**KONKURS OFERT**

**pn**

**Realizacja świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej**

**KO/SZP/04/2022**

Ryki, grudzień 2022

1. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA (zwany dalej: „ZAMAWIAJĄCYM”)

Szpital Powiatowy w Rykachul. Żytnia 23, 08-500 Ryki

Tel.: 533 327 028, NIP: 5060118185, REGON: 382358228, KRS 0000767134

Godziny pracy: 730 -1505

<https://rykiszpital.pl/>

2. OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

2.1.Lokalizacja siedziby świadczeniodawcymusi znajdować się na terenie powiatu ryckiego co ściśle łączy się z realizacją świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanychw warunkach ambulatoryjnych w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej na obszarze powiatu ryckiegooraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia do 55 tys. świadczeniobiorców w zakresie podstawowym.

2.2.Obszar zabezpieczenia określony przez LOW NFZ: **powiat rycki.**

2.3.Świadczenia mają być udzielane **od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godz. od 8:00 danego dnia do godz. 8:00 dnia następnego**.

2.4. Świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w  warunkach ambulatoryjnych obejmują:

1) poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w  bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;

2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;

3) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą, o której mowa w   
pkt 1.

W przypadku stanu nagłego odpowiednio lekarz lub pielęgniarka zapewniają opiekę świadczeniobiorcy do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego lub przekazania świadczeniobiorcy pod opiekę Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć.

2.5. W celu zapewnienia dostępności do świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w zakresie podstawowym Zamawiający wymaga zapewnienia przez Przyjmującego Zamówienie  **co najmniej 2 zespołów lekarsko-pielęgniarskich,** w tym 1 do realizacji usług w warunkach ambulatoryjnych oraz 1 wyjazdowego do realizacji usług w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.

2.6. Organizacja i realizacja świadczeń nie może skutkować ograniczeniem dostępności do świadczeń. W celu zapewnienia dostępności do świadczeń Przyjmujący Zamówienie dostosuje liczbę personelu do bieżącego zapotrzebowania.

2.7. Aparatura i sprzęt winny posiadać stosowne certyfikaty, atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami, ich aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione serwisy.

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do złożenia wykazu aparatury, sprzętu i pojazdów wymaganego do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, zgodnie z pkt 8. WYBÓR NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERY, ppkt 5. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany o każdej zmianie powiadomić pisemnie Zamawiającego najpóźniej w dniu jej zaistnienia.

2.8. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. poz. 666) oraz gromadzenia i przekazywania danych o zrealizowanych świadczeniach niezbędnych do sporządzenia sprawozdawczości zgodnie z wymaganiami NFZ określonymi w Zarządzeniu Nr 51/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2022r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, a także wymogami sprawozdawczości. informatycznego.

2.9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zlecania badań w pracowniach Przyjmującego (Laboratorium, Zakład Diagnostyki Obrazowej).

2.10.Przyjmujący zamówienie musi posiadać konto dostępowe do Portalu NFZ i zarejestrować jako Podwykonawca podpisaną umowę na Portalu SZOI.

2.11. Nadzór nad realizacją przedmiotu umowy: Piotr Chęć DyrektorMedyczny

CPV: 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie

85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki

3. PODSTAWY PRAWNE:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.)

2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021, poz. 1285 ze. zm.)

3.Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz.1781)

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu   
i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2020 poz. 666)

5. Zarządzenie Nr 51/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2022r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 poz.540)

**4.TERMIN REALIZACJI USŁUG**

1. Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych z Przyjmującym Zamówienie zostanie zawarta na okres 24 miesiące, począwszy **od dnia 1 stycznia 2023 r. godz. 00 do dnia 31grudnia 2024** r. godz. 24.00 zgodnie z umową na świadczenia zdrowotne Zamawiającego z LOW NFZ.

**5. WYKAZ WYMAGANYCH DOKUMENTÓW I ZAŁĄCZNIKÓW**

1. Formularz ofertowy (załącznik numer 1)

2. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z KRSpodmiotu leczniczego poświadczające, że Przyjmujący zamówienie jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu,

3.Księga rejestrowa potwierdzająca wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zamawiający dopuszcza złożenie wydruku pierwszej strony księgi rejestrowej wraz ze stronami zawierającymi dane komórek organizacyjnych będących przedmiotem składanej oferty.

