz. 12.00**, w zamkniętej kopercie, opisanej w następujący sposób:

..... (imię i nazwisko lub nazwa podmiotu leczniczego-oferenta)
..... (adres)
..... (nr telefonu)
<b>Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim ul. Limanowskiego 20/22 63-400 <u>Ostrów Wielkopolskim</u> Sekretariat</b>
„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w .....”

## **XII. Miejsce i termin otwarcia ofert:**

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **25 kwietnia 2019 r.** w Gabinetce Dyrektora ZZOZ o godz. 12.30.
2. Konkurs zostanie rozstrzygnięty w terminie do dnia **29 kwietnia 2019 r.**

## **XIII. Rozstrzygnięcie postępowania**

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo wyboru więcej niż jednej oferty.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo negocjacji zaoferowanych przez oferenta stawek.
3. Oferentowi wybranemu w wyniku postępowania konkursowego Udzielający Zamówienie

wskazuje termin i miejsce zawarcia i podpisania umowy.

4. Rozstrzygnięcie zostanie wywieszone na tablicy ogłoszeń Szpitala oraz podane do wiadomości na stronie internetowej Szpitala [www.szpital.osw.pl](http://www.szpital.osw.pl)
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert oraz przesunięcia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny.

#### **XIV. Środki ochrony prawnej:**

- 1) **protest**: na zasadach określonych w art. 153 ust. 1-6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.)
- 2) **odwołanie**: na zasadach określonych w art. 154 ust. 1-2 ww. ustawy.

#### **Załączniki:**

1. Załącznik Nr 1 – Formularz Ofertowy
2. Załącznik Nr 2 - Projekt Umowy