

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (SWKO)

w postępowaniu o udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych i pielęgniarki w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, przy ul. Bialskiej 104/118.

I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny

ul. Bialska 104/118

42-202 Częstochowa

Tel. (034) 367 31 04

Fax. (034) 365 17 56

II. PRZEDMIOT KONKURSU

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych i pielęgniarki w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118, w podziale na pakiety:

a) Pakiet Nr 1: Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych i pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

b) Pakiet Nr 2: Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego przez pielęgniarki anestezjologiczne.

2. Prognozowana liczba godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych w SOR wynosi:

a) Pakiet nr 1: 49 200 godz./24 m-ce, tj.: 2 050 godz./m-c. *Udzielający Zamówienia* zastrzega, że ilość godzin wskazanych w niniejszym Pakiecie ma charakter orientacyjny. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza przekroczenie wskazanej powyżej miesięcznej ilości godzin z zastrzeżeniem, że łączna ilość godzin w ciągu 24 m-cy nie zostanie przekroczona. *Udzielający Zamówienia* ma prawo do niezlecania godzin w pełnym zakresie, gdy np. ulegnie zmianie ilość personelu i ulegnie zmianie zapotrzebowanie na ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych.

b) Pakiet nr 2: 18 000 godz./24 m-ce, tj.: 750 godz./m-c. *Udzielający Zamówienia* zastrzega, że ilość godzin wskazanych w niniejszym Pakiecie ma charakter

orientacyjny. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza przekroczenie wskazanej powyżej miesięcznej ilości godzin z zastrzeżeniem, że łączna ilość godzin w ciągu 24 m-cy nie zostanie przekroczona. *Udzielający Zamówienia* ma prawo do niezlecenia godzin w pełnym zakresie, gdy np. ulegnie zmianie ilość personelu i ulegnie zmianie zapotrzebowanie na ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych.

3. Rozkład udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych i pielęgniarki obejmuje wszystkie dni tygodnia w godzinach od 7:00 do 19:00 oraz od 19:00 do 7:00 dnia następnego. Skonkretyzowanie dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych i pielęgniarki nastąpi w ustalonym co miesiąc przez *Udzielającego Zamówienia*, tzw. harmonogramie dyżurów.

4. Maksymalna kwota wynagrodzenia, jaką *Udzielający Zamówienia* może przeznaczyć **za jedną godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych wynosi:

a) **Pakiet nr 1: Ratownik medyczny i pielęgniarka systemu 31,00 zł brutto**

(słownie: trzydzieści jeden złotych 00/100).

b) **Pakiet nr 2: Pielęgniarka anestezjologiczna 35,00 zł brutto**

(słownie: trzydzieści pięć złotych 00/100).

5. W przypadku ofert zawierających cenę wyższą niż ceny maksymalne, oferty te zostaną odrzucone jako niezgodne z SWKO.

6. Rozliczenia między *Udzielającym Zamówienia* a *Przyjmującym Zamówienie* będą prowadzone w złotych polskich.

7. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **24 miesiące od daty zawarcia umowy.**

8. Przedstawiciel *Udzielającego Zamówienia* uprawniony do bezpośredniego kontaktowania się z *Oferentami* w sprawach merytorycznych i formalnych: Pani Justyna Lewandowska - telefon kontaktowy: **34 367 37 14.**

III. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU

Oferenci muszą spełniać następujące warunki:

1. Ratownik medyczny:

a) posiadać uprawnienia ratownika medycznego zgodne z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia z dnia 8 września 2006r. (tekst jednolity Dz. U. z 2017r. poz. 2195 ze zm.), w tym wchodzącymi w życie zmianami z dniem 01.01.2019r. lub dysponować osobami posiadającymi uprawnienia ratownika medycznego, potwierdzone dokumentami, zaświadczeniami oraz oświadczeniami wynikającymi z ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

b) posiadać doświadczenie zawodowe w wykonywaniu czynności ratownika medycznego obejmujące co najmniej roczny staż w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub PRM, bądź dysponować osobami posiadającymi co najmniej roczny staż w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w charakterze ratownika medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub PRM.

