

**REGULAMIN KONKURSU OFERT**

**na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie w obiekcie przy ul. PCK 7 w podziale na pakiety:**  
**Pakiet nr 1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji dziennej**  
**Pakiet nr 2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych**  
zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej  
(tekst jednolity z 2022r., poz. 633 ze zm.)

**I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny  
ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa  
tel. (34) 367 31 04, fax. (34) 365 17 56

**II. PRZEDMIOT KONKURSU**

1. Przedmiotem postępowania konkursowego jest udzielanie pacjentom Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w **zakresie wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego**, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2022r., poz. 633 ze zm.), w godzinach ordynacji dziennej oraz w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych. Miejsce udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych: **Oddział Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego w Częstochowie w obiekcie przy ul. PCK 7, w niżej wymienionym zakresie:**

1. wykonywania procedur i hospitalizacji na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego – zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego i zatwierdzonym przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa,
2. udzielania konsultacji pacjentom przebywającym na innych Oddziałach Szpitala w obiekcie przy ul. PCK 7, na wezwanie lekarzy tych oddziałów, w terminie niezbędnym dla zachowania ciągłości procesu diagnostyczno – leczniczego z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjentów,

**w wymiarze zatrudnienia:**

- a) w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach ordynacji dziennej od 8:00 do 15:35 - w zależności od potrzeb Udzielającego Zamówienia, który dopuszcza również inne godziny udzielania świadczeń zdrowotnych, po ich uzgodnieniu z Kierownikiem Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego, w tym również udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć, zgodnie z organizacją pracy ustaloną przez Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego,
- b) średnio około 4 dyżurów lekarskich w miesiącu pełnionych w dni powszednie od

poniedziałku do piątku w godzinach 15:35 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta oraz dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego - w zależności od potrzeb Udzielającego Zamówienia, w tym również udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć, zgodnie z organizacją pracy ustaloną przez Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego.

- c) zapewnienie opieki lekarskiej pacjentom Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej przy ul. PCK 7, podczas pełnienia dyżuru medycznego.
2. Zakres godzinowy udzielania świadczeń zdrowotnych może być dostosowany do pracy Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego lub wymagań *Udzielającego Zamówienia*.
3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie w przypadku otrzymania zmniejszonego kontraktu z NFZ prawo do zmniejszenia ilości godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych, bez ponoszenia z tego tytułu na rzecz *Przyjmującego Zamówienie* jakichkolwiek kosztów.
4. *Udzielający Zamówienia* nie jest zobowiązany do zlecenia *Przyjmującemu Zamówienie* maksymalnej ilości godzin ordynacji dziennej oraz dyżurów w okresie obowiązywania umowy.
5. Świadczenie usług zdrowotnych wykonywane będzie przez *Przyjmującego Zamówienie* zgodnie z wymogami określonymi przez NFZ i zgodnie z warunkami umowy.

### **III. ZASADY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ PRZEZ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

1. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu chorób wewnętrznych na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego, w tym między innymi: diagnostyki, terapii i leczenia, orzekania o stanie zdrowia pacjentów i innych wynikających z realizacji umowy zawartej przez *Udzielającego Zamówienia* z Narodowym Funduszem Zdrowia, tj.: w zakresie:

- 1) choroby wewnętrzne – hospitalizacja.
2. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i w nagłych zachorowaniach.
3. *Przyjmujący Zamówienie* przy realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się także do:
  - 1) Udzielania świadczeń zdrowotnych z najwyższą starannością, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy i sztuki medycznej, etyką zawodu, w poszanowaniu interesów *Udzielającego Zamówienia* i poszanowaniem interesów i praw pacjenta, ochroną danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, normami umożliwiającymi akredytację i certyfikację, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia i umowami zawartymi przez *Udzielającego Zamówienia* oraz postanowieniami niniejszej umowy.
  - 2) Prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej (również w formie elektronicznej) zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz wymogami obowiązującymi u *Udzielającego Zamówienia* oraz do prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej.
  - 3) Przestrzegania wszystkich wewnętrznych aktów prawnych, instrukcji i zarządzeń obowiązujących u *Udzielającego Zamówienia*, a związanych z udzielaniem świadczeń medycznych objętych przedmiotem niniejszej umowy.

