

**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 2023r., poz. 605 z późn. zm.)

**MATERIAŁY INFORMACYJNE I SZCZEGÓŁOWE**

**WARUNKI KONKURSU**

w skrócie (MI)

**NA ZAWARCIE UMOWY O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

**NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

**DLA SPECJALNOŚCI MEDYCZNEJ – REHABILITACJA MEDYCZNA**

**ORAZ PEŁNIENIE FUNKCJI LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM**

**REHABILITACJI Z PODODDZIAŁEM REHABILITACJI**

**NEUROLOGICZNEJ**

W ZAKRESIE:

➤ **ZAKRES NR 1: NORMALNEJ ORDYNACJI LEKARSKIEJ**

**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 12 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 **odrzućenie 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:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza dla specjalności medycznej – **rehabilitacja medyczna w: Oddziale Rehabilitacji z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej** oraz pełnienie funkcji Lekarza Kierującego Oddziałem z wyszczególnieniem pracy w godzinach **normalnej ordynacji lekarskiej** w dni od poniedziałku do piątku (od 8.00 do 15.35); udzielanie porad, konsultacji i kwalifikowanie pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz w innych komórkach organizacyjnych Udzielającego Zamówienia w zakresie świadczeń rehabilitacji medycznej, dla pacjentów SP ZOZ w Radzynie Podlaskim, w szczególności dla osób będących świadczeniobiorcami w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

- sprawowanie specjalistycznej opieki lekarskiej nad pacjentami hospitalizowanymi w oddziale zgodnie z kompetencjami specjalisty w dziedzinie zgodnej z profilem oddziału,
- wykonywanie konsultacji, porad i świadczeń medycznych wg potrzeb Udzielającego Zamówienia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz w innych komórkach organizacyjnych,
- kwalifikacja i kierowanie pacjentów w celu udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie odpowiednim dla specjalności medycznej – rehabilitacja medyczna,
- nadzór nad pracą średniego personelu medycznego,
- 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),
- odbywanie wizyt lekarskich zgodnie z harmonogramem oddziału u pacjentów powierzonych opiece Przyjmującego Zamówienie,
- badanie pacjentów stosownie do potrzeb, rozpoznawanie ich stanu, ustalanie działań priorytetowych i prowadzenie procesu diagnostyczno - terapeutycznego w oparciu o standardy medyczne,
- współpraca z lekarzami i pielęgniarkami udzielającymi świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego Zamówienia,
- ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- udzielanie koniecznych informacji medycznych dotyczących pacjenta osobom upoważnionym

## **Kierowanie Oddziałem Rehabilitacji z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej będzie polegać w szczególności na:**

- kierowaniu działalnością oddziału w sposób zapewniający wykonanie zadań oddziału i SP ZOZ w Radzynie Podlaskim,
- zapewnieniu właściwych warunków dla sprawnego funkcjonowania oddziału poprzez zapewnienie odpowiedniej organizacji pracy, prawidłowy podział zadań pomiędzy stanowiskami pracy,
- pozyskiwaniu lekarzy do pracy w oddziale i współpracujących z oddziałem,
- sporządzaniu harmonogramu i podziału godzinowego pracy pracowników podległego oddziału,
- rozliczaniu czasu pracy lekarzy,

