

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2015 poz. 618), oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 poz. 581)

### SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

**ZAKRES 1 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie pediatrii, alergologii w ramach Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii:**

**Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4.**

1.1. Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Poradnia Alergologiczna dla Dzieci.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie alergologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w dni robocze w poniedziałki, w poradni od godz. 7:25 do godz. 15:00 do 45 godzin miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.2 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii,**
- **Poradnia Alergologiczna dla Dzieci.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie alergologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze i ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni od 7:25 do 15:00 oraz dyżury medyczne w dni robocze od godz. 15:00 do godz. 7:25, soboty, niedziele i święta od godz. 7:25 do godz. 7:25 zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**ZAKRES 2 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci:**

**Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4.**

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
- udokumentowane 2 letnie doświadczenie w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci (od 0-18 r.ż.).

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od 7:25 do 15:00 oraz dyżury medyczne w dni robocze od godz. 15:00 do godz. 7:25, soboty, niedziele i święta od godz. 7:25 do godz. 7:25 zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz wszelkie zadania wynikające ze specyfiki funkcjonowania oddziału.

**ZAKRES 3 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie urologii dziecięcej i chirurgii dziecięcej w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży:**

**Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4.**

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży,**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie urologii dziecięcej,
- udokumentowane 10 letnie doświadczenie w zakresie urologii,
- udokumentowane doświadczenie w zakresie wykonywania i odczytywania badań urodynamicznych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w klinice w dni robocze od 7:25 do 15:00 do 60 godzin miesięcznie/przez 1 osobę w tym konsultacje, zabiegi chirurgiczne w zakresie urologii dziecięcej, badania urodynamiczne oraz dyżury medyczne w dni robocze od 15:00 do 7:25 zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie pediatrii i neonatologii w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży:**

**Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4.**

4.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży,**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie neonatologii,
- udokumentowany 3 letni staż pracy na oddziale chirurgii dziecięcej (od 0-18 r.ż.).

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w klinice w dni robocze od 7:25 do 15:00 do 160 godzin miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

4.2 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży,**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie neonatologii,
- udokumentowany 5 letni staż pracy na oddziale chirurgii dziecięcej (od 0-18 r.ż.).

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w klinice w dni robocze od 7:25 do 15:00 do 160 godzin miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**ZAKRES 5 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii ogólnej**

**w ramach Kliniki Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej:**

**Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4.**

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej,**
- **Poradnia Chirurgii Ogólnej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chirurgii ogólnej,
- udokumentowane 15 letnie doświadczenie w zakresie chirurgii ogólnej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze i ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni od 7:15 do 14:50 do 166 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze od 14:50 do 7:15 w soboty, niedziele i święta od godz. 7:15 do godz. 7:15 zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**ZAKRES 6 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej:**

**Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4.**

**6.1** Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej,
- tytuł naukowy doktor habilitowany nauk medycznych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie w godzinach od 8:00 do 18:00 w dni robocze do 120 godzin miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy i dyżury medyczne w dni robocze (w godzinach od 13:00 do 8:00 dnia następnego), soboty, niedziele i święta (w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego), a także w formie gotowości do udzielania świadczeń tzw. „dyżuru pod telefonem” w godzinach od 9:00 do 15:00 soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz wykonywanie badań i zabiegów specjalistycznych, konsultacji medycznych.

**6.2** Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej,
- minimum 10-letnie doświadczenie zawodowe w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie do 90 godzin miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy i dyżury medyczne w dni robocze (w godzinach od 13:00 do 8:00 dnia następnego), soboty, niedziele i święta (w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego), a także w formie gotowości do udzielania świadczeń tzw. „dyżuru pod telefonem” w godzinach od 9:00 do 15:00 soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz wykonywanie badań i zabiegów specjalistycznych, konsultacji medycznych.

**6.3** Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie do 80 godzin miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy i dyżury medyczne w dni robocze (w godzinach od 13:00 do 8:00 dnia następnego), soboty, niedziele i święta (w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz wykonywanie badań i zabiegów specjalistycznych.