4. Kopie polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. ([Dz.U. z 2019 r. poz. 866)](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytgnrvhe4dc)

5. Pełnomocnictwa. dla osób podpisujących ofertę upoważniające je do podpisania oferty   
w imieniu Przyjmujących zamówienie, o ile uprawnienie to nie wynika z przepisów prawa lub innych dokumentów.

6. W przypadku Przyjmujących zamówienie prowadzących działalność w ramach spółki cywilnej umowę spółki cywilnej.

7. Dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii, wówczas każda strona kserokopii powinna być poświadczona **za zgodność z oryginałem** przez Przyjmującego zamówienie. W przypadku, gdy przedstawiona przez Przyjmującego zamówienie kserokopia dokumentu:

1) jest nieczytelna zamawiający może żądać przedstawienia czytelnej kopii

2) budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości, zamawiający może żądać oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu.

**6. WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERTY**

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim.

2. Oferta powinna zawierać wszystkie wymagane dokumenty, oświadczenia i załączniki, o których mowa w punkcie 5 materiałów informacyjnych.

3.Wszystkie strony oferty powinny być spięte (zszyte) w sposób trwały, zapobiegający możliwości dekompletacji zawartości oferty.

4. Oferta powinna być podpisana przez osobę (osoby) uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu Przyjmującego zamówienie lub pełnomocników umocowanych do występowania w jego imieniu.

5.Wszystkie wpisy lub poprawki powinny być dodatkowo parafowane przez tę samą osobę lub osoby posiadające pełnomocnictwo do reprezentowania Przyjmującego zamówienie.

6.Oferta cenowa winna być sporządzona na druku lub jego kserokopii przygotowanym przez Zamawiającego stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych materiałów informacyjnych.

7. Zamawiający zaleca przygotowanie oferty w oparciu o wzory dokumentów stanowiące załączniki do materiałów informacyjnych. Wszystkie pola i pozycje tych wzorów winny być wypełnione, a w szczególności muszą zawierać wszystkie wymagane informacje i dane.

8.Koszt sporządzenia oferty ponosi Przyjmujący zamówienie.

9.Opakowanie i oznakowanie ofert:

- oferta winna być składana w zamkniętej kopercie, w sposób gwarantujący zachowanie poufności jej treści zabezpieczającej jej nienaruszalność do terminu otwarcia ofert.

* na opakowaniu należy umieścić nazwę i adres ZAMAWIAJĄCEGO:

**Szpital Powiatowy w Rykach Sp. z o.o.**

**ul. Żytnia 23**

**z dopiskiem:**

„Oferta –NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA

**KO/SZP/03/2022**

**7. OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W KONKURSIE (WYMAGANIA STAWIANE WYKONAWCOM)**

1. W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział Przyjmujący zamówienie, którzy:

1) są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, lub posiadają wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

2) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie, potencjał techniczny oraz pracowników zdolnych do wykonania zamówienia,

3) znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

4) są ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywanej działalności,

2. Świadczenia udzielane będą przez osoby wykonujące zawody medyczne posiadające:

- dyplom lekarza/ dyplom pielęgniarki,

- prawo wykonywania zawodu lekarza/ prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych.

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do złożenia wykazu personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, zgodnie z pkt 8. WYBÓR NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERY, ppkt 5. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany o każdej zmianie powiadomić pisemnie Zamawiającego najpóźniej w dniu jej zaistnienia.

Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do aktualizacji potencjału wykonawczego, o każdej zmianie powinien powiadomić pisemnie Zamawiającego najpóźniej w dniu jej zaistnienia.

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do bieżącego sporządzania harmonogramów udzielania świadczeń.

3.Przyjmujący zamówienie posiada co najmniej 3,5 letnie doświadczenie zawodowe  
w zakresie realizacji świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w okresie ostatnich 5 lat od wszczęcia niniejszego konkursu.

