

numer postępowania: NHR.2018.120.41

Bydgoszcz, dnia 26 lipca 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 lekarza specjalistę w zakresie pediatrii i alergologii w ramach Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii.**

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

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii,**
- **Poradnia Alergologiczna dla Dzieci,**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie alergologii,
- stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze do 360 godzin kwartalnie/przez 1 osobę oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w Poradni w godzinach popołudniowych do 48 godzin kwartalnie /przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

**ZAKRES 2 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii w Klinice Neurologii.**

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

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Neurologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie neurologii,
- stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych,

- Certyfikat Sekcji Neurosonologii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego uprawniający do wykonywania badań neurosonologicznych w zakresie USG doppler duplex tętnic domózgowych w odcinku zewnątrzczaszkowym i USG przezczaszkowego (TCD i TCCD).

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w wymiarze do 100 godzin miesięcznie/ przez 1 oraz wykonywanie badań ultrasonograficznych Doppler.

**ZAKRES 3 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Zakładu Endoskopii Gastroenterologicznej.**

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

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Zakład Endoskopii Gastroenterologicznej,**
- **Poradnia Gastroenterologiczna.**

**3.1 Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:**

- specjalizacja lub w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie gastroenterologii, lub
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej lub chorób wewnętrznych,
- udokumentowane 5 letnie doświadczenie zawodowe w gastroenterologii lub endoskopii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w wymiarze do 80 godzin miesięcznie/ przez 1 osobę, wykonywanie zabiegów, gotowość do udzielania świadczeń tzw. „dyżur pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w Poradni Gastroenterologicznej zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**3.2. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 3 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:**

- specjalizacja w dziedzinie gastroenterologii lub
- certyfikat Towarzystwa Chirurgicznego w zakresie endoskopii,
- udokumentowane 5 letnie doświadczenie zawodowe w gastroenterologii lub endoskopii oraz w endoskopowym leczeniu krwawień.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w wymiarze do 50 godzin miesięcznie/ przez 1 osobę, wykonywanie zabiegów, gotowość do udzielania świadczeń tzw. „dyżur pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w Poradni Gastroenterologicznej zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych, transplantologii klinicznej w Klinice Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej.**

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

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej,**
- **Poradni Chirurgii Ogólnej i Transplantacji Wątroby.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w dziedzinie transplantologii klinicznej,
- udokumentowany min. 5 letni doświadczenie zawodowe,
- stopień naukowy doktor nauk medycznych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w wymiarze do 60 godzin miesięcznie/ przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

**ZAKRES 5 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów 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, 85121200-5.**

**5.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:**

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

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- stopień naukowy doktor nauk medycznych w zakresie medycyny,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chorób wewnętrznych,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie nefrologii.

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

**5.2 Miejscem udzielania świadczeń jest:**

- **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:

- stopień naukowy doktor nauk medycznych w zakresie medycyny,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chorób wewnętrznych,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie nefrologii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie hipertensjologii.

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

**5.3 Miejscem udzielania świadczeń jest:**

- **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 w zakresie/dziedzinie chorób wewnętrznych,

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie nefrologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych, nefrologii w dni robocze oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 140 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**5.4 Miejscem udzielania świadczeń jest:**

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

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

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

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych, nefrologii 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.

**ZAKRES 6 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Klinice Endokrynologii i Diabetologii.**

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Endokrynologii i Diabetologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- w trakcie specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych lub endokrynologii.

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

**ZAKRES 7 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychoterapeutów w Klinice Psychiatrii.**

**Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121270-6, 85121271-3.**

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Psychiatrii.**

**7.1 Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:**

- w trakcie uzyskania certyfikatu psychoterapeuty,
- udokumentowane minimum 10 letnie doświadczenie zawodowe,
- specjalizacja biblioterapeutyczna (między innymi dla osób uzależnionych i grup Al-Anon),
- doświadczenie w prowadzeniu terapii zajęciowej,
- potwierdzenie ukończenia Kinezylogii Paula Dennisona I i II stopnia.

Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usług medycznych w zakresie psychoterapii i arteterapii. Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 160 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

**7.2 Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:**

- w trakcie uzyskania certyfikatu psychoterapeuty,
- potwierdzenie uprawnień Kinezjologa Edukacyjnego I i II stopnia,
- potwierdzenie uprawnień Muzykoterapeuty.

Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usług medycznych w zakresie psychoterapii i arteterapii. Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 144 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

**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,
  - 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).
10. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub nadane jako przesyłka pocztowa, niezależnie od daty nadania, będą odrzucane, jeżeli wpłyną do kancelarii szpitala po terminie określonym 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 26.07.2018 r. do 01.08.2018 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.2018.120.41 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie .....  
ogłoszenia (należy wpisać nr zakresu, na który składana jest oferta)  
nie otwierać przed 01.08.2018 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.2018.120.41 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 zakreślonego 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 (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 01.08.2018 r. do godz. 11:00** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 06.08.2018 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.

## ROZSTRZYGNIECIE 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 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 od 1 do 7 od dnia 01.09.2018 r. do dnia 31.08.2021 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 lekarza specjalistę w zakresie pediatrii i alergologii w ramach Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii  
Zakres 1**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 w Klinice,

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

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2018 r. do 31.08.2021 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 lekarza specjalistę w zakresie neurologii**  
**w Klinice Neurologii**  
**Zakres 2**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 (dr hab. n. med.),

lub

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem (prof. UMK lub prof. zwyczajny)

..... **% procentowy udział (prowizja)**

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

- Klinice Neurologii w zakresach:
  - NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA – limit półroczny 1 400 000,00 PLN,
  - NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA - A48, A51 – limit półroczny 3 727 907,04 PLN
- Poradni Neurologicznej w zakresach:
  - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII – limit półroczny 18 773,38 PLN,
  - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE – limit półroczny 13 393,62 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 Poradni.

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

- Poradni Neurologicznej w zakresach:
  - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII-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 Neurologii w zakresach:
  - PROGRAM LEKOWY - LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY – limit półroczny 46 290,00 PLN,
  - PROGRAM LEKOWY - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO - limit półroczny 35 370,00 PLN,
  - PROGRAM LEKOWY - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO PO NIEPOWODZENIU TERAPII LEKAMI PIERWSZEGO RZUTU LUB SZYBKO ROZWIJAJĄCEJ SIĘ CIĘŻKIEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO – limit półroczny 6,00 PLN,
  - PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN W CHOROBYCH NEUROLOGICZNYCH - limit półroczny 3 890,00 PLN
- Poradni Neurologicznej w zakresach:

- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII-DIAGNOSTYKA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM - limit półroczny 114,24 PLN

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowią 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.

1) .....PLN za 1 badanie ultrasonograficzne Dopplera.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2018 r. do 31.08.2021 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 Zakładu Endoskopii**  
**Gastroenterologii – w zakresie 3.1**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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:

1. w godzinach od 7:25 do 15:00 obejmuje następujące składniki:

- 1) Zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem: ..... **PLN** za godzinę,
- 2) Gastroskopia diagnostyczna: ..... **PLN**,
- 3) Kolonoskopia diagnostyczna: .....**PLN**,



- 4) Kolonoskopia +polipektomia: ..... **PLN**,
- 5) ERCP diagnostyczne: ..... **PLN**,
- 6) ERCP + papilotomia: ..... **PLN**,
- 7) ERCP + papilotomia + ekstrakcja żłogów: ..... **PLN**,
- 8) ERCP + proteza tradycyjna: ..... **PLN**,
- 9) ERCP + proteza samorozprężalna: ..... **PLN**,
- 10) Gastroskopia + PEG: ..... **PLN**,
- 11) Gastroskopia + polipektomia: ..... **PLN**,
- 12) Drenaż torbieli trzustki (endo): ..... **PLN**,
- 13) Protezowanie przełyku protezą samorozprężalną: .....**PLN**,
- 14) Rektoskopia: .....**PLN**,
- 15) Endoskopowe opanowanie krwawienia z przewodu pokarmowego: .....**PLN**,
- 16) Założenie sondy odżywczej do jelita: .....**PLN**,
- 17) Usunięcie ciała obcego ze światła przewodu pokarmowego: .....**PLN**
- 18) Wprowadzenie balonu żołądkowego: .....**PLN**,
- 19) Poszerzenie światła przewodu pokarmowego: .....**PLN**.

