

## **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**21-300 Radzyń Podlaski, ul. Wisznicka 111**

**tel. (0-83)413 22 67 fax: (0-83)413 22 00**

Podstawa prawna: ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023r., poz. 991 z późn. zm.), ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024r., poz. 146)

### **MATERIAŁY INFORMACYJNE I SZCZEGÓŁOWE**

#### **WARUNKI KONKURSU**


w skrócie (MI)

### **NA ZAWARCIE UMOWY O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

#### **NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

W ZAKRESIE:

1) ZAKRES NR 1: wykonywanie badań Holter EKG, wykonywanie badań Holter Ciśnieniowy oraz wykonywanie badań próba wysiłkowa przez lekarza specjalistę pacjentom SP ZOZ w Radzynie Podlaskim zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienia w szczególności dla osób będących świadczeniobiorcami w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych skierowanych na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej u Udzielającego Zamówienia oraz skierowanych z Oddziałów Szpitalnych SP ZOZ w Radzynie Podlaskim (za wyjątkiem Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Pododdziałem Pulmonologicznym) oraz pacjentom komercyjnym.

  
**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Radzynie Podlaskim  
mgr inż. Robert Lis



## **I. OBOWIĄZKI OFERENTA I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY.**

1. Oferta, traktowana jako całość, przygotowana na koszt Oferenta, musi być złożona w formie pisemnej, czytelnie, w języku polskim na udostępnionym „Formularzu Oferty” wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami i kserokopiami dokumentów, zgodnie z warunkami określonymi w niniejszych MI oraz Formularzu Oferty, które stanowią integralną jej część. Formularz Oferty stanowi Załącznik Nr 1.
2. Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
3. Oferta oraz wszystkie wymagane dokumenty powinny być podpisane (kopie dokumentów muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”) przez Oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
4. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela.
5. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami, na kolejno ponumerowanych stronach, opatrzonej danymi Oferenta, należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:

**„Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym**

**Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim.**

**Nie otwierać do dnia 19 kwietnia 2024r. do godz. 11.00.**

**Ilość stron .....**

**Imię i nazwisko Oferenta, adres oraz dane kontaktowe ”**

6. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent powinien zapoznać się z miejscem wykonania zamówienia oraz zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania.
7. Brak któregośkolwiek wymaganego dokumentu lub załącznika do „Formularza Oferty”, złożenie w/w dokumentów i załączników niezgodnych z wymaganiami, bądź w niewłaściwej formie, np. podpisane przez osobę nieuprawnioną, spowoduje **odrzućcie oferty**.
8. Dokumenty wchodzące w skład oferty nie podlegają zwrotowi.
9. Wszystkie wyszczególnione rozdziały formularza oferty muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
10. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:
  - a) formularz oferty podpisany przez Oferenta – zgodnie z Załącznikiem nr 1 do MI,
  - b) aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis właściwego Krajowego Rejestru Sądowego,

- c) kopia prawa wykonywania zawodu lekarza przyznanego przez odpowiednią Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
- d) kopia dyplomu lekarza,
- e) kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, specjalizacje, kursy specjalistyczne, doskonalące i ewentualne świadectwa umiejętności, dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe,
- f) odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- g) kopia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej,
- h) umowę spółki cywilnej, jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej

**Uwaga:**

Za aktualne dla celów niniejszego konkursu ofert uważa się dokumenty wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed terminem składania oferty.

W przypadku Oferenta związanego umową z Udzielającym Zamówienia obowiązującą na dzień przeprowadzenia postępowania konkursowego, dopuszcza się złożenie przez Oferenta pisemnego oświadczenia, w którym wymieni on dokumenty potwierdzające jego kwalifikacje i uprawnienia zawodowe, zaświadczając, że na dzień złożenia oferty są one obowiązujące i nie uległy zawieszeniu oraz nie zostały ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych.

- 11. Wszystkie strony formularza Oferty muszą być parafowane przez Oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela.
- 12. Przyjmujący Zamówienie w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych winien stosować się do zasad określonych w przepisach prawa, regulacjach wewnętrznych SP ZOZ w Radzynie Podlaskim oraz w umowie.