- 4) Przekazywania *Udzielającemu Zamówienia* danych niezbędnych do dokonania rozliczeń wykonanych świadczeń z NFZ.
  - 5) Udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji dziennej oraz pełnienia lekarskich dyżurów medycznych, w tym udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć zgodnie z organizacją pracy ustaloną przez Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego,
  - 6) Udzielanie konsultacji lekarskich w danej specjalizacji na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych i innych komórek organizacyjnych działalności podstawowej *Udzielającego Zamówienia*.
  - 7) Podczas pełnienia lekarskich dyżurów medycznych, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do nie opuszczania Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego, dopóki nie stawi się lekarz przejmujący opiekę w Oddziale, tzn. tzw. „zmiennik” lub w sytuacji gdy konieczne jest kontynuowanie czynności medycznych zapobiegających pogorszeniu, utracie zdrowia lub życia pacjentów.
4. *Przyjmujący Zamówienie* oświadcza, iż zna określone przez NFZ warunki szczegółowe udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy oraz przepisy prawa obowiązujące w tym zakresie, jak również przepisy dotyczące zasad refundacji leków przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz prowadzenia dokumentacji medycznej i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

#### **IV. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE**

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* posiadający uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, tj.: jako podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2022r., poz. 633 ze zm.) w zakresie zgodnym przedmiotem zamówienia.
2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą muszą być uprawnione do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowane we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP i posiadają uprawnienia do świadczenia usług objętych przedmiotem umowy.
3. Oferent powinien posiadać niezbędną wiedzę, doświadczenie tzn. posiadać doświadczenie zawodowe w prowadzeniu działalności objętej konkursem oraz posiadać niezbędne kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia i określone w Rozdziale VIII niniejszego Regulaminu, w tym posiadać tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.
4. Oferent powinien posiadać polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń medycznych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. W przypadku złożenia oferty przez lekarza zatrudnionego u *Udzielającego Zamówienia*, w przypadku wyboru jego oferty, z dniem zawarcia umowy na udzielania świadczeń zdrowotnych, lekarz rozwiąże umowę o pracę z *Udzielającym Zamówienia*.
6. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia do ochrony danych osobowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, niezależnie od sposobu w jaki wszedł w ich posiadanie, w szczególności ustawy o ochronie danych osobowych, tj.: Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U.

z 2019r. poz. 1781) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/676 z 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s 1) – RODO oraz ustawy o prawach pacjenta i rzecznika praw pacjenta.

## **V. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **Pakiet nr 1 – od daty zawarcia umowy do 16.07.2023r., Pakiet nr 2 – od daty zawarcia umowy do 31.05.2023r.**

## **VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Rodzaj Konkursu: otwarty.
2. Forma składania ofert: pisemna.
3. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych.
4. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty zgodnie z przyjętym kryterium oceny ofert, tj.:

**Cena: waga kryterium 100%**

***Uwaga: Cena oferty zostanie obliczona jako średnia arytmetyczna z zaoferowanych cen jednostkowych***

**VII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY** – zgodnie z wymogami określonymi w „Regulaminie Konkursu Ofert”, tj.:

1. Oferta winna być sporządzona w języku polskim, napisana czytelnym pismem ręcznym przy użyciu nieścieralnego atramentu, komputerowo lub na maszynie do pisania i podpisana przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu *Oferenta*.
2. Oferta winna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności tzn. oryginały aktualnych dokumentów lub uwierzytelnione przez osoby do tego uprawnione kserokopie aktualnych dokumentów.  
Kopie dokumentów mogą także zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę podpisującą ofertę.
3. Oferta powinna zawierać kwotę wynagrodzenia za 1 godzinę udzielenia świadczeń zdrowotnych. Wynagrodzenie wskazane w ofercie powinno zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia oraz realizacją przedmiotu zamówienia.
4. Wszystkie miejsca, w których *Oferent* naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
5. *Oferent* winien zamieścić ofertę w zapieczętowanej kopercie, która będzie zaadresowana na *Udzielającego Zamówienia*. Koperta powinna ponadto posiadać następujące oznaczenie:

**„Konkurs Ofert**  
**na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie**  
**wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi na Oddziale Chorób**  
**Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego**  
**w Częstochowie w obiekcie przy ul. PCK 7 – Pakiet nr .....**  
**nie otwierać do dnia 14.04.2023r. przed godz. 10:15 – nr postępowania KO/26/2023r”**

6. Poza oznaczeniami podanymi powyżej koperta powinna zawierać nazwę i adres *Oferenta*, aby można było odesłać ofertę w przypadku stwierdzenia, że została złożona po upływie wyznaczonego terminu.
7. *Oferent* nie może wycofać oferty po upływie terminu do składania ofert.
8. *Oferent* ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
9. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych.

### **VIII. INFORMACJE O OFERENCIE**

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:

a) oświadczenie *Oferenta* o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminem Konkursu Ofert”.  
b) dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa oraz dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: aktualny odpis ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) lub KRS, wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od terminu składania ofert.

c) dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń medycznych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osoby, która będzie udzielała świadczeń medycznych, tj. :

- c.1. prawo wykonywania zawodu,
- c.2. dyplom lekarza,
- c.3. dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych,

d) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez *Oferenta* umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, *Oferent* dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

*Oferent*, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy pod rygorem odmowy jej zawarcia przez *Udzielającego Zamówienia*. Kopia formularza polisy OC ubezpieczeniowej stanowić będzie załącznik do umowy.

