

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

III. Przedmiot konkursu:

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarzy**, prowadzących działalność leczniczą, w **Oddziale Neurologicznym** Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim.

IV. Termin udzielania świadczeń:

Od 01.03.2020 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 **14 lutego 2020 r. do godz. 12.00**, w zamkniętej kopercie, opisanej w następujący sposób:

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

XII. Miejsce i termin otwarcia ofert:

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **14 lutego 2020 r.** w Gabinetce Dyrektora ZZOZ o godz. 12.30.
2. Konkurs zostanie rozstrzygnięty w terminie do dnia **24 lutego 2020 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
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. z 2018, poz. 160 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