#### **ZAKRES 7 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie neurologii w ramach Kliniki Neurologii:**

**Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4.**

##### 7.1. Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Neurologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja lub w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie neurologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów medycznych w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

##### 7.2. Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Neurologii,**
- **Poradnia Neurologiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja lub w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie neurologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze i ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni od 7:25 do 15:00 do 160 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

##### 7.3 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Poradnia Neurologiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie neurologii.

Przedmiot konkursu obejmuje ambulatoryjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

#### **ZAKRES 8 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie psychiatrii w ramach Kliniki Psychiatrii:**

**Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4.**

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Oddział Zaburzeń Lękowych i Afektywnych.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie psychiatrii,
- udokumentowane 3 letnie doświadczenie na oddziale leczenia zaburzeń lękowych i afektywnych,
- udokumentowane umiejętności psychoterapeutyczne.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od 7:30 do 14:30 do 120 godzin miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**Wymagania konieczne dla Oferentów zainteresowanych świadczeniem usług:**

- a) W konkursie ofert w myśl art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zamówienie może być udzielone podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych (przyjmujący zamówienie),
- b) Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- c) Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, 151 ust. 1, 2, 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- d) Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie oraz na zasadach określonych w umowie, a udzielający zamówienia do zapłaty wynagrodzenia za udzielanie tych świadczeń,
- e) Osoby udzielające świadczeń w imieniu Oferenta lub sam Oferent (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) nie pozostają w stosunku pracy z Udzielającym zamówienie i Oferent zobowiąże się do utrzymania takiego stanu w trakcie trwania umowy, zawartej w wyniku niniejszego konkursu, w zakresie świadczeń zdrowotnych. W przypadku wyłonienia oferty oferenta związanego stosunkiem pracy z Udzielającym zamówienia, oferent (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) zobowiązuje się do rozwiązania umowy o pracę z dniem zawarcia umowy o świadczenia zdrowotne.

**Do konkursu mogą przystąpić tylko i wyłącznie osoby spełniające wymagania określone w przepisach szczególnych oraz niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu (dalej SWK).**

**W sprawach nieuregulowanych w SWK stosuje się obowiązujące przepisy prawa.**

**WYMOGI FORMALNE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim zgodnie z SWK, w formie maszynopisu lub wydruku i dołączyć od niej wymagane załączniki (dopuszczalne jest wypełnienie załączników przy użyciu długopisu lub pióra czytelnym pismem).
2. Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Tekst tłumaczenia wraz z dokumentem oryginalnym należy dołączyć do oferty.
3. Wszelkie poprawki, przekreślenia lub zmiany w ofercie powinny być parafowane przez Oferenta.
4. Formularz ofertowy należy opracować na załączonym druku „OFERTA”.
5. Oferent nie może dokonywać żadnych zmian we wzorze druku „OFERTA”.
6. Do formularza oferty należy dołączyć wszelkie wymagane w SWK dokumenty.
7. Jeżeli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – konieczne jest jego poświadczenie „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.
8. Udzielający zamówienia może żądać w trakcie postępowania konkursowego oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu załączonego przez Oferenta wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez Oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej autentyczności.

9. Kompletna oferta powinna składać się z:
  - 1) formularza ofertowego Załącznik nr 1 lub nr 2 lub nr 3 lub 4 lub 5 lub 6 lub nr 7 lub nr 8 lub nr 9 lub 10 lub 11 lub 12 lub 13 lub 14.
  - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z zał. nr 1 lub nr 2 lub nr 3 lub nr 4 lub nr 5 lub nr 6 lub nr 7 lub nr 8 lub nr 9 lub nr 10 lub nr 11 lub nr 12 lub nr 13 lub nr 14)
10. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub nadane jako przesyłka pocztowa, niezależnie od daty nadania, będą odrzucane, jeżeli wpłyną do kancelarii szpitala po terminie zakreślonym do ich złożenia.
11. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę w jednym, wybranym przez siebie zakresie. Złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie każdej z nich.
12. Propozycje rozwiązań alternatywnych lub wariantowych nie będą brane pod uwagę.
13. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