W przypadku braku polisy OC *Oferent* może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy,

e) dane lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne w formie wykazu ze wskazaniem m. in. numeru prawa wykonywania zawodu, nr dyplomu, uzyskanej specjalizacji i posiadanymi kwalifikacjami, zgodnie z załączonym wzorem do formularza ofertowego.

2. Brak choćby jednego z wymaganych dokumentów mających potwierdzić wiarygodność *Oferenta* lub złożenie dokumentów w niewłaściwej formie, (np. kserokopie niepotwierdzone „za zgodność z oryginałem”, brak podpisu osoby uprawnionej do reprezentowania *Oferenta*) stanowi podstawę wezwania *Oferenta* przez Komisję do usunięcia braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
3. Oferta może zostać odrzucona także w przypadkach wskazanych w art. 149 ust 1 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2022r., poz. 2561).
4. Wzór oferty zawiera załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.

## **IX. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ ZAMAWIAJĄCY PRZY WYBORZE OFERTY**

1. Oceny ofert dokonuje Komisja Konkursowa.
2. W pierwszej kolejności sprawdzeniu będzie podlegało spełnienie warunków formalnych.
3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejszą ofertę dla *Udzielającego Zamówienia*, tj.: zgodną z przyjętym kryterium oceny ofert, tj.: z najniższą ceną (**Cena 100%**).
4. Oferowana cena wskazana w ofercie musi zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania.
5. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, *Udzielający Zamówienia* może przyjąć tę ofertę, jeżeli Komisja Konkursowa stwierdzi, że z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

## **X. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI**

1. *Oferent* może zwracać się do *Udzielającego Zamówienia* odnośnie wszelkich wątpliwości dotyczących Regulaminu Konkursu Ofert kierując swoje zapytania najpóźniej na 2 dni przed terminem składania ofert na adres *Udzielającego Zamówienia* tylko na piśmie, pocztą lub pocztą elektroniczną na adres; [jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl](mailto:jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl) lub faksem na nr tel.: 034 365 17 56. Kontakt: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00.
2. Pisemne odpowiedzi *Udzielający Zamówienia* umieszcza na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy.
3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści Regulaminu Konkursu Ofert w czasie nie krótszym, niż 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.
4. Informacja o wprowadzonych zmianach zostanie niezwłocznie przekazana wszystkim potencjalnym Oferentom w formie wskazanej w Rozdz. X, pkt. 2 i będzie dla nich wiążąca.
5. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

## **XI. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
im. Najświętszej Maryi Panny  
42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/118  
Kancelaria pok. 3.42 (II piętro) Pawilon D**

### **Termin składania ofert: 14.04.2023r. do godz. 10:00**

Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.

### **XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

*Oferent* jest związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

### **XIII. INFORMACJE O TRYBIE OTWARCIA OFERT I ICH OCENY**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **14.04.2023r. o godz. 10:15** w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* - Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, **Pawilon D, II piętro pok. 3.46**
2. Komisja Konkursowa przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert dokonuje następujących czynności:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - b) otwiera koperty z ofertami,
  - c) ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu,
  - d) odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom konkursu,
  - e) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez *Oferentów*,
  - f) dokonuje analizy ofert i wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert,
  - g) ogłasza nazwę *Oferenta*, którego oferta zastała wybrana.
4. W toku dokonywania oceny złożonych ofert *Udzielający Zamówienia* może żądać udzielenia przez *Oferentów* wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert.
5. Z przebiegu konkursu sporządzony zostanie protokół.
6. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadomi *Oferentów* o zakończeniu konkursu i jego wyniku, zamieszczając informację o rozstrzygnięciu postępowania na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy.

### **XIV. PROTESTY I ODWOŁANIA**

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o kierowanie zespołem i udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, *Oferent* może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy na kierowanie zespołem i udzielanie świadczeń medycznych objętych przedmiotem niniejszego postępowania ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej *Udzielającego Zamówienia* – Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.
6. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność.
7. *Oferent* biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń medycznych do czasu jego rozpatrzenia.