**II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA.**

- 1. **1) ZAKRES NR 1: wykonywanie badań Holter EKG, wykonywanie badań Holter Ciśnieniowy oraz wykonywanie badań próba wysiłkowa przez lekarza specjalistę pacjentom SP ZOZ w Radzynie Podlaskim zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienia w szczególności dla osób będących świadczeniobiorcami w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych skierowanych na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej u Udzielającego Zamówienia oraz skierowanych z Oddziałów Szpitalnych SP ZOZ w Radzynie Podlaskim (za wyjątkiem Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Pododdziałem Pulmonologicznym) oraz pacjentom komercyjnym.**

2. Do obowiązków Przyjmującego Zamówienie w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych dla Udzielającego Zamówienia należeć będzie w szczególności:

- udzielanie świadczeń będących przedmiotem postępowania konkursowego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami etyki zawodowej i należyłą starannością z uwzględnieniem poziomu finansowania świadczeń oraz możliwości technicznych i finansowych Udzielającego Zamówienia,
- wykonanie lub zalecenie wykonania pacjentowi koniecznych badań oraz procedur medycznych zapewniających kompleksowość świadczenia zdrowotnego,
- udzielanie świadczeń z poszanowaniem godności pacjenta, według ogólnie przyjętych zasad kultury osobistej, szczególnie dbając o wizerunek Udzielającego Zamówienia,
- przestrzeganie przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
- zapewnienie należytej dostępności do świadczeń, w szczególności do udzielania świadczeń zgodnie z zaplanowanymi terminami,
- korzystanie w razie potrzeby z konsultacji specjalistów innych dziedzin oraz z badań diagnostycznych wykonywanych w działach i pracowniach Udzielającego Zamówienia oraz na podstawie odrębnych umów lub za zgodą Udzielającego Zamówienia,
- systematyczne i rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zasadami Udzielającego Zamówienia (w tym dokumentacji elektronicznej i w postaci papierowej jeżeli jest stosowana)

3. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany również:

- dbać o powierzone mienie przy wykonywaniu przedmiotowego zamówienia,
- przestrzegać zasad etyki i deontologii lekarskiej,
- przestrzegać ustalonych godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym przez osoby działające w imieniu Udzielającego Zamówienia,
- w czasie trwania umowy posiadać: aktualne badania lekarskie, szkolenia w zakresie BHP

4. Realizacja świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie w pomieszczeniach SP ZOZ w Radzynie Podlaskim i musi być zgodna z zasadami aktualnej wiedzy lekarskiej i obowiązującymi standardami w danej dziedzinie medycyny.

### **III. WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBJĘTYCH POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM.**

Warunki realizacji świadczeń zdrowotnych określa projekt umowy stanowiący Załącznik Nr 3 do MI, który jest integralną częścią niniejszej dokumentacji.

### **IV. WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM.**

#### **1. Wymagania dotyczące wszystkich Oferentów:**

- 1) Do konkursu ofert przystąpić mogą podmioty spełniające wymagania, o których mowa w art. 18 oraz w art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 2) Zawarcie we własnym zakresie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866).
- 3) Zagwarantowanie niezmienności cen przez okres obowiązywania umowy.

#### **2. Wymagania dotyczące Oferentów składających ofertę:**

- 1) Do konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych mogą przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą w zakresie udzielania świadczeń objętych niniejszym postępowaniem konkursowym, posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia umożliwiające prawidłowe tj. zgodne z obowiązującymi przepisami prawa oraz wiedzą i sztuką medyczną wykonywanie przedmiotu umowy:
  - a) lekarz prowadzący indywidualną praktykę lekarską/ lekarz prowadzący indywidualną praktykę lekarską w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub
  - b) lekarz prowadzący indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską/ lekarz prowadzący indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- 2) Posiadanie dyplomu lekarza nie ograniczonego w zakresie wykonywania czynności medycznych,
- 3) Posiadanie nieograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza,
- 4) Posiadanie przez lekarza tytułu specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych lub w dziedzinie kardiologii oraz posiadanie udokumentowanego potwierdzenia umiejętności wykonywania określonych badań diagnostyki kardiologicznej w zakresie będącym przedmiotem konkursu określonym w Rozdziale II w tym deklarowane doświadczenie w ich wykonywaniu.
- 5) Przyjmujący Zamówienie nie może być zatrudniony na podstawie umowy o pracę u Udzielającego Zamówienia w czasie wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania. Przyjmujący Zamówienie nie może wskazać osób, za pośrednictwem których będzie świadczył usługę i które są jednocześnie zatrudnione na podstawie umowy o pracę u Udzielającego Zamówienia.
- 6) Udzielający Zamówienia oferuje maksymalne stawki wynagrodzenia za wykonywanie badań będących przedmiotem postępowania konkursowego obowiązujące u niego w zakresie finansowania specjalistycznych