#### **TERMIN, MIEJSCE ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA OFERT**

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie

**w dniach od 10.10.2016 r. do 14.10.2016 r. do godz. 10:30**

**(wyłącznie w dni powszednie) w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9.**

2. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w kopercie opatrzonej napisem:

***„ Konkurs ofert nr .....na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... ogłoszenia  
(należy wpisać nr zakresu, na który składana jest oferta)  
nie otwierać przed 14.10.2016 r. godz. 11:30 ”***

3. Na wniosek Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty wraz z numerem jakim została oznakowana oferta.
4. W przypadku nadania oferty za pośrednictwem poczty należy ofertę umieścić w zaklejonej i opisanej kopercie w sposób określony powyżej, następnie zaklejoną kopertę włożyć do kolejnej koperty i zaadresować, z dopiskiem „***Konkurs ofert nr .....na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... ogłoszenia (należy wpisać nr zakresu, na który składana jest oferta)***” pod niżej wskazany adres.

**Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza  
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9  
85-094 Bydgoszcz**

5. W przypadku osobistego złożenia oferty przez Oferenta należy umieścić na kopercie adres zwrotny. Powyższe dotyczy również wewnętrznej koperty oferty złożonej drogą pocztową bez zwrotnego potwierdzenia nadania.
6. Oferta przesłana pocztą złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Szpitala przed upływem terminu zakreślonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w rejestrze Kancelarii Szpitala.

**UDZIELANIE WYJAŚNIENÍ dot. KONKURSU**

1. Każdy Oferent może zwrócić się do Udzielającego zamówienia o wyjaśnienie treści SWK.
2. Do kontaktów z Oferentami upoważnione są: Jowita Kokocha, Marlena Nawrot oraz Aleksandra Borucka (tel. 52 585 49 55, 52 585 41 63 w godzinach od 09:00 do 14:00).

### **MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT**

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa **w dniu 14.10.2016 r. o godz. 11:30** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 19.10.2016 r. do godz. 15:00**.

### **POSTĘPOWANIE KONKURSOWE**

1. Otwarcie ofert nastąpi w terminie i miejscu wskazanym w ogłoszeniu oraz w SWK.
2. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej. Oferent może uczestniczyć tylko w jawnej części konkursu.
3. Komisja konkursowa:
  - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz informuje o liczbie otrzymanych ofert;
  - 2) ogłasza dane personalne oraz adres Oferenta, którego oferta jest otwierana;
  - 3) jeżeli oferta dotyczy określonej części/zakresu (określonych świadczeń), na które oferent złoży swoją aplikację, Komisja konkursowa również o tym informuje;
  - 4) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w SWK;
  - 5) odrzuca oferty nieodpowiadające wymogom określonym w SWK lub złożone po terminie;
  - 6) ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w SWK, a które zostały odrzucone;
  - 7) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia składane przez Oferentów;
  - 8) komisja konkursowa wzywa Oferentów do usunięcia braków formalnych w terminie 2 dni od daty otwarcia ofert pod rygorem odrzucenia oferty;
  - 9) wybiera najkorzystniejsze oferty.
4. Czynności, o których mowa ust. 3 pkt. 4, 5 i 9 komisja konkursowa przeprowadza na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów.
5. W trybie przewidzianym w ust. 3 pkt. 8 nie można dokonać uzupełnienia oferty w zakresie propozycji cenowej oraz warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych.

### **KRYTERIA OCENY OFERT**

1. Podstawą oceny ofert złożonych przez Oferentów, będą następujące kryteria:

– **stawka za udzielanie świadczeń: 100 %**

stawka minimalna

-----x waga kryterium = punktacja

stawka oferty badanej

Stawka minimalna najmniejsza deklarowana stawka spośród wszystkich ofert.