## **XV. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA SPECJALISTYCZNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

1. *Udzielający Zamówienia* zobowiązany jest zawrzeć, w terminie do 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert z *Oferentem*, którego oferta jako najkorzystniejsza została wybrana przez Komisję Konkursową, umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania, o treści stanowiącej Załącznik Nr 2 do niniejszego Regulaminu oraz uzupełnienie w/w umowy, tj.: umowę powierzenia danych osobowych o treści stanowiącej Załącznik Nr 3 do niniejszego Regulaminu.
2. W przypadku, gdy umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania, nie zostanie zawarta z winy *Oferenta*, wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie Cywilnym.
3. Wybrany *Oferent* będzie prowadził dokumentację medyczną wymaganą obowiązującymi w tej materii przepisami prawa, oraz podda się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2022r., poz. 2561), w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez *Udzielającego Zamówienia* z NFZ.
4. *Oferent* nie może powierzyć bez zgody *Udzielającego Zamówienia*, wykonywania przedmiotu umowy podmiotom lub osobom trzecim niewyłonionym w niniejszym postępowaniu.

## **XVI. TRYB POSTĘPOWANIA**

Niniejsze postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie i zgodnie z przepisami:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2022r., poz. 633 ze zm.).
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2022r., poz. 2561)

p. o. Dyrektora  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
Łukasz Połatyński



**Załącznik nr 1 do Regulaminu Konkursu Ofert**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie w obiekcie przy ul. PCK 7**

zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej  
(tekst jednolity Dz. U. z 2022r., poz. 633 ze zm.)

**NAZWA OFERENTA:**

.....

**ADRES:**

ulica ..... nr .....

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Oznaczenie organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą .....

Nr wpisu do rejestru .....

**NIP** .....

**REGON** .....

**PESEL** .....

**PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU NR** .....

**SPECJALIZACJA** .....

**NR RACHUNKU BANKOWEGO** .....

**Telefon kontaktowy** .....

**Adres e-mailowy:** .....@.....

1. Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oferuję przyjęcie do wykonania zamówienie w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert:

**Pakiet nr 1: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji dziennej**

- a) Oferuję wynagrodzenie za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach ordynacji dziennej, w godz. 08:00 do 15:35 w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego:

w wysokości ..... zł brutto

(słownie złotych: .....).

Wymiar zatrudnienia obejmujący udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach ordynacji dziennej, od poniedziałku do piątku w godz. 08:00 do 15:35 w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego: w wymiarze ..... godzin miesięcznie

- b) dodatek za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć w godzinach ordynacji dziennej w kwocie ..... zł brutto

**Pakiet nr 2: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów medycznych**

- a) Oferuję wynagrodzenie za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych:

- w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:35 do 08:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy w wysokości ..... zł brutto (słownie złotych: .....)

Składam ofertę na ..... dyżurów w każdym miesiącu.

- b) dodatek za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć podczas pełnienia dyżuru medycznego w kwocie ..... zł brutto

- c) dodatek do dyżuru medycznego za zapewnienie opieki pacjentom Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej przy ul. PCK 7 w kwocie ..... zł brutto

2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert, które akceptuję.
3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Regulaminu Konkursu Ofert, którą akceptuję.
4. Oświadczam, że uważam się za związanym/-ą niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu Ofert, tj.: 30 dni od terminu składania ofert.

5. Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału w postępowaniu i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
6. Oświadczam, że zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert projekty umów zostały przez mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego Zamówienia*.

**Do oferty załączam wymagane dokumenty:**

- a) oświadczenie *Oferenta* o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminem Konkursu Ofert”.
- b) dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa oraz wydruk z ewidencji działalności gospodarczej CEIDG lub KRS wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od terminu składania ofert.
- c) dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń medycznych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osoby, która będzie udzielała świadczeń medycznych, tj. :
  - c. 1. prawo wykonywania zawodu,
  - c. 2. dyplom lekarza,
  - c. 3. dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.
- d) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez *Oferenta* umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, *Oferent* dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

W przypadku braku polisy OC *Oferent* może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.
- e) dane lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne w formie wykazu ze wskazaniem m. in. numeru prawa wykonywania zawodu, nr dyplomu, uzyskanej specjalizacji i posiadanymi kwalifikacjami, zgodnie z załączonym wzorem do formularza ofertowego.
- f) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego,
- g) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego, zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego,

..... dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
podpis i pieczętka *Oferenta*

**WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Załącznik do Formularza Ofertowego

**w zakresie chorób wewnętrznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. PCK 7**

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr dyplomu	Data wydania dyplomu	Nr prawa wykonywania zawodu	Organ wydający prawo wykonywania zawodu i data wydania	Stopień specjalności i data uzyskania specjalności	Wymiar zatrudnienia w wymiarze tygodniowym i miesięcznym	Miejsce i okres zatrudnienia	Określenie grupy zawodowej	Wykształcenie*: 1) wyższe medyczne - tytuł magistra; 2) wyższe medyczne - tytuł licencjata; 3) wyższe; 4) średnie; 5) wyższe - tytuł magistra 6) wyższe - tytuł licencjata  *zaznaczyć prawidłowe	Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/  Doświadczenie
1.												

.....  
Pieczętka , podpis Oferenta