

### **Szczegółowe warunki konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

- 1) Udzielanie świadczeń medycznych lekarskich w zakresie ginekologii i położnictwa na rzecz pacjentów SPG ZOZ w Nowym Wiśniczu;
- 2) Wykonywanie badań USG ginekologicznych i położniczych na rzecz pacjentów SPG ZOZ w Nowym Wiśniczu;
- 3) Wykonywanie świadczeń w zakresie protetyki stomatologicznej;

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:

***1a) Udzielanie świadczeń medycznych lekarskich w zakresie ginekologii i położnictwa na rzecz pacjentów SPG ZOZ w Nowym Wiśniczu w wymiarze 4 godzin tygodniowo – w pomieszczeniach i na sprzęcie udzielającego zamówienie***

***1b) Udzielanie świadczeń medycznych lekarskich w zakresie ginekologii i położnictwa na rzecz pacjentów SPG ZOZ w Nowym Wiśniczu w wymiarze 12 godzin tygodniowo – w pomieszczeniach i na sprzęcie udzielającego zamówienie***

**2) Wykonywanie badań USG ginekologicznych i położniczych na rzecz pacjentów SPG ZOZ w Nowym Wiśniczu w pomieszczeniach i na sprzęcie udzielającego zamówienie**

**3) Wykonywanie świadczeń w zakresie protetyki stomatologicznej;**

2. Świadczenia będące przedmiotem niniejszego konkursu muszą być realizowane przez osoby dysponujące kwalifikacjami o jakich mowa w ogłoszeniu o konkursie z dnia 20.02.2014r.

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 ust. 1 pkt. 1a – pkt. 3)”**.
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 ust. 1 pkt. 1a – pkt. 3**)”.

### **ROZDZIAŁ III**

#### **CZAS, NA KTÓRY ZOSTANIE ZAWARTA UMOWA**

1. Umowa zostanie zawarta na czas określony nie dłuższy niż 36 miesięcy od dnia podpisania.
2. Przewidywany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych o jakich mowa w Rozdziale I ust. 1 pkt. 1a, 1b oraz pkt. 2 ustala się na dzień 01.03.2014 r. natomiast świadczeń wymienionych w Rozdziale I ust. 1 pkt. 3 ustala się na dzień 01.04.2014r.

### **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: 20.02.2014 r.

Zatwierdzam: mgr Katarzyna Gnyla  
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 ust. 1 pkt. 1a \*, 1b \*\*, 2 \*\*\*, 3\*\*\*\* ) zgodnie z Warunkami Konkursu za cenę:

Nazwa usługi	Szacunkowa liczba godzin (tygodniowo)	Oferowana cena jednostkowa brutto za 1 godzinę
Świadczenia w zakresie ginekologii i położnictwa *	4	

Nazwa usługi	Szacunkowa liczba godzin (tygodniowo)	Oferowana cena jednostkowa brutto za 1 godzinę
Świadczenia w zakresie ginekologii i położnictwa **	12	

Nazwa usługi	Szacunkowa liczba badań miesięcznie	Oferowana cena jednostkowa brutto za 1 badanie
Wykonywanie badań USG ginekologicznych i położniczych ***	ok. 70	

Wykonywanie świadczeń z zakresu protetyki stomatologicznej **** / Nazwa usługi	Oferowana cena jednostkowa brutto
Proteza całkowita	
Proteza częściowa w zakresie pow. 8 brakujących zębów (włącznie z kłami) z klamrami	
Proteza częściowa z doginanymi klamrami w zakresie 5-8 brakujących zębów(włącznie z kłami) z klamrami	

Każdy element podtrzymujący protezę	
Każdy dodatkowy punkt w naprawie	
Naprawa złamanej protezy	
Naprawa protezy z wyciskiem	
Częściowe podścielenie protezy	
Całkowite podścielenie protezy	

---

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