*Przyjmuje się, że 1%=1 pkt. i tak zostanie przeliczona liczba punktów.*

2. Jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie postępowanie ulega unieważnieniu w tym zakresie.
3. W przypadku, gdy kilku oferentów uzyska jednakową ilość punktów, pod uwagę będą brane:
  - dodatkowe staż i doświadczenie  
każdy dodatkowy rok stażu = 0,01 pkt.;
  - dodatkowe kursy lub specjalizacja  
każdy dodatkowy kurs lub specjalizacja = 0,05 pkt.

### **ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU**

1. Komisja konkursowa dokonując wyboru kieruje się przedstawionymi powyżej kryteriami oceny ofert.
2. Jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty złożonej w danym zakresie przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, Dyrektor Szpitala unieważnia postępowanie w tym zakresie.
3. Komisja konkursowa niezwłocznie przedstawia Udzielającemu zamówienia (Dyrektorowi Szpitala) protokół z przebiegu konkursu.
4. Komisja konkursowa powiadomi o wyniku konkursu podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko świadczeniodawcy, który został wybrany. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na tablicy ogłoszeń Szpitala oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.
5. Odrzuca się ofertę:
  - 1) złożoną przez oferenta po terminie;
  - 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
  - 3) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
  - 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
  - 6) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
  - 7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienia.
  - 8) złożoną przez świadczeniodawcę, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

### **TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Oferent jest związany ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.



## **PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA**

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu na każdym jego etapie oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny, w tym części/zakresu konkursu.
2. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu do składania ofert, Udzielający zamówienia może zmodyfikować treść ogłoszenia oraz dokumentów składających się na SWK dotyczących zmiany terminu składania ofert.
3. O każdej zmianie Udzielający zamówienia zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
4. Oferta musi wyrażać stanowczą wolę oferenta zawarcia umowy o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługuje status Oferenta.
5. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
6. Umowy na świadczenie usług zawarte zostaną od Umowy na świadczenie usług zawarte zostaną od **01.11.2016 r. do 31.10.2019 r. w zakresie 1,1,2,3,6,7,8** oraz od **01.12.2016 r. do 30.11.2019 r. w zakresie 1,2, 4** oraz od **01.01.2017 r. do 31.12.2019 r. w zakresie 5**.
7. Oferty odrzucone, nieprzyjęte a także w przypadku odwołania, uwzględnienia protestu lub umorzenia części/zakresu postępowania konkursowego zostaną stosownie do odpowiedniej części/zakresu komisyjnie zniszczone.

### **UNIEWAŻNIENIE KONKURSU**

1. Unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, następuje gdy:
  - 1) nie wpłynęła żadna oferta;
  - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
  - 3) odrzucono wszystkie oferty;
  - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający Zamówienie przeznaczył na finansowanie w danym postępowaniu;
  - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

### **PRAWO OFERENTÓW DO ODWOŁAŃ**

1. Oferenci, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
  - 1) wybór trybu postępowania,
  - 2) niedokonanie wyboru Oferenta,
  - 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Szpitala, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

**ZATWIERDZAM**

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

### OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez **lekarzy specjalistów w zakresie pediatrii, alergologii**  
w ramach Poradni Alergologicznej dla Dzieci – w zakresie 1.1

#### I. DANE O OFERENCIE:

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu</b>		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>Telefon</b>		

#### II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

**pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń ambulatoryjnych w Poradni Alergologicznej dla Dzieci zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.11.2016 r. do 31.10.2019 r.**

### **III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętąką imienną.**

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

### OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez **lekarzy specjalistów w zakresie pediatrii, alergologii w ramach Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii – w zakresie 1.2**

#### I. DANE O OFERENCIE:

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu</b>		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>Telefon</b>		

#### II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

**pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedzielę, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń ambulatoryjnych w Poradni Alergologicznej dla Dzieci zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.12.2016 r. do 30.11.2019 r.**

**III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.**

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie anesteziologii  
i intensywnej terapii w Oddziale Klinicznym Anesteziologii i Intensywnej  
Terapii dla Dzieci– w zakresie 2.