świadczeń lekarskich o których mowa wyżej na podstawie umów cywilno-prawnych w dniu rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie możliwość skorygowania maksymalnej stawki w przypadku złożenia oferty przez lekarza bez deklarowanego doświadczenia w wykonywaniu badań Holter EKG, Holter Ciśnieniowy oraz próba wysiłkowa.

7) W czasie obowiązywania umowy posiadanie: aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania przedmiotu zamówienia, obowiązującego zaświadczenia o przeszkoleniu z zakresu BHP.

8) Oferent jest zobowiązany do złożenia w ofercie oferowanych stawek za wykonywanie badań Holter EKG, Holter Ciśnieniowy oraz próba wysiłkowa nie przekraczających maksymalnej wartości finansowanej przez Udzielającego Zamówienia na dzień składania oferty.

## **V. HARMONOGRAM I MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.**

1. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych będzie:

Przedmiot umowy realizowany będzie na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim, w szczególności w pracowni diagnostycznej oraz w innych komórkach organizacyjnych Udzielającego Zamówienia zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienia i możliwościami ich realizacji poza obszarem pracowni.

2. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu będą realizowane co do zasady według potrzeb Udzielającego Zamówienia i w oparciu o harmonogram uzgodniony przez Strony.

3. Harmonogram, o którym mowa w ust. 2 zostanie określony na podstawie oferty Oferenta.

4. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo w zależności od potrzeb wynikających z realizacji świadczeń zdrowotnych do zmniejszenia harmonogramu o którym mowa w ust. 2.

O zaistnieniu tej okoliczności Udzielający Zamówienia jest zobowiązany powiadomić Przyjmującego Zamówienie co najmniej na 7 dni przed miesiącem którego ta zmiana dotyczy.

Zmniejszenie harmonogramu nie stanowi podstaw do roszczenia ze strony Przyjmującego Zamówienia.

5. Udzielający Zamówienia w porozumieniu z Przyjmującym Zamówienie ma prawo w zależności od potrzeb wynikających z realizacji świadczeń zdrowotnych do zwiększenia harmonogramu o którym mowa w ust. 2.

6. Harmonogram, o którym mowa w ust. 2 może zostać zmieniony przez Strony na pisemny wniosek Przyjmującego Zamówienie po akceptacji Udzielającego Zamówienia w trakcie trwania umowy, jeżeli zmiana nie ograniczy dostępu do świadczeń w wymiarze miesiąca jaki wynikał z oferty Przyjmującego Zamówienie.

## **VI. UBEZPIECZENIE.**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia OC. Ubezpieczeniem OC ma być objęta odpowiedzialność cywilna Przyjmującego Zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody

wyrządzone przez działanie lub zaniechanie ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania tych świadczeń, w których następstwie została wyrządzona szkoda.

2. Ubezpieczenie OC ma obejmować wszystkie szkody w zakresie, o którym mowa wyżej bez możliwości umownego ograniczenia przez zakład ubezpieczeń wypłaty odszkodowań.

3. Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień, od którego Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest na podstawie umowy do udzielania świadczeń zdrowotnych.

4. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC - zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

## **VII. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA UMOWY.**

1. Umowa zostanie zawarta na **okres 3 lat** od dnia jej podpisania z możliwością aneksowania maksymalnie na okres 12 miesięcy.

2. Strony mogą rozwiązać umowę za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia.

3. Świadczenia będące przedmiotem umowy będą wykonywane dla SP ZOZ w Radzynie Podlaskim z nieokreśloną liczbą osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych z zakresu badań diagnostycznych będących przedmiotem konkursu.

