

## **Szczegółowe warunki konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

### **w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowym Wiśniczu**

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej. ( Dz.U. z 2011r Nr 112, poz. 654) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz.U. 2008 nr 164 poz. 1027).

#### **ROZDZIAŁ I.**

##### **PRZEDMIOT KONKURSU**

1. Przedmiotem konkursu jest zlecenie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej **w pomieszczeniach i przy użyciu sprzętu należącym do Samodzielnego Publicznego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowym Wiśniczu dwa razy w tygodniu: w poniedziałki w godz. 7.00 – 13.00. oraz w piątki w godz. 14.00 – 18.00.**
2. Świadczenia będące przedmiotem niniejszego konkursu muszą być realizowane przez lekarza posiadającego specjalizację w jednym z poniższych zakresów:
  - **medycyna rodzinna**
  - **pediatria**
  - **choroby wewnętrzne**oraz posiadającego **minimalne doświadczenie zawodowe:**
  - staż pracy w lecznictwie stacjonarnym: min. 1 rok;
  - staż pracy w POZ: min. 3 lata;
  - staż pracy w zawodzie: min. 3 lata.
3. Warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych szczegółowych warunkach konkursu będą zawarte w umowie, której projekt stanowi **załącznik nr 6**. Akceptacja projektu umowy jest warunkiem udziału w niniejszym konkursie.

**UWAGA: Zgodnie z art. 50a ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i zawodzie dentystry (Dz.U. 2008 nr 136 poz. 857) umowa o świadczenie zdrowotne objęte niniejszym konkursem nie może być zawarta z grupową praktyką lekarską.**

## ROZDZIAŁ II

### CZAS, NA KTÓRY ZOSTANIE ZAWARTA UMOWA

1. Umowa zostanie zawarta na czas określony, od dnia podpisania do dnia 31 stycznia 2014 r.

## ROZDZIAŁ III.

### OFERTA CENOWA

1. Cena przedmiotu zamówienia winna być wyrażona w złotych polskich (PLN) i jest ceną brutto. Zaoferowana cena będzie obowiązywać przez cały czas trwania umowy.
2. Cenę należy podać na formularzu ofertowym, określonym w **Załączniku Nr 1** do niniejszych warunków.

## ROZDZIAŁ IV.

### KRYTERIA OCENY PRZY WYBORZE OFERTY

1. Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty na udzielanie świadczeń w oparciu o następujące kryteria:

**Cena za 1 godzinę świadczenia usług w zakresie objętym konkursem: 100 % znaczenia**

2. W przypadku, kiedy dwie oferty uzyskają tę samą liczbę punktów Komisja zadecyduje o wyborze na podstawie kwalifikacji i doświadczenia osób które będą udzielać świadczeń zdrowotnych.

**Data:** ..... r.

**Zatwierdzam:**

**ZAŁĄCZNIK Nr 1**  
do Warunków Konkursu

-----  
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Nazwa i adres oferenta

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

2. Data sporządzenia oferty: .....

3. Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne, proponuję następujące ceny na świadczenia zdrowotne objęte niniejszym postępowaniem:

Nazwa usługi	Proponowana cena jednostkowa brutto za 1 godzinę <b>nie wyższa niż</b>	Oferowana cena jednostkowa brutto za 1 godzinę
Świadczenia w zakresie POZ	60,00 zł	

.....  
podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

do Warunków Konkursu

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Nazwa Oferenta .....

Adres

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, iż jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi.
3. Oświadczam, iż posiadam stosowne uprawnienia do wykonywania świadczenia oraz wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z projektem umowy i akceptuję proponowane w nim postanowienia oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej do stawienia się w wyznaczonym przez Organizatora konkursu terminie i miejscu w celu podpisania umowy na tychże warunkach.
6. Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.

.....

data

.....

podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 3**  
*do Warunków konkursu*

**LICZBA, KWALIFIKACJE I DOŚWIADCZENIE**  
**osób mających udzielać świadczeń zdrowotnych**

<b>lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Kwalifikacje</b>	<b>Doświadczenie</b>
1			
2			
3			
4			

.....

data

.....

podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 4**  
do Warunków Konkursu

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Nazwa Oferenta .....

.....

Adres

.....

.....

Niniejszym, oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię następujące dokumenty:

- dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób które będą udzielać świadczeń zdrowotnych (dyplom, potwierdzenie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu);
- potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).

.....

data

.....

podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 5**  
*do Warunków Konkursu*

**Opis i nazwa siedziby Oferenta**

Nazwa Oferenta	
Nazwa skrócona	
NIP	
REGON	
Adres siedziby	
Adres do korespondencji	
Telefon	
Faks	
E-mail	

.....  
data

.....  
podpis Oferenta