



MATERIAŁY INFORMACYJNE

KONKURSU OFERT

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PRZEZ LEKARZA W IZBIE PRZYJĘĆ**

.....
Prezes Zarządu

I. Udzielający Zamówienia:

Szpital Powiatowy w Rykach sp. z o.o. ul. Żytnia 23, 08-500 Ryki
wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w
Lublinie z siedzibą w Świdniku VI Wydział Gospodarczy KRS pod numerem: 0000767134, Regon
382358228, NIP 5060118185

tel: [533 327 032](tel:533327032), adres e-mail: kadry@rykiszpital.pl

II. Podstawy Prawne Konkursu:

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie na podstawie:

art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz do konkursu ofert będą miały odpowiednio zastosowanie art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147 –150, art. 151 ust. 1, 2 i 4 –6, art.152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przy czym prawa i obowiązki Prezesa Funduszu i Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wykonuje Prezes Zarządu Szpitala Powiatowego w Rykach sp. z o.o.

III. Przedmiot Konkursu i termin realizacji

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Lekarza w Izbie Przyjęć.
2. Świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem umowy będą wykonywane na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Rykach Sp. z o.o. (CPV: 85111200-2- Medyczne Usługi).
3. Umowa o świadczenie usług stanowiąca przedmiot konkursu ofert zostanie zawarta na czas określony od **01.01.2022 roku do 30.06.2023 r.**

IV. Wymagania stawiane oferentom

1. Ofertę może złożyć podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoba, legitymująca się posiadaniem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Posiadanie dyplomu ukończenia Uczelni Wyższej o kierunku lekarskim.
3. Posiadanie prawa wykonywania zawodu.
4. Ofertę może złożyć Oferent posiadający pełną zdolność do czynności prawnych.

V. 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 „formularzu oferty” wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami i kserokopiami dokumentów, zgodnie z warunkami określonymi w niniejszych Materiałach Informacyjnych Konkursu Ofert oraz „formularzu oferty”, które stanowią jej integralną część.
2. Oferta oraz wszystkie wymagane dokumenty nie będące oryginalnymi dokumentami, muszą być podpisane „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, lub osobę/y prawnie umocowaną do zaciągania zobowiązania w imieniu Oferenta.
3. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
4. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami, na kolejno ponumerowanych stronach, opatrzoną danymi Oferenta, należy umieścić w zaklejonej kopercie, zawierającej dane Oferenta i Udzielającego Zamówienia i oznaczonej:

„Szpital Powiatowy w Rykach Sp. z o.o., ul. Żytnia 23, 08-500 Ryki.

**Oferta na udzielanie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Lekarza w Izbie Przyjęć
- nie otwierać przed dniem 20.12.2021 r., godz. 13:00”**

5. W przypadku złożenia oferty przez pełnomocnika pełnomocnictwo w oryginale winno być dołączone do oferty.
6. Koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Oferent.
7. Ofertę w zamkniętej kopercie należy przesłać lub złożyć do dnia 20.12.2021 r. do godz. 12:00 w siedzibie Szpitala Powiatowego w Rykach Sp. z o.o. 08-500 Ryki, ul. Żytnia 23.
8. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona oferentowi.

9. Wybór drogi pocztowej do 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.

VI. Kryteria oceny jakim będą podlegały złożone oferty:

Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty, Komisja Konkursowa kieruje się następującymi kryteriami:

1. Najniższą propozycją cenową stawki brutto wyrażonej w PLN za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Maksymalna ustalona stawka wynosi 90,00 PLN brutto za jedną godzinę (słownie: dziewięćdziesiąt złotych).

Odrzuceniu podlegać będą Oferty przekraczające możliwości finansowe Udzielającego Zamówienie oraz niespełniające wymogów określonych przez NFZ w zakresie wymogów kwalifikacyjnych.

VII. Udzielający Zamówienie zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert oraz przesunięcia terminu składania ofert.

