



**MATERIAŁY INFORMACYJNE**

**KONKURSU OFERT**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
PRZEZ LEKARZA W ODDZIALE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH  
NA RZECZ PACJENTÓW SZPITALA POWIATOWEGO W RYKACH**

Prezes Zarządu

.....  
Piotr Kienig

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: [kadry2@rykiszpital.pl](mailto:kadry2@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 Oddziale Chorób  
*Wewnętrznych (podstawowa ordynacja pracy Oddziału w godzinach 7:30 do 15:00 od poniedziałku  
do piątku)* (CPV: 85121200-5- Specjalistyczne Usługi Medyczne).
1. Świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem umowy będą wykonywane na rzecz pacjentów Szpitala  
Powiatowego w Rykach Sp. z o.o.
2. Umowa o świadczenie usług stanowiąca przedmiot konkursu ofert zostanie zawarta na okres  
12 miesięcy.

## **IV. Wymagania stawiane oferentom:**

1. Ofertę może złożyć podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoba, legitymująca się  
posiadaniem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Specjalizacja w dziedzinie zgodnej z przedmiotem konkursu ofert.
3. Oryginał/ poświadczony za zgodność z oryginałem prawo wykonywania zawodu lekarza.
4. Oryginał/ poświadczony za zgodność z oryginałem dyplom ukończenia Akademii Medycznej.
5. Oryginał lub poświadczona przez Oferenta kserokopia polisy OC wystawiona stosownie do  
obowiązujących przepisów, dołączona do oferty lub dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
6. Oryginał lub poświadczona przez Oferenta kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru  
indywidualnych/ indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich właściwej Okręgowej Izby  
Lekarskiej potwierdzające kwalifikacje osób mających wykonywać świadczenia zdrowotne w zakresie  
zgodnym ze składaną ofertą.
7. 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:

**Oferta na udzielanie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Lekarza w Oddziale Chorób Wewnętrznych- podstawowa ordynacja oddziału**

**- nie otwierać przed dniem 26 kwietnia 2024 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 26.04.2024 r. do godz. 12:30 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:**

1. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty, Komisja Konkursowa kieruje się następującymi kryteriami:
  1. Proponowane wynagrodzenie % (nie większe niż 11%) od wypracowanego przez Lekarza kontraktu w Oddziale Chorób Wewnętrznych w ramach podstawowej ordynacji pracy oddziału.....%  
(słownie:.....)

Odrzuceniu podlegać będą Oferty przekraczające możliwości finansowe Udzielającego Zamówienia 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 26.04.2024 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. Złożoną przez Oferenta, który rozwiązał umowę z Udzielającym Zamówienia bez zachowania okresu wypowiedzenia.
4. W przypadku, gdy braki, o których mowa w ust. 1 dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.
5. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne z wyjątkiem braków określonych w ust. 1 pkt 4, 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](http://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 specjalizacji lub karta specjalizacyjna.
4. Numer prawa wykonywania zawodu.
5. Wpis do rejestru praktyk lekarskich.
6. Ubezpieczenie OC.

**WAŻNE:** W przypadku Lekarzy współpracujących dotychczas ze Szpitalem w Rykach na zasadach kontraktu lub umowy zlecenie dokumenty pkt 2-6 nie są wymagane.

#### **Załączniki do materiałów:**

Załącznik Nr 1- Formularz Ofertowy

Załącznik Nr 2- Informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla Oferenta

Załącznik Nr 3- Projekt Umowy

Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu ofert na świadczenie usług zdrowotnych i wzorem umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych niniejszym składam swoją ofertę na wykonywanie usług medycznych na zasadach podanych w ogłoszeniu:

**I. Na udzielanie świadczeń w Oddziale Chorób Wewnętrznych- podstawowa ordynacja pracy Oddziału**

**II. Dane Oferenta.**

Nazwa, siedziba oferenta (pieczętka)	
Imię i nazwisko	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Nr telefonu	
Nazwa banku i numer konta	
NIP	
REGON	
Adres mailowy	

Oferent posiada:

- Tytuł specjalisty I stopnia w dziedzinie.....
- Tytuł specjalisty II stopnia w dziedzinie.....
- Specjalizacja w dziedzinie :.....
- Jest w trakcie specjalizacji w dziedzinie:.....

Posiadane przez Oferenta tytuły naukowe:

- Tytuł profesora
- Tytuł Doktora habilitowanego
- Tytuł doktora nauk medycznych

**III. Proponowany czas świadczenia usług i wynagrodzenie.**

1. Proponowane wynagrodzenie % (nie większe niż 11%) od wypracowanego przez Lekarza kontraktu w Oddziale Chorób Wewnętrznych w ramach podstawowej ordynacji pracy oddziału.....%  
(słownie:.....)

2. Deklaruję średniomiesięczną:

- Liczbę dyżurów miesięcznie:.....

**UWAGA:**

1. Niniejszy formularz traktowany jest jako wzór i winien być wypełniony, podpisany i opieczętowany 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.

..... dnia ..... 2024 r.

.....  
(pieczęć i podpis Oferenta)



### 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 ..... 2024 r.

.....  
(pieczęć i podpis Oferenta)



## **INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA OFERENTA**

**Szanowni Państwo,**

W trosce o ochronę Państwa danych osobowych przedstawiamy następującą informację, dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Szpitalu Powiatowym w Rykach sp. z o.o.

### **Administratorem danych osobowych**

Administratorem Państwa danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Rykach sp. z o.o. reprezentowany przez Prezesa Zarządu.

### **Kontakt w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych**

We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, jak również w przypadku pytań lub wątpliwości, mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: [iod@rykiszpital.pl](mailto:iod@rykiszpital.pl) lub listownie na adres: ul. Żytnia 23, 08-500 Ryki.

### **Cel oraz podstawa przetwarzania danych**

Szpital przetwarza Państwa dane osobowe w następujących celach:

- a) zawarcia i realizacji umowy na podstawie o art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- b) wypełniania obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w związku z zawartą umową na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- c) dochodzenia roszczeń, prowadzenia postępowań sądowych i windykacyjnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO.

### **Odbiorcy danych osobowych**

Szpital realizując swoje prawa jak i obowiązki może udostępniać Państwa dane osobowe innym podmiotom lub organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a także na podstawie umów powierzenia, w szczególności:

- a) podmiotom świadczącym usługi niezbędne do wykonania zawieranej z Państwem umowy,
- b) podmiotom zapewniającym prawidłowe funkcjonowanie infrastruktury IT,
- c) bankom, w zakresie realizacji płatności,
- d) podmiotom, którym na mocy prawa będą udostępniane dane np. NFZ.

### **Okres przetwarzania danych osobowych**

Państwa dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres trwania umowy oraz wyznaczony właściwym przepisem prawa, jak również przez okres trwania wymagalności ewentualnych roszczeń z tym związanych.

### **Obowiązek podania danych**

Podanie danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy cywilnoprawnej. Osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do ich podania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości zawarcia umowy.

### **Przysługujące prawa**

W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo:

- a) dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- b) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes administratora.

### **Prawo wniesienia skargi**

W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych przez Szpital Powiatowy w Rykach sp. z o.o. przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

### **Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**

Państwa dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

Oświadczam, że są mi znane zasady przetwarzania danych osobowych w Szpitalu Powiatowym w Rykach sp. z o.o. oraz zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych. Wiem w jakim celu są przetwarzane dane osobowe przez Szpital Powiatowy w Rykach sp. z o.o.

.....  
Miejsce, data

.....  
Czytelny podpis