

Szczegółowe warunki konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1) Wykonywanie badań i udzielanie porad lekarskich w zakresie reumatologii na rzecz pacjentów SPG ZOZ w Nowym Wiśniczu;
- 2) Wykonywanie badań i udzielanie porad lekarskich w zakresie medycyny pracy dla pracowników SPG ZOZ w Nowym Wiśniczu;

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r., poz. 217 z późn. zm.), zwanej dalej Ustawą, Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust.1, art. 147 –150, 151 ust. 1,2 i 4 – 6, art.152, 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), przy czym prawa i obowiązki Prezesa Funduszu i Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wykonuje Kierownik Samodzielnego Publicznego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowym Wiśniczu.

ROZDZIAŁ I.

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

1. Przedmiot zamówienia obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w następujących zakresach:

a) Wykonywanie badań i udzielanie porad lekarskich w zakresie reumatologii na rzecz pacjentów SPG ZOZ w Nowym Wiśniczu w wymiarze 300 punktów miesięcznie – w pomieszczeniach i na sprzęcie udzielającego zamówienie

Świadczenia udzielane w środy od godziny 14.00 do godziny 18.00

b) Wykonywanie badań i udzielanie porad lekarskich w zakresie reumatologii na rzecz pacjentów SPG ZOZ w Nowym Wiśniczu w wymiarze 600 punktów miesięcznie – w pomieszczeniach i na sprzęcie udzielającego zamówienie

Świadczenia udzielane w poniedziałki i w czwartki od godziny 08.00 do godziny 12.00

c) Wykonywanie badań, udzielanie porad lekarskich i wydawanie orzeczeń w zakresie medycyny pracy dla pracowników SPG ZOZ w Nowym Wiśniczu – w pomieszczeniach i na sprzęcie przyjmującego zamówienie

2. Świadczenia będące przedmiotem niniejszego konkursu muszą być realizowane przez osoby dysponujące kwalifikacjami o jakich mowa w ogłoszeniu o konkursie z dnia 12.12.2013r., tj. lekarza posiadającego specjalizację z zakresu reumatologii (dot. pkt.1a i pkt. 1b) oraz lekarza posiadającego uprawnienia z zakresu medycyny pracy (dot. pkt. 1c).
3. Niniejsze szczegółowe warunki konkursu będą stanowiły integralną część umowy podpisanej z wybranym oferentem.
4. Warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych szczegółowych warunkach konkursu będą zawarte w umowie, której projekt stanowi **załącznik nr 6**. Akceptacja projektu umowy jest warunkiem udziału w niniejszym konkursie.

ROZDZIAŁ II.

WYMAGANIA I WARUNKI DLA OFERENTÓW

PODSTAWOWE ZASADY PRZEPROWADZENIA KONKURSU OFERT

1. Ofertę składa oferent dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym postępowaniem konkursowym.
2. Korespondencja dotycząca konkursu powinna być kierowana przez oferenta na adres: Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Wiśniczu, 32-720 Nowy Wiśnicz, ul. Podzamcze 4, z dopiskiem na kopercie - **“Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie(wpisać według właściwości z rozdziału I pkt. 1)”**.
3. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający zamówienia stosuje zasady określone w niniejszych "Szczegółowych warunkach konkursu" oraz "Regulaminie pracy komisji konkursowej".
4. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert,
5. O odwołaniu konkursu ofert Udzielający zamówienia zawiadamia pisemnie oferentów biorących w nim udział.

PRZYGOTOWANIE OFERTY

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w "Szczegółowych warunkach konkursu" na formularzu udostępnionym przez Udzielającego zamówienia.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta powinna zawierać wszelkie dokumenty i załączniki wymagane w "Szczegółowych warunkach konkursu".
4. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
5. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim pod rygorem odrzucenia oferty, z wyłączeniem pojęć medycznych.
6. Ofertę oraz każdą z jej stron numeruje i podpisuje oferent lub osoba upoważniona na podstawie pełnomocnictwa złożonego w oryginale w formie pisemnej, poświadczonego przez notariusza.

7.Strony oferty oraz miejsca, w których naniesione zostały poprawki, podpisuje oferent lub osoba, o której mowa w pkt. 6. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego czytelnego zapisu poprawnego.

8.Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Udzielającego zamówienia o wprowadzeniu zmian, lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.

9.Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę z dopiskiem "Zmiana oferty" lub "Wycofanie oferty".

