



Numer postępowania: NHR.2018.120.15

Bydgoszcz, dnia 21 lutego 2018 r.

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)

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

ZAKRES 1 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

1.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii,**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej,
- stopień naukowy doktor habilitowany nauk medycznych,
- udokumentowane 5 letnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie pediatrii, hematologii i onkologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w **zakresie pediatrii oraz onkologii i hematologii dziecięcej** w dni robocze w godzinach **od 9:20 do 15:00** w wymiarze **do 120 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz konsultacje medyczne w ramach konsylium tzw. „Pakietu Onkologicznego”.

1.2 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii,**
- **Poradnie funkcjonujące przy Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii .**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 5 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii
- specjalizacja lub w trakcie ostatniego roku specjalizacji w zakresie/dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w **zakresie pediatrii oraz onkologii i hematologii dziecięcej** w dni robocze w godzinach **od 8:00 do 15:00** oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni **do 152 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę, a także dyżury medyczne oraz gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżurów pod telefonem” w dni robocze,

soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz konsultacje medyczne w ramach konsylium tzw. „Pakietu Onkologicznego”.

1.3 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii,**
- **Poradnie funkcjonujące przy Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii .**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie z transplantologii klinicznej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w **zakresie pediatrii oraz onkologii i hematologii dziecięcej a także transplantologii klinicznej** w dni robocze w godzinach **od 8:00 do 15:00** oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni **do 152** godzin miesięcznie/przez 1 osobę, a także dyżury medyczne oraz gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżurów pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz konsultacje medyczne w ramach konsylium tzw. „Pakietu Onkologicznego”.

1.4 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii,**
- **Poradnie funkcjonujące przy Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii .**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie immunologii klinicznej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w **zakresie pediatrii oraz immunologii klinicznej** w dni robocze w godzinach **od 8:00 do 15:00** oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni **do 152** godzin miesięcznie/przez 1 osobę, a także dyżury medyczne oraz gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżurów pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.5 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii,**
- **Poradnie funkcjonujące przy Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii .**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chorób płuc.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w **zakresie pediatrii oraz pulmonologii** w dni robocze w godzinach **od 8:00 do 15:00** oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni **do 152** godzin miesięcznie/przez 1 osobę, a także dyżury medyczne oraz gotowość do

udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżurów pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.6 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii,**
- **Poradnie funkcjonujące przy Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii .**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w **zakresie pediatrii oraz onkologii i hematologii dziecięcej** w dni robocze w godzinach **od 8:00 do 15:00** oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni **do 40** godzin miesięcznie/przez 1 osobę, a także dyżury medyczne oraz gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżurów pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz konsultacje medyczne w ramach konsylium tzw. „Pakietu Onkologicznego”.

1.7 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Poradnia Hematoonkologiczna dla Dzieci – Poradnia Fakomatoz.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej.

Przedmiot konkursu obejmuje ambulatoryjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w **zakresie pediatrii oraz onkologii i hematologii dziecięcej** w poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 2 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie okulistyki w ramach Kliniki Chorób Oczu.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Chorób Oczu,**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie okulistyki,
- stopień naukowy doktor habilitowany nauk medycznych,
- udokumentowane 5 letnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie okulistyki.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w godzinach **od 9:20 do 15:00** w wymiarze **do 90 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 3 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych – Poradnia Kardiologiczna.

Miejszem udzielania świadczeń jest:

- **Poradnia Kardiologiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii lub hipertensjologii,
- udokumentowane uprawnienia do wykonywania badań echokardiograficznych (echo serca).

Przedmiot konkursu obejmuje ambulatoryjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni 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 2, lub 3, lub 4, lub 5.
 - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z zał. nr 1, lub 2, lub 3, lub 4, lub 5).
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 21.02.2018 r. do 28.02.2018 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.2018.120.15 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszenia
(należy wpisać nr zakresu, na który składana jest oferta)
nie otwierać przed 28.02.2018 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.2018.120.15 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, tel. 52 585 49 77) w godzinach od 09:00 do 14:00.

MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa **28.02.2018 r. godz. 11:00** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 02.03.2018 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.

ROZSTRZYGNĘCIE 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 zamówienia.
 - 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 zdrowotnych zawarte zostaną **od 01.04.2018 do 31.03.2021 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

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Pediatrii,
Hematologii i Onkologii
Zakres 1.1**

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:

I. za świadczenia podstawowe:

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

..... % procentowy udział (prowizja)

A. w wartości sprawozdanego i przyjętego wykonania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w danym miesiącu, w:

- **Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii w zakresach:**

- IMMUNOLOGIA KLINICZNA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA – limit półroczny 491 504,16 PLN,
- ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA – limit półroczny 1 399 928,38 PLN,
- PEDIATRIA - HOSPITALIZACJA – limit półroczny 490 535,04 PLN
- **Poradniach podległych Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii** w zakresach:
 - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ – limit półroczny 56 958,50 PLN,
 - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE – limit półroczny 31 703,22 PLN,
 - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ – limit półroczny 80 978,98 PLN,
 - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE – limit półroczny 12 161,26 PLN,
 - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE IMMUNOLOGII – limit półroczny 35 452,16 PLN,
 - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE IMMUNOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE – limit półroczny 46 212,54 PLN,
 - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE TRANSPLANTOLOGII – limit półroczny 10 607,56 PLN

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowiąc będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, do wysokości sumy półrocznych limitów świadczeń w Klinice i sumy półrocznych limitów świadczeń w Poradniach.

B. w wartości zapłaconej w danym miesiącu sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w:

- **Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii** w zakresach:
 - ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA - S21,S22,S23,
 - ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY,
- **Poradniach podległych Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii** w zakresach:
 - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ-DIAGNOSTYKA ONKOLOGICZNA,

- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ-
DIAGNOSTYKA ONKOLOGICZNA

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowiąc będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń.

C. w wartości zapłaconej w danym miesiącu sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w:

- **Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii** w zakresach:
 - ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM – limit półroczny 378 494,00 PLN,
 - CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM Z ZAKRESEM SKOJARZONYM - limit półroczny 60 000,00 PLN,
 - CHEMIOTERAPIA - HOSPITALIZACJA Z ZAKRESEM SKOJARZONYM - limit półroczny 1 765 860,00 PLN,
- **Poradniach podległych Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii** w zakresach:
 - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ-
DIAGNOSTYKA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM - limit półroczny 12 849,96 PLN

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowiąc będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń, do wysokości limitów półrocznych.

D. w kwotach zapłaconych przez pacjentów w danym miesiącu (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) za świadczenia wykonane we wskazanych jednostkach organizacyjnych.

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń w formie konsultacji medycznych w ramach tzw. „Pakietu Onkologicznego”.

II. Dodatek do każdej godziny udzielanych świadczeń zdrowotnych, który przysługuje Przyjmującemu zamówienie w związku z wykonywaniem odpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie przeszczepu szpiku kostnego, hematologii i onkologii oraz immunologii:

..... PLN dodatek do zryczałtowanej kwoty za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem w klinice.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2018 r. do 31.03.2021 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 specjalistów w ramach Kliniki Pediatrii,
Hematologii i Onkologii
Zakres 1.2 / 1.3 / 1.4 / 1.5 / 1.6***

***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:

I. za świadczenia podstawowe:

..... **PLN** zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem w klinice i poradni,

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego lub wezwania w dni robocze,

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego lub wezwania w soboty, niedzielę i święta,

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w dni robocze,

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w soboty, niedzielę i święta,

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń w formie konsultacji medycznych w ramach tzw. „Pakietu Onkologicznego”.

II. Dodatek do każdej godziny udzielanych świadczeń zdrowotnych, który przysługuje Przyjmującemu zamówienie w związku z wykonywaniem odpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie przeszczepu szpiku kostnego, hematologii i onkologii oraz immunologii:

..... **PLN** dodatek do zryczałtowanej kwoty za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem w klinice i poradni,

..... **PLN** dodatek za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego lub wezwania w dni robocze,

..... **PLN** dodatek za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego lub wezwania w soboty, niedzielę i święta,

..... **PLN** dodatek za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w dni robocze.

..... **PLN** dodatek za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w soboty, niedzielę i święta

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2018 r. do 31.03.2021 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 specjalistów w ramach Kliniki Pediatrii,
Hematologii i Onkologii
Zakres 1.7**

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 jedną poradę w Poradni.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2018 r. do 31.03.2021 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 lekarza specjalistę w zakresie okulistyki w ramach Kliniki
Chorób Oczu
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 miesięcznym harmonogramem pracy,

..... % procentowy udział (prowizja)

a. w wartości sprawozdanego i przyjętego wykonania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w danym miesiącu, w:

- **Klinice Chorób Oczu** w zakresach:

- OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA – limit półroczny 1 932 958,96 PLN

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowiąc będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, do wysokości sumy półrocznych limitów świadczeń w Klinice.

b. w wartości zapłaconej w danym miesiącu sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w:

- **Klinice Chorób Oczu** w zakresach:

- OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA B04, B05, B06

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowiąc będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń.

c. w wartości zapłaconej w danym miesiącu sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w:

- **Klinice Chorób Oczu** w zakresach:

- OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA - B18, B19 - limit półroczny 2 314 246,00 PLN

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowiąc będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń, do wysokości limitów półrocznych.

d. w kwotach zapłaconych przez pacjentów w danym miesiącu (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) za świadczenia wykonane we wskazanych jednostkach organizacyjnych.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2018 r. do 31.03.2021 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 lekarza specjalistę w ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych
– Poradnia Kardiologiczna
Zakres 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:

..... % wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy za **W01, W11, W12, W13,W44,**

..... % wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy za **W40,**

..... % wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy za **W41, W42, W43,**

..... **PLN za W17,W46** -za każdą poradę pozytywnie zweryfikowaną przez Narodowy Funduszu Zdrowia,

..... **PLN za W14** -za każdą poradę pozytywnie zweryfikowaną przez Narodowy Funduszu Zdrowia,

..... **PLN za W25** -za każdą poradę pozytywnie zweryfikowaną przez Narodowy Funduszu Zdrowia,

..... **PLN za W15** -za każdą poradę pozytywnie zweryfikowaną przez Narodowy Funduszu Zdrowia,

..... **PLN** kwota za 1 opis badania wysiłkowego serca na bieżni ruchomej,

..... **PLN** kwota za 1 opis badania wysiłkowego serca na ergometrze rowerowym,

..... **PLN** kwota za 1 badanie echokardiograficzne.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2018 r. do 31.03.2021 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