4. W przypadku realizacji świadczeń przez podwykonawców, Przyjmujący zamówienie będzie zobowiązany do wskazania i przedłożenia Zamawiającemu listy podwykonawców wraz z numerem telefonu kontaktowego.

5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest znać i przestrzegać obowiązujące ustawodawstwo w zakresie ochrony zdrowia, a w szczególności określone w pkt 3. PODSTAWY PRAWNE.

6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się poddać kontroli Zamawiającego, przy czym kontrola ta może być przeprowadzona w każdym czasie.

7. Przyjmujący zamówienie jest odpowiedzialny za jakość, zgodność z warunkami technicznymi   
i jakościowymi opisanymi dla przedmiotu zamówienia. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za wykonywane usługi.

8. Przyjmujący zamówienie współpracuje w celu realizacji świadczeń z pracownikami etatowymi Szpitala Powiatowego w Rykach i innymi pracownikami wykonującymi świadczenia zdrowotne dla Szpitala Powiatowego w Rykach i odpowiada w całości za wykonywane i realizowane świadczenia zdrowotne.

**8. WYBÓR NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERY**

**1. Oferty muszą odpowiadać wymogom formalnym, postawionym w niniejszych materiałachinformacyjnych.**

2. Kryteria wyboru ofert

Wybierając najkorzystniejszą ofertę komisja konkursowa będzie brała pod uwagę następujące kryteria:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Kryterium | Ranga  W%=max.pkt. |
| 1 | Cena | 90% = 90 pkt |
| 2 | Jakość świadczeń | 4% = 4 pkt |
| 3 | Kompleksowość świadczeń | 2% = 2 pkt |
| 4 | Dostępność świadczeń | 2% = 2 pkt |
| 5 | Ciągłość świadczeń | 2% - 2 pkt |

Sposoby oceny poszczególnych kryteriów:

- cena = 90% x ( najniższa oferta cenowa\* ) / analizowana oferta cenowa \* ) x 100

- jakość świadczeń ocena dokonywana będzie w oparciu o zaoferowanie realizacji świadczenia w co najmniej jednym z zespołów lekarsko-pielęgniarskich,dodatkowo, przez lekarza ze specjalizacją w dziedzinie pediatrii - 4 pkt;

- nie oferowanie realizacji świadczenia w co najmniej jednym z zespołów lekarsko-pielęgniarskich przez lekarza ze specjalizacją w dziedzinie pediatrii - 0 pkt;

- kompleksowość świadczeń - dokonana będzie w oparciu o złożone w formularzu Oferty

oświadczenie dotyczące realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców:

realizacja świadczeń zdrowotnych bez udziału podwykonawców:

- oferta, w której zaznaczono odpowiedź TAK - uzyska 2 pkt,

- brak wyboru lub odpowiedź NIE oznacza przyznanie 0 pkt.

- dostępność świadczeń - ocena dokonywana będzie w oparciu o zaoferowanie trzeciego zespołu lekarsko – pielęgniarskiego.

- zaoferowanie trzeciego zespołu lekarsko – pielęgniarskiego - 2 pkt;

- nie oferowanie trzeciego zespołu lekarsko – pielęgniarskiego- 0 pkt;

- ciągłość świadczeń - dokonana będzie w oparciu o złożoną w formularzu Oferty deklarację Przyjmującego Zamówienie o okresie dotychczasowego świadczenia usługi.

- Wykonawca posiadający doświadczenie w realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia do 3,5roku–0 pkt,

- Wykonawca posiadający doświadczenie w realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia powyżej 3,5 roku –2 pkt.

3. Cena oferty uwzględnia wszystkie zobowiązania i koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia, musi być podana w PLN cyfrowo i słownie.

4. Przyjmujący zamówienie zostaną powiadomieni niezwłocznie o wyborze oferty. Zamawiający poda nazwę i adres wykonawcy, którego ofertę wybrano oraz jej cenę.