- nadzorze merytorycznym nad pracą podległego personelu,
- nadzorze służbowym nad wykonywanymi przez podległych pracowników zadaniami,
- nadzorze nad prowadzeniem dokumentacji oddziału, w tym medycznej, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i zasadami ustalonymi przez SP ZOZ w Radzynie Podlaskim,
- nadzorze nad przestrzeganiem tajemnicy służbowej, danych osobowych oraz ochrony mienia,
- przeciwdziałaniu niegospodarności, w tym egzekwowaniu efektywności i prawidłowości rozliczania grup JGP,
- optymalizowaniu kosztów funkcjonowania oddziału, maksymalizacji rentowności świadczeń, dążeniu do osiągnięcia celów finansowych oddziału i jego bilansowania,
- egzekwowaniu zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym w zakresie epidemiologicznym oraz ochrony przeciwpożarowej,
- inspirowaniu i wspieraniu rozwoju zawodowego podległych pracowników,
- wprowadzaniu nowoprzyjętych pracowników w zakres realizowanych zadań i nadzorowaniu nad przebiegiem adaptacji w zespole,
- kontrolowaniu prawidłowego i terminowego wykonania zadań i załatwiania spraw przez pracowników podległych im komórek organizacyjnych,
- opracowywaniu i aktualizacji procedur i instrukcji postępowania,
- zapewnieniu realizacji obowiązku wynikającego z przepisów o dostępie do informacji publicznej,
- występowaniu z wnioskami w sprawach personalnych pracowników,
- ocenie okresowej pracowników,
- występowaniu z wnioskami w sprawie wyposażenia oddziału,
- udziale w posiedzeniach i zebraniach zarządczych organizowanych przez SP ZOZ w Radzynie Podlaskim,
- Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do wykonywania nadzoru merytorycznego wynikającego z pełnienia funkcji Kierownika Oddziału w każdym czasie zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienia

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 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.

5. Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane poza wskazanymi godzinami o ile wynikają z harmonogramu pracy ustalonego pomiędzy Udzielającym Zamówienia i Przyjmującym Zamówienie i potrzeb Udzielającego Zamówienia.

### **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. 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 nieograniczonego w zakresie wykonywania czynności medycznych,
- 3) Posiadanie nieograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza,
- 4) Posiadanie przez lekarza tytułu specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej,
- 5) Wymiar czasu pracy: 144 godziny w miesiącu,
- 6) Doświadczenie zawodowe – w ciągu ostatnich 3 lat minimum 1 rok na stanowisku kierowniczym w szpitalu w publicznej ochronie zdrowia,
- 7) Zagwarantowanie ciągłego, 24 – godzinnego nadzoru merytorycznego nad oddziałem,
- 8) 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.

9) Udzielający Zamówienia za realizację przedmiotu postępowania konkursowego oferuje stawkę godzinową.

10) W czasie obowiązywania umowy posiadanie: aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania przedmiotu zamówienia, obowiązującego zaświadczenia o przeszkoleniu z zakresu BHP - **odpowiednie dokumenty przedkładać niezwłocznie Udzielającemu Zamówienia po odnowieniu ich obowiązywania.**

11) Oferent jest zobowiązany do złożenia w ofercie oferowanej stawki za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Rehabilitacji z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej wraz z pełnieniem funkcji Lekarza Kierującego Oddziałem w ramach normalnej ordynacji lekarskiej nie przekraczającej maksymalnej wartości finansowanej przez Udzielającego Zamówienia na dzień składania oferty.

#### **Dodatkowo punktowane:**

1) Posiadanie tytułu specjalisty lub II stopnia specjalizacji w odpowiednich dziedzinach medycyny tj.: ortopedia lub neurologia lub choroby wewnętrzne lub reumatologia.

2) Posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych lub wyższej.

3) Posiadanie wykształcenia w zakresie - studia podyplomowe w zarządzaniu w ochronie zdrowia.

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

1. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych będzie:

**Oddział Rehabilitacji z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej SP ZOZ w Radzynie Podlaskim, Szpitalny Oddział Ratunkowy SP ZOZ w Radzynie Podlaskim oraz inne komórki organizacyjne SP ZOZ w Radzynie Podlaskim** według ustalonych harmonogramów zabezpieczenia medycznego oraz stosownie do potrzeb Udzielającego Zamówienia wymienionych w katalogu NFZ w zakresie lekarskich świadczeń rehabilitacji medycznej dla pacjentów SPZOZ w Radzynie Podlaskim.

2. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu będą realizowane co do zasady według potrzeb Udzielającego Zamówienia i w oparciu o harmonogram uzgodniony przez Strony w zakresie zapewniającym spełnianie wymogów dotyczących dostępności dla realizacji umowy zawartej przez SP ZOZ w Radzynie Podlaskim z Narodowym Funduszem Zdrowia.

3. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo w zależności od potrzeb wynikających z realizacji świadczeń zdrowotnych do zmniejszenia harmonogramu miesięcznego 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.



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

5. Harmonogram, o którym mowa w ust. 2 może zostać zmieniony przez Udzielającego Zamówienia w trakcie trwania umowy, w szczególności w sytuacji zmiany potrzeb Udzielającego Zamówienia. O zmianie Przyjmujący Zamówienie zostanie poinformowany z 7 dniowym wyprzedzeniem.

6. Zmiana systemu, czy też harmonogramu czasu pracy w zakresie którego dotyczy konkurs automatycznie skutkuje zmianą ilości godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, które to Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek w ramach niniejszej umowy zabezpieczyć.

## **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.

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

1. Kryteria oceny:

1) cena za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji w Oddziale Rehabilitacji z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej wraz z pełnieniem funkcji Lekarza Kierującego Oddziałem – 75% (cena jednej godziny świadczenia musi być kosztem całkowitym uwzględniającym kalkulację elementów należności i opłaty dodatkowe, jakie ponosi oferent w ramach świadczonych usług medycznych)

- 2) posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych lub wyżej – 5%
  - 3) posiadanie drugiej i kolejnych specjalizacji medycznych – 5%
  - 4) posiadanie studiów podyplomowych w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia – 5%
  - 5) termin płatności – 10 % (minimum 30 dni)
2. Udzielający Zamówienia podpisze umowę z jednym oferentem w kolejności począwszy od oferty o najwyższej ocenie i najniższej stawce godzinowej za realizację wszystkich świadczeń będących przedmiotem konkursu.

## **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 12 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 Płac Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim tel. (0 83) 413 22 70* oraz *Dominika Pasik – Inspektor ds. Kadr i Płac tel. (0 83) 413 22 72*.

#### **XII. TRYB WPROWADZANIA ZMIAN DO MATERIAŁÓW 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 **12 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. ROZSTRZYGNIĘCIE 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 pełnienia świadczeń medycznych w Oddziale Rehabilitacji z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej 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 o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Rehabilitacji z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej wraz z pełnieniem funkcji Lekarza Kierującego Oddziałem;

- 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 pieczęcią 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 .....miejsowość.....

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:

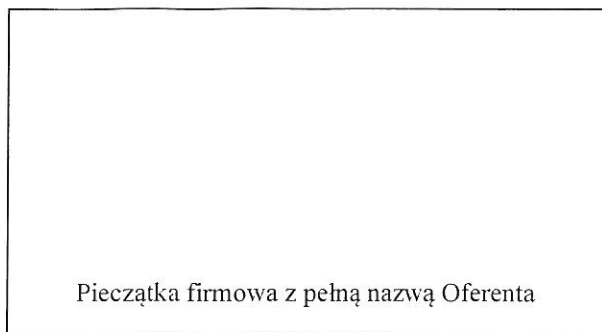
**1. ZAKRES NR 1:**

- Cena za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Rehabilitacji z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej oraz pełnienie funkcji Lekarza Kierującego tym Oddziałem - ..... zł brutto
- Termin płatności - ..... dni (minimum 30 dni), od chwili otrzymania prawidłowej faktury wraz z potwierdzonym przez Zamawiającego, harmonogramem/ilością wykonanej pracy.

Data:.....

(pieczęć i podpis Oferenta)

**Uwaga :** załącznikami do oferty są także odpowiednie do zakresu dokumenty wymienione w rozdziale I pkt 10 i 11 MI oraz oświadczenie oferenta które stanowi załącznik nr 2 do MI.



## OŚWIADCZENIE OFERENTA

- 1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.**
- Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam, że zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi.
- Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
- 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.
- Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

Data.....

Podpis Oferenta