2. Pielęgniarka systemu PRM:

a) posiadać uprawnienia pielęgniarki systemu zgodne z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia z dnia 8 września 2006 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2017r. poz. 2195 ze zm.), w tym wchodzącymi w życie zmianami z dniem 01.01.2019r., tj.: pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym lub dysponować osobami posiadającymi uprawnienia pielęgniarki systemu, potwierdzone dokumentami, zaświadczeniami oraz oświadczeniami wynikającymi z ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

b) posiadać doświadczenie zawodowe w wykonywaniu czynności pielęgniarki systemu obejmujące co najmniej roczny staż w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w charakterze pielęgniarki systemu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub PRM, bądź dysponować osobami posiadającymi co najmniej roczny staż w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w charakterze pielęgniarki systemu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub PRM.

3. Pielęgniarka anestezjologiczna:

a) posiadać uprawnienia pielęgniarki anestezjologicznej, tj.: pielęgniarki, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarki, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarki w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

b) posiadać doświadczenie zawodowe w wykonywaniu czynności pielęgniarki anestezjologicznej obejmujące co najmniej roczny staż w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w charakterze pielęgniarki anestezjologicznej, bądź dysponować osobami posiadającymi co najmniej roczny staż w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w charakterze pielęgniarki anestezjologicznej.

IV. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. *Oferent* składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych, tj.: na Pakiet Nr 1 i Pakiet Nr 2.
3. Każdy *Oferent* może złożyć tylko jedną ofertę na Pakiet Nr 1 lub Pakiet Nr 2 lub na Pakiet Nr 1 i Pakiet Nr 2.
4. Oferta *Oferenta*, który złoży więcej niż jedną ofertę na ten sam Pakiet zostanie odrzucona.
5. *Oferenci* ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
6. Ofertę należy opracować na druku „FORMULARZ OFERTOWY”. *Oferentowi* nie wolno dokonywać żadnych zmian merytorycznych we wzorze druku „FORMULARZ OFERTOWY”, w załączeniu wzór formularza – Załącznik nr 2.
7. Oferta pod rygorem jej odrzucenia, powinna być napisana w języku polskim (z wyłączeniem pojęć medycznych), na maszynie, komputerze lub ręcznie nieścieralnym atramentem oraz podpisana przez osobę/osoby upoważnione do złożenia oferty.
8. Oferty złożone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane i zostaną zwrócone bez otwierania.
9. Każda zapisana strona oferty powinna być parafowana przez osobę podpisującą ofertę.
10. Wszystkie dokumenty i oświadczenia sporządzone w językach obcych należy złożyć wraz z tłumaczeniem na język polski sporządzonym przez tłumacza przysięgłego.
11. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami na ponumerowanych stronach należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem:

Nazwa Oferenta:

Adres Oferenta:

Tel. kontaktowy

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych i pielęgniarki w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym WSzS im. NMP

w Częstochowie, przy ul. Białskiej 104/118 Pakiet Nr

Nie otwierać przed 12.12.2018r. godz. 13.00 – postępowanie konkursowe

nr KO/59/2018

12. Oferta pod rygorem odrzucenia, musi zawierać wszystkie wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dokumenty, zaświadczenia oraz oświadczenia, w tym: dokumenty, zaświadczenia oraz oświadczenia, wynikające z treści Rozdziału III niniejszych SWKO.

Jeśli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – poświadczenia, winien być opatrzony adnotacją „za zgodność z oryginałem” i podpisany przez osobę składającą ofertę.

13. Oferta powinna zawierać cenę brutto jednej godziny udzielania świadczeń zdrowotnych oraz oferowaną w ciągu 24 miesięcy liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, nie mniejszą niż liczba godzin wskazaną w Rozdziale II pkt. 2 SWKO.

14. *Udzielający Zamówienia* nie dopuszcza składania ofert częściowych w zakresie jednego Pakietu, tj.: na ilość godzin mniejszą niż ilość godzin wskazanych w Rozdziale II pkt. 2 SWKO. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo wyboru oferty jako najkorzystniejszej, która zapewni kompleksowość wykonania zamówienia, tj.: oferty, która wyczerpie w całości zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne stanowiące przedmiot konkursu, przez które rozumie się zabezpieczenie maksymalnej ilości godzin w każdym miesiącu obowiązywania umowy, zgodnie z zapotrzebowaniem *Udzielającego Zamówienia*. Jeżeli zostanie złożonych kilka ofert zapewniających kompleksowość wykonania zamówienia, wówczas o wyborze oferty decyduje niższa cena.

