

numer postępowania: NHR.2017.120.5

Bydgoszcz, dnia 21 lutego 2017 r.

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 z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w ramach Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w tym:**
 - 1) **Poradnia Anestezjologiczna,**
 - 2) **Poradnia Leczenia Bólu,**
- **sale operacyjne i zabiegowe, inne kliniki i zakłady Szpitala oraz Zespół Specjalistycznych Poradni Przyklinicznych z wyłączeniem:**
 - 1) **Kliniki Kardiologii,**
 - 2) **Kliniki Chirurgii Dziecięcej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie minimum 24 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Przedmiot konkursu obejmuje kompleksowe udzielanie świadczeń w zakresie stacjonarnym i ambulatoryjnym w godzinach: od 07:25 do 15:00 udzielanie świadczeń w dni robocze, od 7:25 do 17:00 znieczulenia do zabiegów planowanych oraz w ramach dyżurów w dni robocze od 15:00 do 07:25 dnia następnego oraz od 07:25 do 7:25 dnia następnego w soboty, niedziele i święta zgodnie z harmonogramem pracy.

ZAKRES 2 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów z zakresu neurochirurgii w ramach Kliniki Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

2.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej, w tym:
Poradnia Neurochirurgiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie neurochirurgii,
- stopień naukowy doktor habilitowany nauk medycznych,
- udokumentowane doświadczenie zawodowe w pracy na oddziale neurochirurgicznym pełnoprofilowym.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze, dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

2.2 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej, w tym: Poradnia Neurochirurgiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie neurochirurgii,
- stopień naukowy doktor nauk medycznych,
- udokumentowane co najmniej 15 letnie doświadczenie zawodowe.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze, dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

2.3 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej, w tym: Poradnia Neurochirurgiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie neurochirurgii,
- stopień naukowy doktor nauk medycznych,
- udokumentowane co najmniej 10 letnie doświadczenie zawodowe.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze, dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 3 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5, 85150000-5.

3.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 5 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub równoważnej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze do 120 godzin miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz dyżury medyczne, w dni robocze w godzinach od 13:00 do 8:00 dnia następnego, a także w soboty, niedziele i święta w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

3.2 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 4 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub równoważnej.

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

3.3 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 lub równoważnej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze do 60 godzin miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz dyżury medyczne, w dni robocze w godzinach od 13:00 do 8:00 dnia następnego, a także w soboty, niedziele i święta w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów z zakresu rehabilitacji w Klinice Rehabilitacji.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Rehabilitacji oraz inne jednostki Udzielającego zamówienia.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie rehabilitacji medycznej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze do 100 godzin miesięcznie/przez 1 osobę w Klinice Rehabilitacji zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz konsultacje lekarskie w innych jednostkach Udzielającego zamówienia.

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 nr 4.
 - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z zał. nr 1 lub nr 2 lub nr 3, lub nr 4).
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 21.02.2017 r. do 27.02.2017 r. do godz. 12:30

(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 NHR.2017.120.5 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszenia
(należy wpisać nr zakresu, na który składana jest oferta)
nie otwierać przed 27.02.2017 r. godz. 13:00 ”***

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 NHR.2017.120.5 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 oraz numer telefonu kontaktowego. 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 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, 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 27.02.2017 r. do godz. 13:00** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 02.03.2017 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 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 OFERTĄ

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

PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia 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 **w zakresie 1, 3.1, 3.2, 3.3, 4, od 01.04.2017 r. do 31.03.2020 r.; w zakresie 2.1, 2.2, 2,3 od 01.04.2017 r. do 31.03.2021 r.**
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

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w ramach Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Zakres 1**

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|--|--------------------|--|
| Imię i nazwisko lub nazwa zakładu | | |
| ADRES | Kod pocztowy | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| Telefon | | |

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:

| | |
|----------------------------|--|
| Świadczenia medyczne w OIT |% wartości każdego wypracowanego punktu kontraktu z NFZ |
|----------------------------|--|