\*właściwe podkreślić.

**I. DANE O OFERENCIE:**

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu</b>		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>Telefon</b>		

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

**pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedzielę, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

4) Proponowany czas trwania umowy: **od 01.11.2016 r. do 31.10.2019 r.**

**III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.**

.....

podpis Oferenta



.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarza specjalistę w zakresie urologii dziecięcej i chirurgii dziecięcej w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży**  
– w zakresie 3.

\*właściwe podkreślić.

**I. DANE O OFERENCIE:**

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu</b>		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>Telefon</b>		

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

**pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

4) Proponowany czas trwania umowy: **od 01.11.2016 r. do 31.10.2019 r.**

### **III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.**

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie pediatrii i neonatologii  
w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży  
– w zakresie 4.1

\*właściwe podkreślić.

**I. DANE O OFERENCIE:**

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu</b>		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>Telefon</b>		

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

**pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

4) Proponowany czas trwania umowy: **od 01.12.2016 r. do 30.11.2019 r.**

### **III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.**

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarzy specjalistów w zakresie pediatrii i neonatologii**  
**w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży**  
– w zakresie 4.2

\*właściwe podkreślić.

**I. DANE O OFERENCIE:**

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu</b>		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>Telefon</b>		

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

**pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

.....% procentowy udział (prowizja) w zapłaconej sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ wykonanych w:

Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży w zakresach: chirurgia dziecięca - hospitalizacja, chirurgia dziecięca - hospitalizacja - pakiet onkologiczny, neonatologia - hospitalizacja II poziom referencyjny, neonatologia - hospitalizacja II poziom referencyjny - N20, N22, N23, N24, N25, przy czym wartość zapłaconej sprzedaży, dla potrzeb naliczenia prowizji, będzie ustalana na podstawie wyceny świadczeń, zawartej w umowie z NFZ obowiązującej na dzień zawarcia niniejszej Umowy (niezależnie od ewentualnych zmian tej wyceny) oraz ten sam procentowy udział w kwotach zapłaconych przez pacjentów (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) we wskazanych jednostkach organizacyjnych.

4) Proponowany czas trwania umowy: **od 01.12.2016 r. do 30.11.2019 r.**

### **III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.**

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

### OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę **przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii ogólnej w ramach Kliniki Wątroby i Chirurgii Ogólnej– w zakresie 5**

\*właściwe podkreślić.

#### I. DANE O OFERENCIE:

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu</b>		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>Telefon</b>		

#### II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

**pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedzielę, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

.....% procentowy udział (prowizja) w zapłaconej sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ wykonanych w Klinice:

1. Klinice Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej w zakresach: chirurgia ogólna - hospitalizacja, chirurgia ogólna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny, przy czym wartość zapłaconej sprzedaży, dla potrzeb naliczenia prowizji, będzie ustalana na podstawie wyceny świadczeń, zawartej w umowie z NFZ według stanu na dzień 01.12.2016 r. oraz ten sam procentowy udział w kwotach zapłaconych przez pacjentów (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) we wskazanych jednostkach organizacyjnych,

..... % - wartości świadczenia płatnego przez NFZ za osobiście wykonane świadczenia w Poradni, z wyłączeniem udzielania świadczeń zdrowotnych w formie porady onkologicznej,

..... PLN za poradę onkologiczną w Poradni.

4) Proponowany czas trwania umowy: **od 01.01.2017 r. do 31.12.2019 r.**

### **III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.**

.....

podpis Oferenta



.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

### OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez **lekarzy specjalistów w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej – w zakresie 6.1**

#### I. DANE O OFERENCIE:

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu</b>		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>Telefon</b>		

#### II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

**pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedzielę, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem,

udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Konsylium tzw. Pakietu Onkologicznego:  
..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń w formie konsultacji medycznych.