VIII. Tryb udzielania wyjaśnień, składania protestów i wnoszenia odwołań.

1. Oferent może zwrócić się do Udzielającego Zamówienia o wyjaśnienie dotyczące wszelkich wątpliwości związanych z Materiałami Informacyjnymi Konkursu Ofert, sposobem przygotowania oferty itp.
2. Osobą uprawnioną, w imieniu Udzielającego Zamówienia do kontaktu z oferentami jest: p. Monika Sosnowik, tel. 533 327 032 - w zakresie Materiałów Informacyjnych Konkursu oraz w zakresie przedmiotu konkursu. Oferentowi przysługują środki odwoławcze określone w art. 152 i 153 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. W przypadku niespełnienia przez Oferenta wymogów określonych w niniejszych Materiałach Informacyjnych Konkursu Ofert, Oferent zostanie wezwany do uzupełnienia brakujących materiałów.

IX. Tryb wprowadzania zmian do szczegółowych warunków konkursu ofert:

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, Udzielający Zamówienia może zmienić lub zmodyfikować szczegółowe warunki konkursu ofert oraz zakres świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.
2. Informacje o każdej zmianie lub modyfikacji Udzielający Zamówienia zamieści niezwłocznie na swojej stronie internetowej.
3. W przypadku gdy wymagana zmiana lub modyfikacja będzie istotna Udzielający Zamówienia może przedłużyć termin do składania ofert.

X. Termin związania z ofertą

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

XI. Miejsce, termin, tryb otwarcia oraz ocena ofert

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi w dniu 20.12.2021 roku o godz. 13:00, w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w Sali Konferencyjnej, znajdującej się na III piętrze działu Administracji.
2. Do chwili otwarcia ofert, Udzielający Zamówienia przechowuje je w stanie nienaruszonym, w swojej siedzibie.

XII. Odrzucenie oferty

1. Odrzuca się ofertę:
 - 1) złożoną przez świadczeniodawcę po terminie,

- 2) zawierająca nieprawdziwe informacje,
 - 3) jeżeli świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał ceny świadczeń,
 - 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
 - 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
 - 6) jeżeli świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną,
 - 7) jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają warunków określonych przepisami prawa lub określonych przez Udzielającego Zamówienia,
 - 8) złożoną przez Oferenta, z którym Udzielający Zamówienia rozwiązał umowę w określonym rodzaju lub zakresie, w szczególności z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.
2. Udzielający zamówienia może odrzucić ofertę złożoną przez Oferenta, który rozwiązał umowę z Udzielającym Zamówienia bez zachowania okresu wypowiedzenia.
 3. W przypadku, gdy braki, o których mowa w ust. 1 dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.
 4. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne z wyjątkiem braków określonych w ust. 1 pkt 3, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków.

XIII. Unieważnienie konkursu.

1. Konkurs zostanie unieważniony, jeżeli:
 - 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 Spółka przeznaczyła na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej 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.

XII. Wyniki Konkursu

1. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu Konkursu Ofert Udzielający Zamówienia zamieści na stronie internetowej - www.rykiszpital.pl
2. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu Konkursu Ofert będzie zawierało nazwę firmy / imię i nazwisko.
3. Rozstrzygnięcie wymaga dla swej ważności zatwierdzenia go przez Prezesa Zarządu.

XIII. Dokumenty stanowiące ofertę:

1. Wypełniony formularz „Oferta” - Załącznik Nr 1 do MIKO wraz z:
 - a. wypełnionym Załącznikiem Nr 1 do Oferty- Formularz Ofertowy/ Oświadczenie Oferenta,
 - b. wypełnionym Załącznikiem Nr 2 do Oferty- Formularz cenowy,
 - c. wypełnionym Załącznikiem Nr 3 do Oferty – Informacja o przetwarzaniu danych osobowych Oferenta,
2. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub innego rejestru.
3. Dyplom ukończenia Uczelni Wyższej.
4. Dyplom specjalizacji lub karta specjalizacyjna.
5. Numer prawa wykonywania zawodu.
6. Wpis do rejestru praktyk lekarskich.
7. Ubezpieczenie OC.