## **VIII. KRYTERIA OCENY JAKIM BĘDĄ PODLEGAŁY SKŁADANE OFERTY.**

1. Kryteria oceny :

1) cena za wykonaną procedurę medyczną – 80 % (cena świadczenia musi być kosztem całkowitym uwzględniającym kalkulację elementów należności i opłaty dodatkowe, jakie ponosi oferent w ramach świadczonych usług medycznych)

2) posiadanie tytułu specjalisty – 5 %

3) posiadanie udokumentowanego potwierdzenia umiejętności wykonywania określonych badań diagnostyki kardiologicznej w zakresie będącym przedmiotem konkursu określonym w Rozdziale II w tym deklarowane doświadczenie w ich wykonywaniu – 5 %

4) termin płatności – 10 % (minimum 30 dni)

2. Udzielający Zamówienia podpisze umowę z oferentem w kolejności poczynszy od oferty o najwyższej ocenie.

## **IX. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT.**

1. Ofertę w zapieczętowanej kopercie opatrzonej danymi jak w rozdz. I, pkt 5 niniejszych **MI** należy złożyć **do dnia 19 kwietnia 2024 r. do godz. 9.00** w siedzibie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim, ul. Wisznicka 111, sekretariat lub przesłać pocztą na adres



Zamawiającego (ważna jest data i godzina wpłynięcia oferty, opóźnienia w dostarczeniu przesyłki są ryzykiem Oferenta).

2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona oferentowi bez otwierania.
3. Celem dokonania zmian, bądź poprawek – oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją ponownie, pod warunkiem zachowania wyznaczonego w **MI** terminu składania ofert.
4. Wybór drogi pocztowej dla przesłania oferty następuje na ryzyko oferenta. Oferent winien we własnym interesie, w taki sposób przygotować przesyłkę aby w maksymalnym stopniu zapobiec jej uszkodzeniu w czasie transportu.

## **X. ODRZUCENIE OFERTY.**

1. Odrzuca się ofertę:

- 1) złożoną przez Oferenta po terminie;
- 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
- 3) jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub ceny świadczeń zdrowotnych;
- 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 złożył ofertę przekraczającą maksymalne stawki wynagrodzenia;
- 8) jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego Zamówienia w niniejszych Materiałach Informacyjnych;
- 9) złożoną przez Oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania została rozwiązana przez Udzielającego Zamówienia umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi konkursu bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Oferenta

2. W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. Wezwanie to będzie mieć formę pisemną/ faxem/ mailem i zostanie odnotowane w protokole.

## **XI. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ, SKARG DOT. MATERIAŁÓW INFORMACYJNYCH.**

1. Oferent może zwracać się do Zamawiającego o wyjaśnienie dotyczące wszelkich wątpliwości związanych z **MI**, sposobem przygotowania oferty, kierując swoje zapytanie osobiście lub na piśmie.
2. Osobą uprawnioną do kontaktu z oferentami w sprawach merytorycznych jest *mgr Aneta Majczyzna – Kierownik Działu Kadr i Plac Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim tel. (0 83) 413 22 70* oraz *Dominika Pasik – Inspektor ds. Kadr i Plac tel. (0 83) 413 22 72*.

## **XII. TRYB WPROWADZANIA ZMIAN DO MATERIAÓW INFORMACYJNYCH.**

1. Udzielającemu Zamówienia przysługuje prawo do zmiany niniejszych MI, w tym zakresu świadczeń objętych podstępowaniem konkursowym.
2. O każdej zmianie lub modyfikacji Udzielający Zamówienia zawiadomi niezwłocznie każdego uczestnika postępowania konkursowego, oraz zamieści informacje na swojej stronie internetowej.
3. W przypadku gdy wymagana zmiana lub modyfikacja będzie istotna Udzielający Zamówienia może przedłużyć termin do składania ofert.
4. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od Oferentów nie podlegają zmianie w toku postępowania.

## **XIII. TERMIN DO KTÓREGO OFERENT BĘDZIE ZWIĄZANY OFERTĄ.**

1. Składający ofertę pozostaje nią związany, przez okres **30 dni**.
2. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

## **XIV. MIEJSCE, TERMIN, TRYB OTWARCIA ORAZ OCENA OFERT.**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w siedzibie Zamawiającego, ul. Wisznicka 111, w **dniu 19 kwietnia 2024 r. o godzinie 11.00**.
2. Do chwili otwarcia ofert, Zamawiający przechowuje je w stanie nienaruszonym, w swojej siedzibie.
3. W części jawnej konkursu nastąpi:
  - a) stwierdzenie prawidłowości ogłoszenia konkursu oraz liczby otrzymanych ofert,
  - b) stwierdzenie ważności ofert pod względem zabezpieczenia i ich otwarcie,
  - c) ogłoszenie oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w **MI**, a które zostały odrzucone.

