

numer postępowania: NHR.2017.120.34

Bydgoszcz, dnia 24 lipca 2017 r.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2016 poz. 1638), oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 poz. 581)

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

ZAKRES 1 - świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych i nefrologii w ramach Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej,**
- **Poradnia Transplantologii,**
- **Poradnia Nefrologiczna i Nadciśnienia Tętniczego.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chorób wewnętrznych,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie nefrologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze do 120 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta, a także ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 2 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie chorób wewnętrznych, nefrologii i hipertensjologii w ramach Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych oraz w Klinice Medycyny Ratunkowej:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych,**
- **Poradnia Nefrologiczna i Nadciśnienia Tętniczego,**
- **Klinika Medycyny Ratunkowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja lub w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie chorób wewnętrznych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze do 160 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta, a także ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 3 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie neurologii w ramach Kliniki Neurologii.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4.

3.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Poradnia Neurologiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie neurologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w dni robocze w poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

3.2. Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Neurologii,**
- **Poradnia Neurologiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie neurologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 160 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

3.3. Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Neurologii,**
- **Poradnia Neurologiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja lub w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie neurologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 160 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

3.4. Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Neurologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja lub w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie neurologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów medycznych w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie endokrynologii w Klinice Endokrynologii i Diabetologii.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Endokrynologii i Diabetologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 3 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie endokrynologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów medycznych w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 5 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki w Zespole Sal Operacyjnych:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Zespół Sal Operacyjnych.**

5.1 Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- tytuł licencjata pielęgniarstwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 240 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

5.2 Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- tytuł licencjata pielęgniarstwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 204 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 6 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Klinice Kardiologii:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Kardiologii – Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- tytuł licencjata pielęgniarstwa,

- udokumentowany aktualny kurs z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- udokumentowany kurs specjalistyczny w zakresie wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego,
- udokumentowany roczny staż pracy w oddziale intensywnego nadzoru kardiologicznego,
- pozytywna opinia z ostatniego miejsca pracy.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 240 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 7 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- tytuł licencjata pielęgniarstwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 204 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 8 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- tytuł licencjata pielęgniarstwa,
- udokumentowane doświadczenie w pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym lub oddziale intensywnej terapii,
- pozytywna opinia z ostatniego miejsca pracy.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 240 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 9 - świadczenia zdrowotne udzielane przez technika elektroradiologii w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85150000-5.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- tytuł licencjata elektroradiologii,
- aktualny certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta potwierdzający odbycie kursu,
- udokumentowana umiejętność obsługi aparatów cyfrowych bezpośrednich, aparatów śródoperacyjnych typu Arcadis Varic, Brivo, aparatu śródoperacyjnego TK, przyłóżkowych cyfrowych,
- udokumentowany roczny staż pracy w zawodzie elektroradiologa w warunkach szpitalnych.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie diagnostyki obrazowej w pracowni konwencjonalnej, TK oraz w formie „dyżuru pod telefonem” - tzn. pozostawanie w gotowości do natychmiastowego przybycia do Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej i niezwłocznej obsługi aparatu śródoperacyjnego liczone od momentu rozpoczęcia procedury, w przypadku wezwania telefonicznego w dni robocze w godzinach od 15:00 do 7:00 następnego dnia, w soboty, niedziele i święta w godzinach od 7:00 do 7:00 dnia następnego.

Przewidywana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze do 170 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz tzw. „dyżury pod telefonem” zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 10 - świadczenia zdrowotne udzielane przez ratownika medycznego w Klinice Medycyny Ratunkowej.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85112200-9.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Medycyny Ratunkowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- tytuł magistra ratownictwa medycznego,
- udokumentowane 1,5 roczny staż pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym w połączeniu z centrum urazów,
- pozytywna opinia z ostatniego miejsca pracy.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 240 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 11 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez terapeutę zajęciowego w Klinice Psychiatrii.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121270-6, 85121271-3.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Psychiatrii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- tytuł zawodowy/dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie terapeuty zajęciowego, lub
- tytuł zawodowy w zawodzie instruktora terapii zajęciowej, lub
- udokumentowane co najmniej dwuletnie doświadczenie zawodowe w zakresie terapii zajęciowej,
- pozytywna opinia z ostatniego miejsca pracy.

Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usług medycznych w dni robocze w zakresie terapii zajęciowej. Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 120 godzin miesięcznie zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

Wymagania konieczne dla Oferentów zainteresowanych świadczeniem usług:

- a) W konkursie ofert w myśl art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zamówienie może być udzielone podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych (przyjmujący zamówienie),
- b) Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- c) Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, 151 ust. 1, 2, 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- d) Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie oraz na zasadach określonych w umowie, a udzielający zamówienia do zapłaty wynagrodzenia za udzielanie tych świadczeń,
- e) Osoby udzielające świadczeń w imieniu Oferenta lub sam Oferent (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) nie pozostają w stosunku pracy z Udzielającym zamówienie i Oferent zobowiąże się do utrzymania takiego stanu w trakcie trwania umowy, zawartej w wyniku niniejszego konkursu, w zakresie świadczeń zdrowotnych. W przypadku wyłonienia oferty oferenta związanego stosunkiem pracy z Udzielającym zamówienia, oferent (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) zobowiązuje się do rozwiązania umowy o pracę z dniem zawarcia umowy o świadczenia zdrowotne.

Do konkursu mogą przystąpić tylko i wyłącznie osoby spełniające wymagania określone w przepisach szczególnych oraz niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu (dalej SWK).

W sprawach nieuregulowanych w SWK stosuje się obowiązujące przepisy prawa.

WYMOGI FORMALNE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim zgodnie z SWK, w formie maszynopisu lub wydruku i dołączyć od niej wymagane załączniki (dopuszczalne jest wypełnienie załączników przy użyciu długopisu lub pióra czytelnym pismem).
2. Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Tekst tłumaczenia wraz z dokumentem oryginalnym należy dołączyć do oferty.
3. Wszelkie poprawki, przekreślenia lub zmiany w ofercie powinny być parafowane przez Oferenta.
4. Formularz ofertowy należy opracować na załączonym druku „OFERTA”.
5. Oferent nie może dokonywać żadnych zmian we wzorze druku „OFERTA”.
6. Do formularza oferty należy dołączyć wszelkie wymagane w SWK dokumenty.
7. Jeżeli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – konieczne jest jego poświadczenie „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.
8. Udzielający zamówienia może żądać w trakcie postępowania konkursowego oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu załączonego przez Oferenta wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez Oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej autentyczności.
9. Kompletna oferta powinna składać się z:
 - 1) formularza ofertowego Załącznik nr 1 lub nr 2 lub nr 3 lub nr 4 lub nr 5 lub nr 6 lub nr 7 lub nr 8 lub nr 9 lub nr 10 lub nr 11 lub nr 12 lub nr 13 lub nr 14,
 - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z zał. nr 1 lub nr 2 lub nr 3 lub nr 4 lub nr 5 lub nr 6 lub nr 7 lub nr 8 lub nr 9 lub nr 10 lub nr 11 lub nr 12 lub nr 13 lub nr 14).
10. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub nadane jako przesyłka pocztowa, niezależnie od daty nadania, będą odrzucane, jeżeli wpłyną do kancelarii szpitala po terminie zakreślonym do ich złożenia.
11. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę w jednym, wybranym przez siebie zakresie. Złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie każdej z nich.
12. Propozycje rozwiązań alternatywnych lub wariantowych nie będą brane pod uwagę.
13. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

TERMIN, MIEJSCE ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie

w dniach od 24.07.2017 r. do 28.07.2017 r. do godz. 10:30

(wyłącznie w dni powszednie) w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9.

2. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w kopercie opatrzonej napisem:

***„ Konkurs ofert nr NHR.2017.120.34 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
ogłoszenia (należy wpisać nr zakresu, na który składana jest oferta)
nie otwierać przed 28.07.2017 r. godz. 11:00 ”***

3. Na wniosek Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty wraz z numerem jakim została oznakowana oferta.
4. W przypadku nadania oferty za pośrednictwem poczty należy ofertę umieścić w zaklejonej i opisanej kopercie w sposób określony powyżej, następnie zaklejoną kopertę włożyć do kolejnej koperty i zaadresować, z dopiskiem „**Konkurs ofert nr NHR.2017.120.34 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszenia (należy wpisać nr zakresu, na który składana jest oferta)**” pod niżej wskazany adres.

**Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz**

5. W przypadku osobistego złożenia oferty przez Oferenta należy umieścić na kopercie adres zwrotny oraz numer telefonu kontaktowego. Powyższe dotyczy również wewnętrznej koperty oferty złożonej drogą pocztową bez zwrotnego potwierdzenia nadania.
6. Oferta przesłana pocztą złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Szpitala przed upływem terminu określonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w rejestrze Kancelarii Szpitala.

UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ dot. KONKURSU

1. Każdy Oferent może zwrócić się do Udzielającego zamówienia o wyjaśnienie treści SWK.
2. Do kontaktów z Oferentami upoważnione są: Marlena Nawrot, Aleksandra Borucka, Weronika Nowak oraz Grzegorz Kowalczyk (tel. 52 585 49 55, tel. 52 585 41 63, tel. 52 585 40 91 w godzinach od 09:00 do 14:00).

MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa **w dniu 28.07.2017 r. o godz. 11:00** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 02.08.2017 r. do godz. 15:00**.

POSTĘPOWANIE KONKURSOWE

1. Otwarcie ofert nastąpi w terminie i miejscu wskazanym w ogłoszeniu oraz w SWK.
2. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej. Oferent może uczestniczyć tylko w jawnej części konkursu.
3. Komisja konkursowa:
 - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz informuje o liczbie otrzymanych ofert;
 - 2) ogłasza dane personalne oraz adres Oferenta, którego oferta jest otwierana;
 - 3) jeżeli oferta dotyczy określonej części/zakresu (określonych świadczeń), na które oferent złoży swoją aplikację, Komisja konkursowa również o tym informuje;
 - 4) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w SWK;
 - 5) odrzuca oferty nieodpowiadające wymogom określonym w SWK lub złożone po terminie;

- 6) ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w SWK, a które zostały odrzucone;
 - 7) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia składane przez Oferentów;
 - 8) komisja konkursowa wzywa Oferentów do usunięcia braków formalnych w terminie 2 dni od daty otwarcia ofert pod rygorem odrzucenia oferty;
 - 9) wybiera najkorzystniejsze oferty.
4. Czynności, o których mowa ust. 3 pkt. 4, 5 i 9 komisja konkursowa przeprowadza na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów.
 5. W trybie przewidzianym w ust. 3 pkt. 8 nie można dokonać uzupełnienia oferty w zakresie propozycji cenowej oraz warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych.

KRYTERIA OCENY OFERT

1. Podstawą oceny ofert złożonych przez Oferentów, będą następujące kryteria:

- **stawka za udzielanie świadczeń: 100 %**

stawka minimalna

-----x waga kryterium = punktacja

stawka oferty badanej

Stawka minimalna najmniejsza deklarowana stawka spośród wszystkich ofert.

Przyjmuje się, że 1%=1 pkt. i tak zostanie przeliczona liczba punktów.

2. Jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie postępowanie ulega unieważnieniu w tym zakresie.
3. W przypadku, gdy kilku oferentów uzyska jednakową ilość punktów, pod uwagę będą brane:
 - dodatkowe staż i doświadczenie
każdy dodatkowy rok stażu = 0,01 pkt.;
 - dodatkowe kursy lub specjalizacja
każdy dodatkowy kurs lub specjalizacja = 0,05 pkt.

ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

1. Komisja konkursowa dokonując wyboru kieruje się przedstawionymi powyżej kryteriami oceny ofert.
2. Jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty złożonej w danym zakresie przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, Dyrektor Szpitala unieważnia postępowanie w tym zakresie.
3. Komisja konkursowa niezwłocznie przedstawia Udzielającemu zamówienia (Dyrektorowi Szpitala) protokół z przebiegu konkursu.
4. Komisja konkursowa powiadomi o wyniku konkursu podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko świadczeniodawcy, który został wybrany. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na tablicy ogłoszeń Szpitala oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.
5. Odrzuca się ofertę:

- 1) złożoną przez oferenta po terminie;
- 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
- 3) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
- 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 lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienie.
- 8) złożoną przez świadczeniodawcę, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent jest związany ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.

PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia konkursu na każdym jego etapie oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny, w tym części/zakresu konkursu.
2. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu do składania ofert, Udzielający zamówienia może zmodyfikować treść ogłoszenia oraz dokumentów składających się na SWK dotyczących zmiany terminu składania ofert.
3. O każdej zmianie Udzielający zamówienia zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
4. Oferta musi wyrażać stanowczą wolę oferenta zawarcia umowy o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługuje status Oferenta.
5. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
6. Umowy na świadczenie usług zawarte zostaną **w zakresie 1 od 04.09.2017 r. do 03.09.2020 r. , w zakresie 2, 3, 4, 8, 9, 10 od 01.09.2017 r. do 31.08.2020 r., w zakresie 5, 7, 11 od 15.08.2017 r. do 31.07.2020 r., w zakresie 6 od 16.08.2017 r. do 31.07.2020 r.**

UNIEWAŻNIENIE KONKURSU

1. Unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, następuje 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 Zamówienie przeznaczył na finansowanie 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.

PRAWO OFERENTÓW DO ODWOŁAŃ

1. Oferenci, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - 1) wybór trybu postępowania,
 - 2) niedokonanie wyboru Oferenta,
 - 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Szpitala, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

ZATWIERDZAM

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych
i nefrologii w ramach Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej
Zakres 1**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty,
niedziele i święta,

..... PLN za 1 badanie echokardiograficzne wykonywane dla pacjentów Kliniki Nefrologii,
Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych.

..... PLN za 1 badanie USG Doppler przetok dializacyjnych wykonywane dla pacjentów Kliniki
Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych.

..... % - wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia lub jego następcy prawnego, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub jego następcę prawnego obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy wartości świadczenia płatnego przez NFZ lub jego następcę prawnego za osobiście wykonane świadczenia w Poradni.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 04.09.2017 r. do 03.09.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie chorób wewnętrznych, nefrologii i hipertensjologii w ramach Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych oraz w Klinice Medycyny Ratunkowej
Zakres 2**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze w obsadzie jednego lekarza,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta w obsadzie jednego lekarza,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze w obsadzie dwóch lekarzy,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta w obsadzie dwóch lekarzy,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze, soboty, niedziele i święta w Klinice Medycyny Ratunkowej.

Świadczenia w Poradni:

..... % - wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia lub jego następcy prawnego, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub jego następcę prawnego obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy wartości świadczenia płatnego przez NFZ lub jego następcę prawnego za osobiście wykonane świadczenia w Poradni.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2017 r. do 31.08.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA
udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy z zakresu neurologii w ramach Kliniki Neurologii
Zakres 3.1

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... % - wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia lub jego następcy prawnego, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub jego następcę prawnego obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy wartości świadczenia płatnego przez NFZ lub jego następcę prawnego za osobiście wykonane świadczenia w Poradni.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2017 r. do 31.08.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....
podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie neurologii w ramach Kliniki Neurologii.
– w Zakresie 3.2.**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedziele, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy, stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego wzrasta o **PLN** w dni robocze, soboty, niedziele i święta po przekroczeniu **80 godzin** w danym miesiącu,

..... % procentowy udział (prowizja) w zapłaconej sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ lub jego następcę prawnego wykonanych w:

1. Klinice Neurologii w zakresach NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA,
 2. Oddział Udarów Mózgu w zakresie NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA - A48, A51,
- przy czym wartość zapłaconej sprzedaży, dla potrzeb naliczenia prowizji, będzie ustalana na podstawie wyceny świadczeń, zawartej w umowie z NFZ lub jego następcą prawnym obowiązującej na dzień zawarcia niniejszej Umowy (niezależnie od ewentualnych zmian tej wyceny) oraz ten sam procentowy udział w kwotach zapłaconych przez pacjentów (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) we wskazanych jednostkach organizacyjnych.