**5. W terminie 14 dni od przesłania zawiadomienia o wyborze oferty Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do dostarczenia Zamawiającemu pisemnego Wykazu personelu, sprzętu, pojazdów stanowiącego załącznik nr 3 do materiałów informacyjnych.**

**9. TERMINY KONKURSU**

**9.1. Termin i miejsce składania ofert**

Oferty należy składać w terminie do dnia **19 grudnia 2022 r. o godz. 12:00** w Sekretariacie Szpitala przy ul. Żytniej 23, 08-500 Ryki.

**9.2. Termin i miejsce otwarcia ofert**

Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **9 grudnia 2022 r. o godz. 12:30** w Sekretariacie Szpitala przy ul. Żytniej 23, 08-500 Ryki.

.

**9.3. Termin związania ofertą**

Przyjmujący zamówienie pozostają związani złożoną przez siebie ofertą przez **30 dni** licząc od upływu terminu do składania ofert.

**10. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

Osobami uprawnionymi do kontaktów z Przyjmującym zamówienie są:

Dorota Belka, tel.: 533 327 028, e-mail:sekretariat@rykiszpital.pl

**11. ŚRODKI ODWOŁAWCZE**

1.Wykonawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w art. 152 do 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2021, poz. 1285 ze zm.).

2. Wykonawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowyoudzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje protest do Komisji Konkursoweji odwołanie do Prezesa Szpitala Powiatowego w Rykach Sp. z o.o.

Protest

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielania świadczeń opiekizdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Wykonawca może złożyć komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanieświadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.

3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udzielapisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się natablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie.

6. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja Konkursowa powtarza zaskarżonączynność.

Odwołanie

1. Wykonawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Prezesa Szpitala Powiatowego w Rykach Sp. z o.o., w terminie 7dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

2. Odwołanie jest rozpatrywane w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienieodwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

3. Informację o wniesieniu odwołania i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się natablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie.

**12. ZAWARCIE UMOWY**

1.Wykonawca jest obowiązany zawrzeć umowę zgodną ze wzorem stanowiącym załącznik 2 do materiałów informacyjnych w terminie określonym przez Zamawiającego.

**13. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania.
2. Zamawiający może unieważnić postępowanie o udzielenie zamówienia, jeżeli środki publiczne, które zamawiający zamierzał przeznaczyć na sfinansowanie całości lub części zamówienia, nie zostały mu przyznane.
3. Zamawiający zastrzega sobie możliwość rozwiązania umowy w przypadku zerwania przez płatnika umowy będącej podstawą finansowania przedmiotowego zamówienia.

**14. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

Załącznik numer 1 - Formularz oferty

Załącznik numer 2 - Wzór umowy

Załącznik numer 3 - Wykaz personelu, sprzętu, pojazdów

**Załącznik nr 1**

Formularz Oferty

Nazwa Przyjmującego Zanówienie:......................................................................................................

Adres\*..........................................................................................................................................

tel.\*...............................................................................................................................................

REGON\*......................................................................................................................................

NIP\*.............................................................................................................................................

E-mail\* na który Zamawiający ma przesłać korespondencję................................................................

Nr księgi rejestrowej …................................................................. potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na realizację świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oferujemy:

**1. Kryterium Cena**

w cenie brutto (za 24 m-cy)...............................zł w tym ………. (stawka podatku) VAT   
(słownie wartość brutto ..........................................................................................................., w tym zw. stawka podatku VAT)

cena za 1 m-c ………………………………. zł brutto\*

\*Maksymalna wartość oferty nie może przekroczyć kwoty 122 765,50 zł brutto/ miesięcznie.

Podane powyżej kwoty wynagrodzenia brutto są aktualne na dzień składania oferty a wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie będzie waloryzowane za zasadach określonych w umowie."