WAŻNE: W przypadku Ratowników Medycznych współpracujących dotychczas ze Szpitalem w Rykach na zasadach kontraktu lub umowy zlecenie dokumenty pkt 2-7 nie są wymagane

Załączniki do materiałów:

Załącznik Nr 1- Formularz Ofertowy

Załącznik Nr 2- Formularz Cenowy

Załącznik Nr 3- Informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla Oferenta

Załącznik Nr 4- Projekt Umowy

FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielanie zamówienia na wykonywanie świadczeń
zdrowotnych przez Lekarza w Izbie Przyjęć**

DANE OFERENTA:

- I.** Imię i nazwisko lub nazwa Oferenta.....
- II.** Adres siedziby lub miejsce zamieszkania Oferenta.....
- III.** Telefon/ adres e-mail.....
- IV.** NIP.....
- V.** Nr prawa wykonywania zawodu.....
- VI.** Specjalizacja w dziedzinie (stopień specjalizacji)
- VII.** Nr księgi rejestrowej.....
- VIII.** Numer rachunku bankowego.....

.....dnia.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

UWAGA:

1. Niniejszy formularz traktowany jest jako wzór i winien być wypełniony, podpisany i opieczetowany przez Oferenta.
2. Wszystkie jego punkty muszą być wypełnione przez Oferenta wraz z załączeniem wymaganych dokumentów pod rygorem odrzucenia oferty.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem, opatrzone numerem strony, datą i podpisem Oferenta pod rygorem odrzucenia oferty.

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

1. zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia oraz Materiałami Informacyjnymi Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń,
2. posiadam wszystkie informacje konieczne do złożenia pełnej i ostatecznej oferty konkursowej,
3. uważam się związany/związana ofertą na okres 30 dni licząc od dnia upływu terminu składania ofert,
4. nie wnoszę zastrzeżeń co do zapisów umowy przedstawionej jako załącznik do Materiałów Informacyjnych Konkursu Ofert i zobowiązuję się do jej podpisania, jeżeli moja oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą,
5. wszystkie złożone przeze mnie dokumenty lub ich kopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
6. w ramach prowadzonej działalności rozliczam się/będę się rozliczał z Urzędem Skarbowym i ZUS,
7. posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń objętych Konkursem Ofert zgodnie z przepisami prawa, wymogami NFZ i wymogami określonymi przez Udzielającego Zamówienia,
8. kserokopie załączonych dokumentów zostały przygotowane zgodnie z wymogami określonymi przez Udzielającego Zamówienia w Materiałach Informacyjnych Konkursu Ofert.

Zobowiązuję się do:

1. wykonywania świadczeń będących przedmiotem Konkursu Ofert przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności będących w dyspozycji Udzielającego Zamówienia,
2. udzielania świadczeń będących przedmiotem Konkursu Ofert według najlepszych znanych praktyk lekarskich z uwzględnieniem poziomu finansowania świadczeń i możliwości technicznych i finansowych Udzielającego Zamówienia,
3. wykonywania świadczeń będących przedmiotem Konkursu Ofert zgodnie z zapisami umowy, przepisów prawa i zgodnie z regulacjami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia,
4. udzielania świadczeń z poszanowaniem godności pacjenta, według ogólnie przyjętych zasad kultury osobistej, szczególnie dbając o wizerunek Udzielającego Zamówienia,
5. udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym z Udzielającym Zamówienia zawierającym podział godzin/dni - ustalonym na każdy miesiąc,
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niniejszego postępowania konkursowego oraz w związku z udzieleniem zamówienia na świadczenia objęte przedmiotem konkursu, zgodnie z zapisami RODO.

Nadto do niniejszej oferty załączam:

-
-
-
-
-

..... dnia 2021 r.

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

FORMULARZ CENOWY

1. Proponowana przez Oferenta stawka brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez Lekarza w Izbie Przyjęć:

Cena.....zł

(słownie:.....)

..... dnia 2021 r.

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)