15. Cena jednostkowa jednej godziny winna być wyrażona w złotych polskich z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku i zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Oferta zawierająca cenę wyższą niż wskazana w Rozdziale II w pkt. 4 SWKO cena maksymalna, zostanie odrzucona jako niezgodna z warunkami konkursu ofert.

16. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.

17. Złożoną ofertę można zmienić lub wycofać przed upływem terminu składania ofert.

18. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty winno zostać złożone w sposób i w formie przewidzianej dla oferty z tym, że koperta winna być dodatkowo oznaczona określeniem „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.

19. *Udzielający Zamówienia* może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez Oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości, a *Udzielający Zamówienia* nie może sprawdzić jej autentyczności w inny sposób.

20. *Oferent* nie może wycofać oferty po upływie terminu do składania ofert.

V. WYMAGANIA FORMALNO-PRAWNE STAWIANE OFERENTOM

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* posiadający uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, tj.: podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz. 160) w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia.

1.1 *Oferent* musi posiadać aktualne książeczki sanitarno-epidemiologiczne – należy załączyć do oferty kserokopie.

1.2 *Oferent* musi posiadać aktualne zaświadczenia lekarskie o stanie zdrowia dopuszczające do wykonywania zawodu ratownika medycznego, pielęgniarki – należy załączyć do oferty kserokopie.

1.3 *Oferent* musi posiadać aktualne zaświadczenia o odbytym kursie BHP – należy załączyć do oferty kserokopie.

1.4 *Oferentem* nie może być pracownik *Udzielającego Zamówienia*.

2. Podmioty, o których mowa w pkt.1 Rozdziału V SWKO muszą:

a) być uprawnione do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowane we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP. Na potwierdzenie niniejszego warunku *Oferent* złoży do oferty aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS), wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert.

b) złożyć dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: wydruk z Księgi Rejestrowej z datą nie wcześniejszą niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert.

c) wykazać, że posiadają niezbędną wiedzę, doświadczenie tzn. posiadają doświadczenie zawodowe w prowadzeniu działalności objętej konkursem oraz posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia zgodnie z wymaganiami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006r. (tekst jednolity z 2017r., poz. 2195 ze zm.), w tym wchodzącymi w życie zmianami z dniem 01.01.2019r. oraz wymogami NFZ.

d) złożyć polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania, zgodnie z obowiązującymi w tym

zakresie przepisami. *Oferent*, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do złożenia w dniu zawarcia umowy aktualnej polisy OC z tytułu wykonywanych przez siebie medycznych czynności ratunkowych. Umowa OC *Oferenta-Przyjmującego Zamówienie* winna być kontynuowana przez cały okres związania umową, pod rygorem rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym.

e) złożyć wykaz personelu udzielającego świadczeń wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do formularza ofertowego.

f) złożyć do oferty oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji – załącznik nr 2 do formularza ofertowego.

g) złożyć do oferty oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwa Informacji – załącznik nr 3 do formularza ofertowego.

h) złożyć do oferty oświadczenie, że *Oferent* będzie udzielał świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymogami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006r. (tekst jednolity Dz. U. z 2017r., poz. 2195 ze zm.), w tym wchodzącymi z życie zmianami z dniem 01.01.2019r.

3. *Oferent*, którego oferta zostanie wybrana przed rozpoczęciem realizacji umowy ma obowiązek zapoznać się z obowiązującymi u *Udzielającego Zamówienia* przepisami wewnętrznymi.

4. *Przyjmujący Zamówienie*, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy i niewykorzystywania danych pozyskiwanych w związku z realizacją umowy przez cały okres trwania umowy i po jej zakończeniu dla potrzeb innych, niż potrzeby *Udzielającego Zamówienia*, w szczególności *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do przestrzegania przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych, tj.: Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018r. poz. 1000) 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 rzeczniku praw pacjenta.

5. W razie zaistnienia niespodziewanych i nagłych okoliczności uniemożliwiających udzielanie świadczeń (np. choroba lub inne zdarzenie losowe), *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest natychmiast zawiadomić o tym fakcie *Udzielającego Zamówienia* w osobach Kierownika SOR lub pielęgniarkę oddziałową/koordynującą SOR.

6. Okoliczność będącą przyczyną nieobecności należy niezwłocznie, lecz nie później niż w ciągu 12 godzin od zaistnienia okoliczności uniemożliwiających udzielanie świadczeń, potwierdzić stosownymi dokumentami np. zaświadczenie lekarskie.

7. *Oferent* ubiegający się o udzielanie świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest do złożenia:

a) wypełnionego formularza ofertowego przedstawionego przez *Udzielającego Zamówienia* (Załącznik Nr 2 do SWKO);

b) udokumentowanie posiadanych kwalifikacji zawodowych osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych, tj.:

b.1. dyplom ukończenia szkoły oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje w zawodzie określone w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym wymagane do wykonywania zawodu ratownika medycznego, pielęgniarki systemu PRM, pielęgniarki anestezjologicznej.

b.2. zaświadczenie lub oświadczenie, dotyczące stażu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w charakterze ratownika medycznego, pielęgniarki systemu PRM oraz pielęgniarki anestezjologicznej.

8. Dokumenty wymienione w pkt. 7 lit. b.1 i b.2 niniejszego Rozdziału mogą być przedłożone w formie kopii, poświadczonej za zgodność z oryginałem przez *Oferenta*.

Nie złożenie ww. dokumentów spowoduje odrzucenie oferty.

9. O odrzuceniu oferty z postępowania konkursowego *Udzielający Zamówienia* powiadomi *Oferentów*, zamieszczając ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania na stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl w zakładce konkursy.

10. W przypadku gdy *Oferent* nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, *Udzielający Zamówienia* wzywa *Oferenta* do usunięcia tych braków w wyznaczonym przez *Udzielającego Zamówienia* terminie, pod rygorem odrzucenia oferty.

11. Oferta może zostać odrzucona także w przypadkach wskazanych w art. 149 ust 1 ustawy z dnia 27.08.2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz. 1510 ze zm.).

VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Rodzaj konkursu: otwarty.

2. Forma składania ofert: pisemna.

3. Sposób oceny ofert: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty zgodnie z przyjętym kryterium oceny ofert: **cena 100%**.

VII. ZASADY OCENY I WYBORU OFERT

1. Zasady wyboru oferty:

Udzielający Zamówienia wybierze najkorzystniejszą ofertę, która spełni poniższe warunki:

- a) odpowiada wszystkim wymaganiom i warunkom przedstawionym w SWKO,
- b) zapewni kompleksowość wykonania zamówienia,
- c) przedstawia najkorzystniejszą ofertę, tj. zawiera najniższą cenę za 1 godzinę udzielania świadczeń.

2. Kryterium oceny ofert.

Oferty będą oceniane na podstawie kryterium oceny ofert: **cena (100%)**

- a) Oferta z najniższą ceną za 1 godzinę udzielania świadczeń otrzyma maksymalną liczbę punktów, tj.: 100 pkt.
- b) Oferty będą oceniane wg wzoru:

$$\text{Liczba uzyskanych punktów} = \frac{100 \times \text{cena najtańszej oferty}}{\text{cena oferty badanej}}$$

3. Za najkorzystniejsze zostaną uznane oferty, która uzyskają największą liczbę punktów w zakresie Pakietu nr 1 i Pakietu Nr 2.

4. Każdorazowa zmiana w wykazie personelu ratowników medycznych, pielęgniarek systemu i pielęgniarek anestezjologicznych realizujących świadczenia zdrowotne na rzecz *Udzielającego Zamówienia* w trakcie trwania umowy, wymaga poinformowania *Udzielającego Zamówienia* z 10 dniowym wyprzedzeniem, w formie pisemnej w postaci wypełnionego wykazu osób udzielającego świadczeń.

5. *Przyjmujący Zamówienie* załączy do oferty wykaz ratowników medycznych, pielęgniarek systemu PRM oraz pielęgniarek anestezjologicznych (osób udzielających świadczeń zdrowotnych) wg wzoru stanowiący załącznik nr 1 do formularza ofertowego.

VIII. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie ul. Bialska 104/118, **Kancelaria, pokój nr 3.41 (II piętro Pawilon D).**

2. Termin składania ofert: 12.12.2018r. do godziny 12:30.

3. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.

4. Celem dokonania zmian bądź poprawek, Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją po modyfikacji ponownie, pod warunkiem zachowania wyznaczonego w SWKO terminu składania ofert.

IX. TRYB WPROWADZANIA EWENTUALNYCH ZMIAN W SWKO

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, pocztą elektroniczną (jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl) lub faksem na nr tel. 34 367 14. Kontakt od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 – 14:00.
2. Pisemne odpowiedzi *Udzielający Zamówienia* umieszcza na stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl w zakładce konkursy.
3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści SWKO 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 pkt. 2 i będzie dla nich wiążąca.
5. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, *Udzielający Zamówienia* może przedłużyć termin składania ofert. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania *Oferenta* i *Udzielającego Zamówienia* będą podlegały nowemu terminowi.

X. MIEJSCE I TRYB OTWARCIA OFERT

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* tj. Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie ul. Bialska 104/118 w pokoju nr 3.46 – Dział Lecznictwa (II piętro Pawilon D), dnia **12.12.2018r. o godz. 13:00.**
2. Wyniki konkursu obowiązują po zatwierdzeniu informacji o rozstrzygnięcia postępowania przez Dyrektora *Udzielającego Zamówienia*.
3. *Oferenci* zostaną powiadomieni o wyborze najkorzystniejszej oferty po akceptacji wyników konkursu przez Dyrektora *Udzielającego Zamówienia*, na stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl w zakładce konkursy.

XI. PROTESTY I ODWOŁANIA

Oferentom postępowania przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych przepisami art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2018r., poz. 160) w związku z art. 152-154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz. 1510 ze zm.).

XII. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE.

1. *Udzielający Zamówienia* zobowiązany jest zawrzeć umowę w terminie 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert z Oferentem, którego oferta/oferty jako najkorzystniejsza/najkorzystniejsze została/zostały wybrana/wybrane przez Komisję Konkursową, umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania o treści stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszych SWKO oraz uzupełnienie niniejszej umowy, tj. umowę powierzenia danych osobowych o treści stanowiącej załącznik nr 3 do SWKO.

2. W przypadku, gdy umowa na świadczenia zdrowotne nie zostanie zawarta z winy *Oferenta* wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody wg uregulowań zawartych w Kodeksie Cywilnym.

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
dr n. med. Janusz Kapustecki

.....dnia

FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielenie świadczeń zdrowotnych
z zakresu ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych i pielęgniarki
w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny
w Częstochowie.**

Pełna Nazwa Oferenta:.....

.....

Adres Oferenta:

.....

Nr Księgi Rejestrowej :

NIP:..... REGON:..... KRS:.....

Nr konta bankowego:

Pakiet Nr 1: Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych i pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Za realizację zamówienia oferuję należność w wysokości złotych brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń (słownie:)

Zobowiązuję się do wykonania godzin w okresie 24 m-cy, tj. godzin w miesiącu.

Pakiet Nr 2: Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego przez pielęgniarki anestezjologiczne.

Za realizację zamówienia oferuję należność w wysokości złotych brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń (słownie:)

Zobowiązuję się do wykonania godzin w okresie 24 m-cy, tj. godzin w miesiącu.

- 1) Oświadczam, że zapoznałam/łem się z przepisami art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2016r. poz. 160).
- 2) Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006r. (tekst jednolity Dz. U. z 2017r., poz. 2195 ze zm.), w tym zmianami wchodzącymi w życie z dniem 01.01.2019r. – dołączam potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów, potwierdzające posiadane uprawnienia i kwalifikacje.
- 3) Oświadczam, że z chwilą wejścia w życie zmian w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, tj.: z dniem 01.01.2019r. – będę spełniał jej wymogi.
- 4) Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, którą akceptuję.
- 5) Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert, którą akceptuję.
- 6) Oświadczam, że uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO, tj.: 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
- 7) Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału w postępowaniu i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
- 8) Oświadczam, że zawarte w SWKO projekty umów zostały zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego Zamówienia*.
- 9) Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania tajemnicy informacji – zgodnie z treścią załącznika nr 2 do formularza ofertowego.

- 10) Oświadczam, że będę wykorzystywać oprogramowanie i sprzęt komputerowy zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji – zgodnie z treścią załącznika nr 3 do formularza ofertowego.
- 11) Oświadczam, że będę kontynuował ubezpieczenie OC na cały okres obowiązywania umowy.
- 12) Jednocześnie oświadczam, że w przypadku braku aktualnej polisy OC na dzień składania ofert, będę posiadał aktualną polisę OC w dniu podpisania umowy.
- 13) Ofertę niniejszą składam/y na kolejno ponumerowanych stronach.

.....
Data, Podpis i pieczęć, Oferenta składającego ofertę

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
dr n. med. Janusz Kapustecki

WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego

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.												
2.												
3.												
4.												

Podpis i pieczęć Oferenta