10.Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem: „Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie(**wpisać według właściwości z rozdziału I pkt. 1**)”.

ROZDZIAŁ III

CZAS, NA KTÓRY ZOSTANIE ZAWARTA UMOWA

1. Umowa zostanie zawarta na czas określony nie dłuższy niż 24 miesiące od dnia podpisania.
2. Przewidywany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych ustala się na dzień 01.01.2014 r.

ROZDZIAŁ IV.

OFERTA CENOWA

1. Cena przedmiotu zamówienia winna być wyrażona w złotych polskich (PLN) i jest ceną brutto. Zaoferowana cena będzie obowiązywać przez cały czas trwania umowy.
2. Cenę należy podać na formularzu ofertowym, określonym w **Załączniku Nr 1** do niniejszych warunków.

ROZDZIAŁ V.

KRYTERIA OCENY PRZY WYBORZE OFERTY

Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty na udzielanie świadczeń w oparciu o następujące kryteria:

- właściwe kwalifikacje i posiadane dodatkowe umiejętności oraz uprawnienia zawodowe - potwierdzone stosownymi dokumentami, zgodnie z profilem udzielania świadczeń
- wysokość stawki za jednostkę udzielania świadczeń zdrowotnych,

Ocena cenowa (finansowa) 100 % znaczenia

Data: 12.12.2013 r.

Zatwierdzam: mgr Katarzyna Gnyła
Kierownik Zakładu

ZAŁĄCZNIK Nr 1
do Warunków Konkursu

FORMULARZ OFERTOWY

1. Oferuję świadczenie usługi w zakresie (proszę wpisać i wypełnić właściwą tabelę według wyboru dokonanego z rozdziału I pkt. 1a *, 1b ** bądź 1c ***) zgodnie z Warunkami Konkursu za cenę:

Nazwa usługi	Szacunkowa liczba punktów (miesięcznie)	Oferowana cena jednostkowa brutto za 1 punkt
Świadczenia w zakresie reumatologii *	300	

Nazwa usługi	Szacunkowa liczba punktów (miesięcznie)	Oferowana cena jednostkowa brutto za 1 punkt
Świadczenia w zakresie reumatologii**	600	

Nazwa usługi	Ilość osób podlegających badaniom	Oferowana cena jednostkowa brutto za 1 badanie dla jednego pracownika
Świadczenia w zakresie medycyny pracy***	42	

data

podpis Oferenta

ZAŁĄCZNIK NR 2

do Warunków Konkursu

OŚWIADCZENIE OFERENTA

(wypełnia osoba upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta)

Nazwa Oferenta

.....

Adres

.....

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Regulaminem, warunkami konkursu oraz umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, iż jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi oraz że stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
3. Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponujemy niezbędną wiedzą oraz doświadczeniem, a także wykwalifikowanym personelem zdolnym do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych - zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z projektem umowy i akceptuję proponowane w nim postanowienia oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej do stawienia się w wyznaczonym przez Organizatora konkursu terminie i miejscu w celu podpisania umowy na tychże warunkach
6. Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
7. Proponowany czas trwania umowy:
8. Zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej ofert do zawarcia umowy w miejscu wyznaczonym, oświadczam, iż zobowiązuję się dostarczyć polisę odpowiedzialności cywilnej najpóźniej w dniu zawarcia umowy.

.....

data

.....

podpis Oferenta

ZAŁĄCZNIK NR 3
do Warunków konkursu

LICZBA I KWALIFIKACJE
osób mających udzielać świadczeń zdrowotnych

1.
2.
3.
4.

.....
data

.....
podpis Oferenta

ZAŁĄCZNIK NR 4
do *Warunków Konkursu*

OŚWIADCZENIE OFERENTA

(wypełnia osoba upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta)

Nazwa

Oferenta.....

.....

.....

Adres

.....

.....

.....

Niniejszym, oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię następujące dokumenty:

- wykaz osób mających udzielać świadczeń zdrowotnych wraz z dokumentami potwierdzającymi kwalifikacje;
- potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne.

.....

data

.....

podpis Oferenta

ZAŁĄCZNIK NR 5
do Warunków Konkursu

Opis i nazwa siedziby Oferenta

Nazwa Oferenta	
Nazwa skrócona	
Adres siedziby	
Adres do korespondencji	
Telefon	
Faks	
E-mail	

.....
data

.....
podpis Oferenta