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.09.2017 r.** do dnia **31.08.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie neurologii w ramach Kliniki Neurologii.
– w Zakresie 3.3.**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedziele, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy, stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego

wzrasta o **PLN** w dni robocze, soboty, niedzielę i święta po przekroczeniu **80 godzin** w danym miesiącu,

..... % procentowy udział (prowizja) w zapłaconej sprzedaży świadczeń

zdrowotnych finansowanych przez NFZ lub jego następcę prawnego wykonanych w:

1. Klinice Neurologii w zakresach NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA,

2. Oddział Udarów Mózgu w zakresie NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA - A48, A51,

przy czym wartość zapłaconej sprzedaży, dla potrzeb naliczenia prowizji, będzie ustalana na podstawie wyceny świadczeń, zawartej w umowie z NFZ lub jego następcą prawnym obowiązującej na dzień zawarcia niniejszej Umowy (niezależnie od ewentualnych zmian tej wyceny) oraz ten sam procentowy udział w kwotach zapłaconych przez pacjentów (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) we wskazanych jednostkach organizacyjnych.

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.09.2017 r.** do dnia **31.08.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....

podpis Oferent

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie neurologii w ramach Kliniki Neurologii.
– w Zakresie 3.4.**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedziele, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy, stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego wzrasta o **PLN** w dni robocze, soboty, niedzielę i święta po przekroczeniu **80 godzin** w danym miesiącu.

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.09.2017 r.** do dnia **31.08.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie endokrynologii w Klinice
Endokrynologii i Diabetologii
Zakres 4**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedziele, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.09.2017 r.** do dnia **31.08.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki w Zespole Sal Operacyjnych
Zakres 5.1 / 5.2 ***

*** właściwe podkreślić**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 15.08.2017 r. do 31.07.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
- 7) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
- 8) dokumenty potwierdzające staż pracy.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Klinice Kardiologii
Zakres 6**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 16.08.2017 r. do 31.07.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
- 7) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
- 8) dokumenty potwierdzające staż pracy.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA
świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki w Klinice Anestezjologii i Intensywnej
Terapii
Zakres 7

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem,

..... PLN za udział w zespole znieczuleniowym przy przeszczepieniu wątroby.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 15.08.2017 r. do 31.07.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
- 7) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
- 8) dokumenty potwierdzające staż pracy.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii
i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii
Zakres 8**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2017 r. do 31.08.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
- 7) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
- 8) dokumenty potwierdzające staż pracy.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętąką imienną.

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**świadczenia zdrowotne udzielane przez technika elektroradiologii w Zakładzie Radiologii
i Diagnostyki Obrazowej
Zakres 9**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń w pracowni konwencjonalnej,

..... PLN zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń w TK ,

..... PLN zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń na wezwanie, celem obsługi aparatu śródoperacyjnego od momentu rozpoczęcia procedury w siedzibie Udzielającego zamówienia.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2017 r. do 31.08.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopie specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 4) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy.
- 5) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (m.in. kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego),
- 6) dokumenty potwierdzające staż pracy.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....
podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**świadczenia zdrowotne udzielane przez ratownika medycznego w Klinice Medycyny
Ratunkowej
Zakres 10**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2017 r. do 31.08.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 4) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
- 5) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
- 6) dokumenty potwierdzające staż pracy.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**świadczenia zdrowotne udzielane przez terapeutę zajęciowego w Klinice Psychiatrii
Zakres 11**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 15.08.2017 r. do 31.07.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 4) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
- 5) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
- 6) dokumenty potwierdzające staż pracy.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętąką imienną.

.....
Podpis Oferenta