2. w gotowości do udzielania świadczeń w dni robocze w godzinach od 15:00 do 7:25 dnia następnego, w soboty, niedziele i święta od 7:25 do 7:25 dnia następnego:

- 1) Dyżury pod telefonem w dni robocze: .....**PLN**,
- 2) Dyżury pod telefonem w soboty, niedziele i święta: .....**PLN**,
- 3) Wezwania w dni robocze: .....**PLN**,
- 4) Wezwania w soboty, niedziele i święta: .....**PLN**,

3. w Poradni Gastroenterologicznej:

- 1) ..... **PLN** za jedną poradę w Poradni Gastroenterologicznej.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2018 r. do 31.08.2021 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 Zakładu Endoskopii**  
**Gastroenterologii – w zakresie 3.2**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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:

4. w godzinach od 7:25 do 15:00 obejmuje następujące składniki:

- 1) Zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem: ..... **PLN** za godzinę,
- 2) Gastroskopia diagnostyczna: ..... **PLN**,
- 3) Kolonoskopia diagnostyczna: .....**PLN**,

- 4) Kolonoskopia +polipektomia: ..... **PLN**,
- 5) ERCP diagnostyczne: ..... **PLN**,
- 6) ERCP + papilotomia: ..... **PLN**,
- 7) ERCP + papilotomia + ekstrakcja żłogów: ..... **PLN**,
- 8) ERCP + proteza tradycyjna: ..... **PLN**,
- 9) ERCP + proteza samorozprężalna: ..... **PLN**,
- 10) Gastroskopia + PEG: ..... **PLN**,
- 11) Gastroskopia + polipektomia: ..... **PLN**,
- 12) Drenaż torbieli trzustki (endo): ..... **PLN**,
- 13) Protezowanie przełyku protezą samorozprężalną: .....**PLN**,
- 14) Rektoskopia: .....**PLN**,
- 15) Endoskopowe opanowanie krwawienia z przewodu pokarmowego: .....**PLN**,
- 16) Założenie sondy odżywczej do jelita: .....**PLN**,
- 17) Usunięcie ciała obcego ze światła przewodu pokarmowego: .....**PLN**
- 18) Wprowadzenie balonu żołądkowego: .....**PLN**,
- 19) Poszerzenie światła przewodu pokarmowego: .....**PLN**.

5. w gotowości do udzielania świadczeń w dni robocze w godzinach od 15:00 do 7:25 dnia następnego, w soboty, niedziele i święta od 7:25 do 7:25 dnia następnego:

- 5) Dyżury pod telefonem w dni robocze: .....**PLN**,
- 6) Dyżury pod telefonem w soboty, niedziele i święta: .....**PLN**,
- 7) Wezwania w dni robocze: .....**PLN**,
- 8) Wezwania w soboty, niedziele i święta: .....**PLN**,

6. w Poradni Gastroenterologicznej:

- 2) ..... % - wartości świadczenia płatnego przez NFZ lub jego następcy prawnego za osobiście wykonane świadczenia w Poradni z wyłączeniem udzielania świadczeń zdrowotnych w formie porady onkologicznej,
  - a) za poradę onkologiczną: ..... **PLN**.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2018 r. do 31.08.2021 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 lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych,  
transplantologii klinicznej w Klinice Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej  
Zakres 4**

**\*Właściwe podkreślić**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 w Klinice,

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

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2018 r. do 31.08.2021 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

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Nefrologii,  
Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych oraz w Klinice Medycyny Ratunkowej  
Zakres 5.1/5.2/5.3/5.4\*

\*niepotrzebne skreślić

#### 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 01.09.2018 r. do 31.08.2021 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 lekarza w Klinice Endokrynologii i Diabetologii  
Zakres 6**

**\*Właściwe podkreślić**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 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.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2018 r. do 31.08.2021 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

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychoterapeutów w ramach Kliniki Psychiatrii.  
Zakres 7.1, 7.2 \*

\*- niepotrzebne skreślić

#### I. DANE O OFERENCIE:

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

#### 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 zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2018 r. do 31.08.2021 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