**Oferent może być obecny w części jawnej konkursu.**

4. W części posiedzeń zamkniętych konkursu, bez udziału oferentów, Komisja stwierdza:
  - a) które z ofert spełniają warunki określone w **MI**,
  - b) odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom określonym w **MI** lub zgłoszone po wyznaczonym terminie,
  - c) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
  - d) wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert

## **XV. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU.**

1. Termin rozstrzygnięcia konkursu: **nie dłużej niż 7 dni od daty złożenia ofert**. Udzielający Zamówienia może przesunąć termin rozstrzygnięcia konkursu ofert.
2. Miejsce rozstrzygnięcia konkursu: SP ZOZ w Radzynie Podlaskim, ul. Wisznicka 111. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora SP ZOZ w Radzynie Podlaskim.
3. Udzielający Zamówienia zawiadomi niezwłocznie wszystkich Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wynikach na piśmie.

4. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy na świadczenie zdrowotne, lub konkurs nie został zamknięty bez wybrania którejkolwiek z ofert, komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania.
5. O rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia.
6. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo wyboru więcej niż jednej oferty, w ilości niezbędnej do zabezpieczenia udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.
7. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja ulega rozwiązaniu.

## **XVI. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA.**

1. Dyrektor Udzielającego Zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne, 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 Zamówienia przeznaczył na finansowanie umowy na świadczenie zdrowotne w danym postępowaniu;
- 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie pacjentów Udzielającego Zamówienia, 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.

## **XVII. ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTOM.**

1. Oferent może złożyć umotywowany protest do Zamawiającego dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu **7 dni** od daty otrzymania zawiadomienia o jego wyniku. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
2. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy.
3. Do chwili rozstrzygnięcia protestu, Zamawiający nie może zawrzeć umowy.
4. Protest zostanie rozstrzygnięty najpóźniej w ciągu **7 dni**, licząc od daty jego złożenia rozumianej jako dzień doręczenia Zamawiającemu. Nieuwzględnienie protestu wymaga pisemnego uzasadnienia.
5. Informacja o wniesieniu protestu i jego rozpatrzeniu podlega publikacji na stronie internetowej i tablicy ogłoszeń Udzielającego Zamówienia.

6. W przypadku uwzględnienia protestu, Komisja powtarza zaskarżoną czynność.
7. Środki odwoławcze nie przysługują na:
  - wybór trybu postępowania,
  - niedokonanie wyboru Oferenta,
  - unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

## **XVIII. ZAWARCIE UMOWY.**

1. Zawarcie umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie będącym przedmiotem konkursu z wyłonionym Oferentem nastąpi nie później niż w terminie związania ofertą.
2. Jeżeli oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Zamawiający wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

## **XIX. KLAUZULA INFORMACYJNA Z ART. 13 RODO.**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych Przyjmującego Zamówienie jest SP ZOZ w Radzynie Podlaskim, adres: ul. Wisznicka 111, 21-300 Radzyń Podlaski;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@spzozrp.pl](mailto:iod@spzozrp.pl);
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu związanym z postępowaniem – **konkursem ofert na zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie: wykonywanie badań Holter EKG, wykonywanie badań Holter Ciśnieniowy oraz wykonywanie badań próba wysiłkowa przez lekarza specjalistę pacjentom SP ZOZ w Radzynie Podlaskim zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienia w szczególności dla osób będących świadczeniobiorcami w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych skierowanych na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej u Udzielającego Zamówienia oraz skierowanych z Oddziałów Szpitalnych SP ZOZ w Radzynie Podlaskim (za wyjątkiem Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Pododdziałem Pulmonologicznym) oraz pacjentom komercyjnym.**
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);

- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia postępowania konkursowego, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres jej trwania;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do przeprowadzenia postępowania - konkursu ofert oraz zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości przeprowadzenia postępowania konkursowego uwzględniającego Państwa ofertę;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe

#### **Uwaga**

Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert, zamknięcia konkursu bez wybrania jakiegokolwiek oferty oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

#### Załączniki do MI:

Załącznik Nr 1 – Formularz oferty

Załącznik Nr 2 – Oświadczenie oferenta

Załącznik Nr 3 – Projekt umowy (z załącznikami)



## FORMULARZ OFERTY

### I. Instrukcja dla Oferenta:

1. Niniejszy formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem ręcznym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokument w postaci kserokopii musi być potwierdzony „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętą oferenta, przez oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
5. Wszystkie strony formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela.

### II. Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa Oferenta .....

.....

.....

2. Adres Oferenta:

ul. .... nr .....

kod pocztowy ..... miejscowość.....

tel.....mail .....

Regon .....NIP .....

**Wymagane dokumenty:** (wg MI rozdz. I) aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis właściwego Krajowego Rejestru Sądowego, kopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli jest nadane), które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych, odpis potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru pielęgniarek i położnych, kopia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta w zakresie określonym w ustawie o działalności leczniczej oraz zgodnej z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866), umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej), NIP, REGON, oryginał/kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania zadań wynikających z przedmiotu konkursu oraz zaświadczenia o przeszkoleniu ogólnym z zakresu BHP i PPOŻ (ważne 3 lata lub 5 lat od daty wydania w zależności od przedmiotu umowy i stanowiska) - dopuszcza się dostarczenie zaświadczeń najpóźniej w dniu podpisania umowy.

**Wykaz załączonych dokumentów:**

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

**III. Kwalifikacje zawodowe:**

*Wymagane dokumenty: kopie dokumentów potwierdzających inne kwalifikacje zawodowe, specjalizacje, kursy specjalistyczne, doskonalące i ewentualne świadectwa umiejętności Oferenta, preferowane dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe, w tym pozytywna opinia z poprzedniego miejsca pracy.*

**Posiadam następujące kwalifikacje (wykaz załączonych dokumentów):**

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

**IV. Proponowane warunki:**

Oferuję następujące warunki umowy:

**1. ZAKRES NR 1:**

- wykonywanie badań Holter EKG, Holter Ciśnieniowy: ..... zł brutto za badanie
- wykonywanie badań próba wysiłkowa: ..... zł brutto za badanie
- Termin płatności - ..... dni (minimum 30 dni), od chwili otrzymania prawidłowej faktury wraz z potwierdzonym przez Zamawiającego zestawieniem określającym ilość pacjentów którym wykonano badania Holter EKG, Holter Ciśnieniowy, próba wysiłkowa.
- Oferuję realizację badań Holter EKG, Holter Ciśnieniowy w harmonogramie ..... dni w tygodniu, w wymiarze liczby godzin ..... w tygodniu.
- Oferuję realizację badania próba wysiłkowa w harmonogramie ..... dni w tygodniu, w wymiarze liczby godzin ..... w tygodniu.

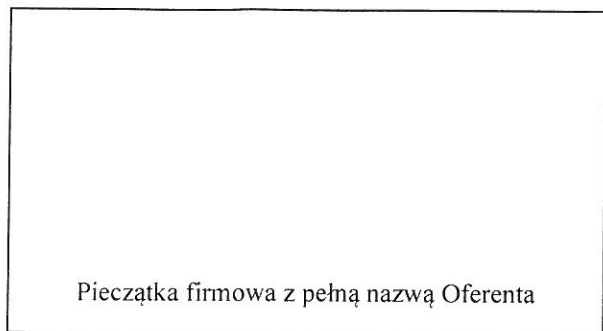
Data: .....

(pieczęć i podpis Oferenta)

**Uwaga:** załącznikami do oferty są także odpowiednie do zakresu dokumenty wymienione w rozdziale I pkt 10 MI oraz oświadczenie oferenta które stanowi załącznik nr 2 do MI i odpowiednio kolejne jeżeli z dołączonych dokumentów wynika konieczność złożenia oświadczenia.



## Załącznik nr 2 do MI



### OŚWIADCZENIE OFERENTA

- 1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.**
2. Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi.
4. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

Data .....

Podpis Oferenta

