

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 pielęgniarkę w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii:**

Miejsce udzielania świadczeń jest:

- Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- dyplom magistra w zakresie pielęgniarstwa,
- udokumentowany 2 letni staż pracy.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 144 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

#### **ZAKRES 2- udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii:**

Miejsce udzielania świadczeń jest:

- Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane 2 letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku pielęgniarki.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 240 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

#### **ZAKRES 3- udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Kardiologii:**

**3.1** Miejsce udzielania świadczeń jest:

- Klinika Kardiologii.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane 3 letni staż pracy na oddziale zachowawczym,
- pozytywna opinia z poprzedniego miejsca pracy.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 160 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

### **3.2 Miejsce udzielania świadczeń jest:**

- Klinika Kardiologii- Pracownia Kardiologii Inwazyjnej.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 8 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowany 5 letni staż pracy w pracowni kardiologii inwazyjnej,

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 240 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

### **ZAKRES 4- udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej:**

Miejsce udzielania świadczeń jest:

- Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- dyplom licencjata w zakresie pielęgniarstwa,
- udokumentowany 5 letni staż pracy w zakładzie radiologii,
- specjalizacja w zakresie pielęgniarstwa zachowawczego,
- certyfikat z obsługi strzykawki automatycznej,
- udokumentowana znajomość wykonywania procedur diagnostycznych w pracowniach konwencjonalnych TK, MR, DSA oraz znajomość wykonywania procedur na Sali hybrydowej i Sali kardiochirurgicznej.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie czynności pielęgniarstkich.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 170 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

### **ZAKRES 5- udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Klinice Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej:**

Miejsce udzielania świadczeń jest:

- Klinika Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie pielęgniarstwa,
- udokumentowany 10 letni staż pracy.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie czynności pielęgniarstkich.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 120 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

### **ZAKRES 6 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Zespole Sal Operacyjnych:**

**6.1 Miejsce udzielania świadczeń jest:**

- Zespół Sal Operacyjnych.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowany 2 letni staż pracy na bloku operacyjnym.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 220 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**6.2 Miejsce udzielania świadczeń jest:**

- Zespół Sal Operacyjnych.

**Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:**

- specjalizacja w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego,
- udokumentowany 5 letni staż pracy na bloku operacyjnym.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 160 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**ZAKRES 7- udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii:**

**Miejsce udzielania świadczeń jest:**

- I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.

**Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:**

- udokumentowane roczne doświadczenie zawodowe na stanowisku pielęgniarki na oddziale anestezjologii i intensywnej opieki,
- pozytywna opinia z poprzedniego miejsca pracy.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 120 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**ZAKRES 8- udzielanie świadczeń zdrowotnych przez techników elektroradiologii w Klinice Kardiologii:**

**Miejsce udzielania świadczeń jest:**

- Klinika Kardiologii- Pracownia Kardiologii Inwazyjnej.

**Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 5 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:**

- dyplom technika elektroradiologii,
- udokumentowana znajomość obsługi specjalistycznej aparatury RTG,
- udokumentowany staż pracy w pracowni inwazyjnej.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie obsługi aparatury medycznej w zakresie kardiologii inwazyjnej.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 220 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**ZAKRES 9- udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychoterapeutę w Klinice Psychiatrii.**

**Miejsce udzielania świadczeń jest:**

- Klinika Psychiatrii-Oddział Zaburzeń Lękowych i Afektywnych.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- dyplom magistra psychologii,
- kurs psychoterapii atestowany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne,
- udokumentowany ukończony kurs psychoterapii akredytowany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz w trakcie certyfikacji,
- udokumentowany staż pracy na oddziale zaburzeń lękowych i afektywnych.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie psychoterapii.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 55 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

### **ZAKRES 10- udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych w Klinice Kardiologii.**

Miejsce udzielania świadczeń jest:

- Klinika Kardiologii.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- dyplom licencjata w zakresie ratownictwa medycznego,
- udokumentowane 3 letnie doświadczenie w oddziale ratunkowym.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie ratownictwa medycznego.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 240 godzin miesięcznie na 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 2 lub 3 lub 4 lub 5,
  - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z zał. nr 1 lub 2 lub 3 lub 4 lub 5).
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 10.07.2015 r. do 16.07.2015 r. do godz. 11:30**

**(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 16.07.2015 r. godz. 12:30”***

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 określonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w rejestrze Kancelarii Szpitala.

#### **UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ 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 w godzinach od 09:00 do 14:00).

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

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa **w dniu 16.07.2015 r. o godz. 12:30** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **w dniu 21.07.2015 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.

### **ROZSTRZYGNIECIE 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 zamówienie.
  - 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 OFERTA**

Oferent jest związany ofertą przez okres 30 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 w zakresie od 1 do 3 i w zakresie od 5 do 10 zawarte zostaną na okres od dnia 01.08.2015r. do dnia 31.07.2018r., natomiast w zakresie 4 od 01.08.2015r. do 30.06.2017r.
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 nagłwkowa oferenta

**OFERTA**

na świadczenie usług zdrowotnych przez pielęgniarki w zakresie **1, 2, 3.1, 3.2, 5, 6.1, 6.2, 7 \***  
\* - **niepotrzebne skreślić**

.....

**I. DANE O OFERENCIE:**

|  |                    |  |
|--|--------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko<br/>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 oraz dni świąteczne,

4) proponowany czas trwania umowy od dnia **01.08.2015 r. do dnia 31.07.2018 r.**

### **III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności 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)kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
- 8) dokumenty potwierdzające staż pracy.

.....  
Podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**

na świadczenie usług zdrowotnych przez pielęgniarkę w zakresie **4**

.....

**I. DANE O OFERENCIE:**

|  |                    |  |
|--|--------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko<br/>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 oraz dni świąteczne,

4) proponowany czas trwania umowy od dnia **01.08.2015 r. do dnia 30.06.2017 r.**

**III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności 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) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
- 8) dokumenty potwierdzające staż pracy.

.....  
Podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**

na świadczenie usług zdrowotnych przez techników elektroradiologii w zakresie **8**

.....  
**I. DANE O OFERENCIE:**

|  |                    |  |
|--|--------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko<br/>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-obsługa

4) proponowany czas trwania umowy **od 01.08.2015 r. do 31.07.2018 r.**

Inne:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopie specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 4) 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.
- 5) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (m.in. kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego),
- 6) dokumenty potwierdzające staż pracy.

.....  
Podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**

na świadczenie usług zdrowotnych przez ratownika medycznego w **zakresie 10**

.....

**I. DANE O OFERENCIE:**

|  |                    |  |
|--|--------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko<br/>lub nazwa zakładu</b> |                    |  |
| <b>AD<br/>RES</b>                            | Kod pocztowy       |  |
|  | Miejscowość        |  |
|  | Ulica              |  |
|  | Nr domu/mieszkania |  |
| <b>NIP</b>                                   |                    |  |
| <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 oraz dni świąteczne,

4) proponowany czas trwania umowy od dnia **01.08.2015 r. do dnia 31.07.2018 r.**

### **III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych (jeżeli dotyczy);
- 5) polisa od odpowiedzialności 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) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego);
- 8) dokumenty potwierdzające staż pracy.

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**

na świadczenie usług zdrowotnych przez psychoterapeutę w **zakresie 9**

.....

**I. DANE O OFERENCIE:**

|  |                    |  |
|--|--------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko<br/>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 w zakresie psychoterapii,

4) proponowany czas trwania umowy od dnia **01.08.2015 r. do dnia 31.07.2018 r.**

**III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
- 4) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 5) 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,
- 6) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia (jeżeli dotyczy);
- 7) dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe (jeżeli dotyczy),
- 8) udokumentowany staż pracy.

.....  
Podpis Oferenta