ZNIECZULENIA:

standardowe (ASA 1 i 2 planowych, bez kardiochirurgii)

| pierwsza godzina: | STAWKA PROPONOWANA: |
|--|----------------------------|
| ogólne | PLN |
| podpajęczce | PLN |
| zop | PLN |
| łączone | PLN |
| blokada | PLN |
| krótkie iv | PLN |
| analgesedacja | PLN |
| nadzór | PLN |
| każde następne rozpoczęte 0,5 godziny: | PLN |

rozszerzone (dyżurne, ASA 3-5, bez kardiochirurgii)

| pierwsza godzina: | STAWKA PROPONOWANA: |
|--|----------------------------|
| ogólne | PLN |
| podpajęczce | PLN |
| zop | PLN |
| łączone | PLN |
| blokada | PLN |
| krótkie iv | PLN |
| analgesedacja | PLN |
| nadzór | PLN |
| każde następne rozpoczęte 0,5 godziny: | PLN |

| Transplantologia: | STAWKA PROPONOWANA: |
|--|----------------------------|
| udział w komisji: | PLN |
| opieka nad dawcą: | PLN |
| znieczulenie do przeszczepu nerki: | PLN |
| koordynacja pobrania narządów: | PLN |
| Poradnia: | STAWKA PROPONOWANA: |
| Poradnia Leczenia Bólu: | PLN |
| Poradnia Konsultacyjna: | PLN |
| Inne świadczenia anestezyjologiczne: | STAWKA PROPONOWANA: |
| Interwencje: | PLN |
| Wybudzenia: | PLN |
| Wkłucia do żył centralnych: | PLN |
| Procedura przeszczepu wątroby: | STAWKA PROPONOWANA: |
| konsultacja anestezyjologiczna biorcy: | PLN |
| znieczulenie podczas pobrania wątroby anestezyjolog: | PLN |

| | |
|---|----------------------------|
| znieczulenie podczas przeszczepu wątroby: | STAWKA PROPONOWANA: |
| anestezjolog I: | PLN |
| anestezjolog II: | PLN: |
| pooperacyjny dyżur anestezjologiczny: | STAWKA PROPONOWANA: |
| pierwsze trzy doby: | PLN za 1 dobę |
| pozostałe doby: analogicznie jak za świadczenia w OIT zgodnie ze skalą TISS |% |

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2017 r. do 31.03.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) wskazanie liczby osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych;
- 2) kserokopie dyplomów wszystkich lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń;
- 3) kserokopie dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej wszystkich lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń (jeżeli dotyczy);
- 4) kserokopie dyplomów dotyczących uzyskania tytułów naukowych wszystkich lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń (jeżeli dotyczy);
- 5) kserokopie prawa wykonywania zawodu wszystkich lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń;
- 6) kopie wpisów do odpowiednich rejestrów dla NZOZ, kopie statutu, określenie warunków lokalowych, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, środki transportu, łączności,
- 7) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego) jeżeli dotyczy;
- 9) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku dla wszystkich lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
- 10) udokumentowany staż pracy.

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

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów z zakresu neurochirurgii w ramach
Kliniki Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej
Zakres 2.1, 2.2, 2.3***

* - niepotrzebne skreślić

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|--|--------------------|--|
| Imię i nazwisko lub nazwa zakładu | | |
| ADRES | Kod pocztowy | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| Telefon | | |

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:

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

1. Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii w zakresach: neurochirurgia - hospitalizacja, neurochirurgia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny, neurochirurgia - hospitalizacja - Q31, Q32, Q33,

2. Poradni Neurochirurgicznej świadczenia w zakresie neurochirurgii

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 01.04.2017 r. do 31.03.2021 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

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
Zakres 3.1, 3.2, 3.3***

* - niepotrzebne skreślić

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|--|--------------------|--|
| Imię i nazwisko lub nazwa zakładu | | |
| ADRES | Kod pocztowy | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| Telefon | | |

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,
..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń w formie konsultacji medycznych w ramach Konsylium
tzw. Pakietu Onkologicznego.
..... 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 badanie USG ortopedyczne,
..... PLN za 1 badanie RTG,
..... PLN za 1 badanie kontrastowe RTG.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2017 r. do 31.03.2020 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

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów z zakresu rehabilitacji w Klinice
Rehabilitacji
Zakres 4**

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|--|--------------------|--|
| Imię i nazwisko lub nazwa zakładu | | |
| ADRES | Kod pocztowy | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| Telefon | | |

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:

1. Klinice Rehabilitacji w zakresach FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA, REHABILITACJA NEUROLOGICZNA, REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH, 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.

..... PLN za 1 konsultację z zakresu rehabilitacji medycznej udzielane w innych jednostkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia.

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.04.2017 r.** do dnia **31.03.2020 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