**1. Świadczenia w trakcie udzielania świadczeń w dni robocze i dyżurów medycznych:**

..... PLN za 1 badanie tomografii komputerowej,

..... PLN za 1 badanie MR,

..... PLN za 1 badanie angio-TK,

..... PLN za 1 badanie USG,

..... PLN za 1 badanie USG Doppler,

..... PLN za 1 badanie USG przyłózkowe,

..... PLN za 1 opis zdjęcia RTG,

..... PLN za 1 badanie kontrastowe RTG,

..... PLN za 1 angiografię DSA,

..... PLN za 1 angioplastykę,

..... PLN za 1 embolizację obwodową,

..... PLN za 1 chemoembolizację,

..... PLN za 1 implantację stentgrafu,

..... PLN za 1 embolizację do 3 spiral,

..... PLN za 1 embolizację 4-6 spiral,

..... PLN za 1 embolizację powyżej 6 spiral,

..... PLN za 1 embolizację z remodelingiem,

..... PLN za 1 inny zabieg wewnątrzczaszkowy,

..... PLN za 1 konsultację specjalistyczną,

**2. Świadczenia na wezwania w ramach gotowości do udzielania świadczeń tzw. „dyżurów pod tel.” w soboty, niedziele i święta:**

krwawienie wewnątrzczaszkowe z tętniaka lub innej malformacji wewnątrzczaszkowej: ..... PLN,

kolejne krwawienie wewnątrzczaszkowe z tętniaka lub innej malformacji wewnątrzczaszkowej na wezwanie w trakcie bieżącego zabiegu: ..... PLN,

ostre rozwarstwienie aorty piersiowej: ..... PLN,

kolejne ostre rozwarstwienie aorty piersiowej na wezwanie w trakcie bieżącego zabiegu: ..... PLN,

ostre krwawienie z tętnicy obwodowej: ..... PLN,

kolejne ostre krwawienie z tętnicy obwodowej na wezwanie w trakcie bieżącego zabiegu: ..... PLN,

angiograficzne potwierdzenie śmierci mózgu: ..... PLN,

kolejne angiograficzne potwierdzenie śmierci mózgu na wezwanie w trakcie bieżącego zabiegu:

..... PLN,

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.11.2016 r. do 31.10.2019 r.**

**III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy);
- 9) aktualny certyfikat ochrony radiologicznej.

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.**

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

### OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez **lekarzy specjalistów w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej – w zakresie 6.2**

#### I. DANE O OFERENCIE:

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu</b>		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>Telefon</b>		

#### II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

**pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedzielę, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem,

udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Konsylium tzw. Pakietu Onkologicznego:  
..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń w formie konsultacji medycznych.

**1. Świadczenia w trakcie udzielania świadczeń w dni robocze i dyżurów medycznych:**

..... PLN za 1 badanie tomografii komputerowej,  
..... PLN za 1 badanie MR,  
..... PLN za 1 badanie angio-TK,  
..... PLN za 1 badanie USG,  
..... PLN za 1 badanie USG Doppler,  
..... PLN za 1 badanie USG przyłózkowe,  
..... PLN za 1 opis zdjęcia RTG,  
..... PLN za 1 badanie kontrastowe RTG,  
..... PLN za 1 angiografię DSA,  
..... PLN za 1 angioplastykę, wszczepienie filtra do vci,  
..... PLN za 1 embolizację obwodową,  
..... PLN za 1 chemoembolizację, TIPS,  
..... PLN za 1 wszczepienie stentgraftu lub protezy zastawki aortalnej,  
..... PLN za 1 embolizację do 3 spiral,  
..... PLN za 1 embolizację 4-6 spiral,  
..... PLN za 1 embolizację powyżej 6 spiral,  
..... PLN za 1 embolizację z remodelingiem,  
..... PLN za 1 inny zabieg wewnątrzczaszkowy,  
..... PLN za 1 konsultację specjalistyczną,

**2. Świadczenia na wezwania w ramach gotowości do udzielania świadczeń tzw. „dyżurów pod tel.” w soboty, niedziele i święta:**

krwawienie wewnątrzczaszkowe z tętniaka lub innej malformacji wewnątrzczaszkowej: ..... PLN,  
kolejne krwawienie wewnątrzczaszkowe z tętniaka lub innej malformacji wewnątrzczaszkowej na wezwanie w trakcie bieżącego zabiegu: ..... PLN,  
ostre rozwarstwienie aorty piersiowej: ..... PLN,  
kolejne ostre rozwarstwienie aorty piersiowej na wezwanie w trakcie bieżącego zabiegu: ..... PLN,  
ostre krwawienie z tętnicy obwodowej: ..... PLN,  
kolejne ostre krwawienie z tętnicy obwodowej na wezwanie w trakcie bieżącego zabiegu: ..... PLN,  
angiograficzne potwierdzenie śmierci mózgu: ..... PLN,  
kolejne angiograficzne potwierdzenie śmierci mózgu na wezwanie w trakcie bieżącego zabiegu:  
..... PLN.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.11.2016 r. do 31.10.2019 r.**

**III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy);
- 9) aktualny certyfikat ochrony radiologicznej.

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.**

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagławkowa oferenta

### OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez **lekarzy specjalistów w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej – w zakresie 6.3.**

#### I. DANE O OFERENCIE:

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu</b>		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>Telefon</b>		

#### II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

**pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedzielę, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem,

udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Konsylium tzw. Pakietu Onkologicznego:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń w formie konsultacji medycznych,

..... PLN za 1 badanie tomografii komputerowej,

..... PLN za 1 badanie MR,

..... PLN za 1 badanie angio-TK,

..... PLN za 1 badanie USG,

..... PLN za 1 badanie USG Doppler,

..... PLN za 1 badanie USG przyłóżkowe,

..... PLN za 1 opis zdjęcia RTG,

..... PLN za 1 badanie kontrastowe RTG.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.11.2016 r. do 31.10.2019 r.**

### **III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy);
- 9) aktualny certyfikat ochrony radiologicznej.

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.**

.....

podpis Oferenta



.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

### OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez lekarza w zakresie neurologii w Klinice Neurologii  
– w Zakresie 7.1.

#### I. DANE O OFERENCIE:

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu</b>		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>Telefon</b>		

#### II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

**pod numerem NIP**.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedzielę, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.11.2016 r. do 31.10.2019 r.**

**III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.**

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

### OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez **lekarzy w zakresie neurologii w ramach Kliniki Neurologii**  
– w Zakresie 7.2.

#### I. DANE O OFERENCIE:

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu</b>		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>Telefon</b>		

#### II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

**pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedzielę, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy, stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego

wzrasta o ..... PLN w dni robocze, soboty, niedzielę i święta po przekroczeniu **80 godzin** w danym miesiącu,

..... % procentowy udział (prowizja) w zapłaconej sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ wykonanych w:

1. Klinice Neurologii w zakresach NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA, NEUROLOGIA -HOSPITALIZACJA - A48, A51, przy czym wartość zapłaconej sprzedaży, dla potrzeb naliczenia prowizji, będzie ustalana na podstawie wyceny świadczeń, zawartej w umowie z NFZ obowiązującej na dzień zawarcia niniejszej Umowy (niezależnie od ewentualnych zmian tej wyceny) oraz ten sam procentowy udział w kwotach zapłaconych przez pacjentów (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) we wskazanych jednostkach organizacyjnych.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.11.2016 r. do 31.10.2019 r.**

### **III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.**

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

### OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez **lekarza w zakresie neurologii w ramach Kliniki Neurologii**  
– w zakresie 7.3.

#### I. DANE O OFERENCIE:

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu</b>		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>Telefon</b>		

#### II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

**pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... % - wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.11.2016 r. do 31.10.2019 r.**

### **III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.**

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**

na świadczenie usług zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie psychiatrii w ramach Kliniki Psychiatrii– w zakresie 8.

**I. DANE O OFERENCIE:**

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu</b>		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>Telefon</b>		

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

**pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.11.2016 r. do 31.10.2019 r.**

### **III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.**

.....

podpis Oferenta