**2.Kryterium jakość świadczeń:  
Oświadczamy, że**Poniżej zaznaczyć właściwe: **□ oferujemy realizację świadczenia w co najmniej jednym z zespołów lekarsko-pielęgniarskich, dodatkowo przez lekarza ze specjalizacją w dziedzinie pediatrii**

**□ nie oferujemy realizacji świadczenia w co najmniej jednym z zespołów lekarsko-pielęgniarskich przez lekarza ze specjalizacją w dziedzinie pediatrii**

**3. Kryterium kompleksowość świadczeń**

**Oświadczamy, że nie będziemy korzystać z pomocy podwykonawców w czasie wykonywania umowy na świadczenie zdrowotne**

Poniżej zaznaczyć właściwe: **□ TAK   
□ NIE**

**4.Kryterium dostępność świadczeń**

**Deklarujemy**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

**□ zaoferowanie trzeciego zespołu lekarsko – pielęgniarskiego**

**□ nie oferowanie trzeciego zespołu lekarsko – pielęgniarskiego**

**5. Kryterium ciągłość świadczeń**

**Deklarujemy**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

**□ posiadanie doświadczenia w realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia do 3,5 roku  
□ posiadanie doświadczenia w realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia powyżej 3,5 roku\***

\*(w ramach podwykonawstwa dla innych podmiotów leczniczych jak i w ramach samodzielnej umowy z NFZ)

6.Termin wykonania- 24 miesiące, począwszy od dnia 1 stycznia 2023 r. godz. 00 do dnia 31grudnia 2024 r. godz. 24.00 zgodnie z umową na świadczenia zdrowotne Zamawiającego z LOW NFZ

7. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych…………………………

8. Osobą / osobami do kontaktów z zamawiającym odpowiedzialnymi za wykonanie zobowiązań umowy jest / są:

…………………………… tel. kontaktowy …………………… mail: ....................................

…………………………… tel. kontaktowy ............................... mail: ……….........................

9. Oświadczamy, że:

1) posiadam ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności.:

Nr polisy................................ w.........................................................................................

z minimalną sumą gwarancyjną wynoszącą.............................................................. zł w odniesieniu do jednego zdarzenia / dla wszystkich zdarzeń\*

i zobowiązuję się kontynuować ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności przez cały okres trwania umowy

2) uważam/y się za związanym niniejszą ofertą przez 30 dni od daty ustalonej jako termin składania ofert,

3) akceptuję w całości warunki określone w Materiałach informacyjnych, zapoznałam/em się z postanowieniami umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą na warunkach określonych w Załączniku nr 2.

4) posiadam uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych, niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do udzielenia świadczeń zdrowotnych, znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej udzielenie świadczeń zdrowotnych

5) w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania nie została ze mną rozwiązana przez NFZ umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po mojej stronie;

6) nie posiadamy negatywnej opinii w rozumieniu art. 95d) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021, poz. 1285 ze. zm.)- jeżeli dotyczy

7) ofertę niniejszą składam na ….....................kolejno ponumerowanych stronach,

8) wraz z ofertą składam następujące oświadczenia i dokumenty:

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

…………………, dnia………… …………….....................……….

(czytelny podpis Przyjmującego zamówienie,   
lub parafka wraz z imienną pieczątką)

**Załącznik nr 3**

**WYKAZ PERSONELU - LEKARZE dla Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej**

**Szpitala Powiatowego w Rykach Sp. z o.o.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | PESEL | Nr prawa wykonywania zawodu | Średni miesięczny wymiar czasu pracy | Tygodniowy wymiar czasu pracy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**WYKAZ PERSONELU - PIELĘGNIARKI dla Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej**

**Szpitala Powiatowego w Rykach Sp. z o.o.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | PESEL | Nr prawa wykonywania zawodu | Średni miesięczny wymiar czasu pracy | Tygodniowy wymiar czasu pracy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**WYKAZ SPRZĘTU dla Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej**

**Szpitala Powiatowego w Rykach Sp. z o.o.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu | Liczba | Producent | Typ/ model | Nr seryjny | Rok produkcji | Czy posiada umowę gwarancji i atest |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**WYKAZ POJAZDÓW dla Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej**

**Szpitala Powiatowego w Rykach Sp. z o.o.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa pojazdu  Marka/ model | Nr rejestracyjny | Rok produkcji | Nr VIN | Pojemność silnika | Nr i data homologacji | W przypadku ambulansu jego typ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |