

Bydgoszcz, dnia 11 marca 2019 r.

numer postępowania: NHR.2019.120.9

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, 2219 z późn. zm.), oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2429 z późn. zm.)

### SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

**ZAKRES 1 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii dziecięcej przez lekarza specjalistę w ramach Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży.**

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży,**
- **Poradnia Chirurgii Dziecięcej.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chirurgii dziecięcej,
- tytuł naukowy doktor nauk medycznych,
- certyfikaty potwierdzające uczestnictwo w szkoleniach laparoskopowych oraz szkoleniach torakoskopowych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze i ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze od 7:25 do 15:00 do 160 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżurów medycznych w dni robocze, soboty, niedziele i święta, a także w formie gotowości do udzielania świadczeń tzw. „dyżuru pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach konsylium onkologicznego.

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

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

2.1. Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Neurologii.**

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

- specjalizacja 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.

#### 2.2. Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Neurologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **1 osoby** 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.

#### 2.3. Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Neurologii.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na interpretacji wyników badania Holter EKG zgodnie z zapotrzebowaniem Kliniki na badania.

#### 2.4. 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.

**ZAKRES 3 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu przez lekarza specjalistę w ramach Oddziału Klinicznego Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz w Klinice Medycyny Ratunkowej.**

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Oddział Kliniczny Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu,**
- **Poradnia Ortopedyczna,**
- **Klinika Medycyny Ratunkowej.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- udokumentowany 5-letni staż pracy.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń medycznych w poradni w dni robocze **do 143 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę, a także dyżury medyczne oraz gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżurów pod telefonem” w dni robocze i w soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych i kardiologii przez lekarza specjalistę w ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych przez farmakologa klinicznego w zakresie farmakologii w Jednostkach Organizacyjnych Udzielającego zamówienia.**

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

Miejscem udzielania świadczeń są:

- **Zespół Poradni Specjalistycznych – Poradnia Kardiologiczna,**
- **Jednostki Organizacyjne Udzielającego zamówienia.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chorób wewnętrznych,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie farmakologii klinicznej,
- stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych.

Przedmiot konkursu obejmuje ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych poprzez nadzór nad prawidłowym postępowaniem terapeutycznym obejmującym nietypowe dawkowanie leków, nadzór- konsultacje, prowadzenie terapii obejmującej schematy wielolekowe (polipragmazja) w szczególności u pacjentów nietypowych zapotrzebowaniu na leki, z uwzględnieniem terapii monitorowanej, monitorowanie stężenia leków, opiniowanie programów badawczych dotyczących farmakoterapii u pacjentów, monitorowanie objawów ubocznych i toksycznych polekowych, prowadzenie spraw związanych z racjonalizacją farmakoterapii u udzielającego zamówienia, nadzór nad prowadzeniem Receptariusza Szpitala oraz dokonywanie jego aktualizacji, konsultacje z zakresu farmakologii klinicznej, realizowanie zadań zgodnie z wymogami wynikającymi z funkcjonowania systemu obowiązującego u Udzielającego zamówienia, wykonywanie powierzonych czynności zgodnie ze stanem wiedzy techniki medycznej oraz zasadami etyki zawodowej respektując prawa pacjentów.

**ZAKRES 5 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez techników elektroradiologii w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.**

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.**

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

- tytuł licencjata elektroradiologii lub magistra elektroradiologii,
- aktualny certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta,

- zaświadczenie z ostatniego miejsca pracy potwierdzające umiejętność obsługi aparatów cyfrowych bezpośrednich, aparatów śródoperacyjnych typu Arcadis Varic, Brivo, aparatu śródoperacyjnego TK, przyłóżkowych cyfrowych, znajomości obsługi skanerów MR, systemów GE, Optima i Signa,
- udokumentowany 2 letni staż pracy w zakładzie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie diagnostyki obrazowej w pracowni konwencjonalnej, TK, MR oraz w formie tzw. „dyżuru pod telefonem” - tzn. pozostawanie w gotowości do natychmiastowego przybycia do Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej i niezwłocznej obsługi aparatów śródoperacyjnych, 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 do 170 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz w formie tzw. „dyżurów pod telefonem” zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

### **5.2. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:**

- tytuł licencjata elektroradiologii lub magistra elektroradiologii,
- aktualny certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta,
- zaświadczenie z ostatniego miejsca pracy potwierdzające umiejętność obsługi aparatów cyfrowych bezpośrednich, aparatów śródoperacyjnych typu Arcadis Varic, Brivo, aparatu śródoperacyjnego TK, przyłóżkowych cyfrowych, znajomości obsługi aparatów TK, systemów GE, Philips, Siemens, wieloenergentycznego TK, aparatów śródoperacyjnego TK.
- udokumentowany 2 letni staż pracy w zakładzie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie diagnostyki obrazowej w pracowni konwencjonalnej, TK oraz w formie tzw. „dyżuru pod telefonem” - tzn. pozostawanie w gotowości do natychmiastowego przybycia do Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej i niezwłocznej obsługi aparatów śródoperacyjnych, 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 do 100 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz w formie tzw. „dyżurów pod telefonem” zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

### **5.3. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:**

- tytuł licencjata elektroradiologii lub magistra elektroradiologii,
- aktualny certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta,
- potwierdzona zaświadczeniem umiejętność obsługi aparatów cyfrowych bezpośrednich, aparatów śródoperacyjnych typu Arcadis Varic, Brivo, aparatu śródoperacyjnego TK oraz przyłóżkowych cyfrowych.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie diagnostyki obrazowej w pracowni konwencjonalnej oraz w formie tzw. „dyżuru pod telefonem” - tzn. pozostawanie w gotowości do natychmiastowego przybycia do Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej i niezwłocznej obsługi aparatów śródoperacyjnych, 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 do 100 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz w formie tzw. „dyżurów pod telefonem” zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

•

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

- tytuł licencjata elektroradiologii lub magistra elektroradiologii,
- aktualny certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta,
- potwierdzona zaświadczeniem umiejętność obsługi aparatów cyfrowych bezpośrednich, aparatów śródoperacyjnych typu Arcadis Varic, Brivo, aparatu śródoperacyjnego TK, przyłóżkowych cyfrowych.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie diagnostyki obrazowej w pracowni konwencjonalnej oraz w formie tzw. „dyżuru pod telefonem” - tzn. pozostawanie w gotowości do natychmiastowego przybycia do Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej i niezwłocznej obsługi aparatów śródoperacyjnych, 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 do 170 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz w formie tzw. „dyżurów pod telefonem” zgodnie z miesięcznym harmonogramem..

**ZAKRES 6 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji przez lekarza specjalistę w ramach Kliniki Rehabilitacji.**

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Rehabilitacji,**
- **Jednostki Organizacyjne Udzielającego zamówienia.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- zakończone szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie rehabilitacji,
- udokumentowane min. 15 letnie doświadczenie jako lekarz rodzinny.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od 7:25 do 15:00 do 140 godzin miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz konsultacje medyczne w jednostkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia.

**ZAKRES 7 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Endokrynologii i Diabetologii.**

**Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.**

7.1. Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Endokrynologii i Diabetologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane co najmniej 2 letnie doświadczenie zawodowe w oddziale szpitalnym.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 216 godzin miesięcznie na 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

#### 7.2. Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Endokrynologii i Diabetologii.**

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

- udokumentowane co najmniej 2 letnie doświadczenie zawodowe w oddziale internistycznym lub geriatrycznym.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 96 godzin miesięcznie na 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

**ZAKRES 8 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci.**

**Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.**

#### 8.1. Miejsce udzielania świadczeń:

- **Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci.**

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

- aktualny kurs krwiodawstwa,
- udokumentowane minimum 1 roczne doświadczenie w pracy na oddziale intensywnej terapii,
- kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek z anestezjologii i intensywnej terapii lub w trakcie takiego kursu, lub
- specjalizacja dla pielęgniarek z anestezjologii i intensywnej terapii lub w trakcie takiej specjalizacji.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 240 godzin miesięcznie na 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

#### 8.2. Miejsce udzielania świadczeń:

- **Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci.**

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

- aktualny kurs krwiodawstwa,
- udokumentowane minimum 1 roczne doświadczenie w pracy na oddziale intensywnej terapii.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 80 godzin miesięcznie na 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

**ZAKRES 9 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

**Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.**

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

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

- minimum licencjat pielęgniarstwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 120 godzin miesięcznie na 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

**ZAKRES 10 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w ramach Klinice Psychiatrii.**

**Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.**

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Psychiatria**
- **Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży.**

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

- udokumentowane doświadczone w pracy na oddziale psychiatrycznym lub pediatrycznym.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 216 godzin miesięcznie na 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

**ZAKRES 11 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.**

**Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 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 roczne doświadczenie zawodowe w oddziale intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej,
- pozytywna opinia z poprzedniego 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 12 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Klinice Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej.**

**Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.**

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej**

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

- ukończone liceum pielęgniarstwa lub,
- tytuł licencjata pielęgniarstwa,
- udokumentowane aktualne zaświadczenie ukończenia kursu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

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 13 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/położne w ramach Kliniki Kardiologii.**

**Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1 / 85141100-0.**

**13.1. Miejsce udzielania świadczeń:**

- **Klinika Kardiologii**

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

- dokumenty potwierdzające kwalifikacje w zawodzie pielęgniarki/położnej.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.



Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 80 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

**13.2. Miejsce udzielania świadczeń:**

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

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- dokumenty potwierdzające kwalifikacje w zawodzie pielęgniarki/położnej.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 120 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, nr 5, lub nr 6, lub nr 7, lub nr 8, nr 9, lub nr 10, lub nr 11, lub nr 12, lub nr 13, lub nr 14, lub nr 15, lub nr 16, lub nr 17.
  - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z zał. 1, lub nr 2, lub nr 3, lub nr 4, nr 5, lub nr 6, lub nr 7, lub nr 8, nr 9, lub nr 10, lub nr 11, lub nr 12, lub nr 13, lub nr 14, lub nr 15, lub nr 16, lub nr 17).
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 11.03.2019 r. do 15.03.2019 r. do godz. 9:00**

**(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.2019.120.9 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie .... ogłoszenia  
nie otwierać przed 15.03.2019 r. godz. 10:00 ”***

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.2019.120.9 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... ogłoszenia**” 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 oraz Weronika Nowak (tel. 52 585 49 55, 52 585 41 63, 52 585 4091 w godzinach od 09:00 do 14:00).

#### **MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT**

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa **w dniu 15.03.2019 r. o godz. 10:00** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 19.03.2019 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 1 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 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 nr 1, 2, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 13 od dnia 01.04.2019 r. do dnia 31.03.2022 r., w zakresie nr 3 od dnia 01.05.2019 r. do dnia 30.04.2022 r., w zakresie nr 6 od dnia 15.04.2019 r. do dnia 30.04.2022r. oraz zakres nr 5.1 od dnia 01.04.2019 r. do dnia 30.04.2020 r., zakres nr 5.2, 5.3, 5.4 od dnia 01.04.2019 r. do dnia 31.05.2020 r., w zakresie nr 8 od dnia 01.04.2019 r. do dnia 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

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii dziecięcej przez lekarza specjalistę w ramach Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży.  
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 Oddziale w dni robocze oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

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

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

..... % stawki dyżurowej za 1 godzinę dyżuru „pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji w ramach Konsylium tzw. Pakietu Onkologicznego,

.....% procentowy udział (prowizja)

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

- **Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży w zakresach:**

- CHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA – limit półroczny 2 721 289,68 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 Oddziale.

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

- **Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży w zakresach:**

- NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - N20, N22, N23, N24, N25 ,

- CHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY,

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:

- **Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży w zakresach:**

- NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY – limit półroczny 10 260,00 PLN,

- CHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM - limit półroczny 50 040,00 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 01.04.2019 r. do 31.03.2022 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

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii przez lekarzy w Klinice Neurologii.  
Zakres 2.1/2.2\*

\*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 ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze,

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

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2019 r. do 31.03.2022 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

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii przez lekarzy w Klinice Neurologii.  
Zakres 2.3

#### 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 interpretację wyników 1 badania Holter EKG.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2019 r. do 31.03.2022 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

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii przez lekarzy w Klinice Neurologii.  
Zakres 2.4**

### 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 miesięcznym harmonogramem pracy,

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

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z 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)

e. 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.

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.

f. 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 01.04.2019 r. do 31.03.2022 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**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu przez lekarza specjalistę w ramach Oddziału Klinicznego Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz w Klinice Medycyny Ratunkowej.  
Zakres 3**

**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 miesięcznym harmonogramem pracy,

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

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



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

..... % stawki dyżurowej za 1 godzinę dyżuru „pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta,

..... % wartości świadczenia płatnego przez płatnika publicznego za osobiście wykonane świadczenia w Poradni z wyłączeniem udzielania świadczeń zdrowotnych w formie porady onkologicznej,

..... PLN za poradę onkologiczną.

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.05.2019 r.** do dnia **30.04.2022 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

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych i kardiologii przez lekarza specjalistę w ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych przez farmakologa klinicznego w zakresie farmakologii w Jednostkach Organizacyjnych Udzielającego zamówienia.  
w Zakresie 4.**

#### 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:

**Udzielanie świadczeń w Poradni Kardiologicznej:**

..... % - wartości świadczenia płatnego przez płatnika publicznego za osobiście wykonane świadczenia w poradni,

..... PLN – za 1 badanie – próba wysiłkowa w poradni.

**Farmakolog Kliniczny:**

..... PLN za 1 miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie farmakologii klinicznej.

4) Proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2019 r. do 31.03.2022 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 pieczęcią imienną.**

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez techników elektroradiologii w Zakładzie Radiologii  
i Diagnostyki Obrazowej  
Zakres 5.1

**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** zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej – Pracownia konwencjonalna,

..... PLN zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej – Pracownia TK,

..... PLN zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej – Pracownia MR,

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

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2019 r. do 30.04.2020 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**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez techników elektroradiologii w Zakładzie Radiologii  
i Diagnostyki Obrazowej  
Zakres 5.2

**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** zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej – Pracownia konwencjonalna,

..... **PLN** zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej – Pracownia TK,

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

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2019 r. do 31.05.2020 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**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez techników elektroradiologii w Zakładzie Radiologii  
i Diagnostyki Obrazowej  
Zakres 5.3/5.4\*

**\*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** zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej – Pracownia konwencjonalna,



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

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2019 r. do 31.05.2020 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 pieczętką imienną.**

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji przez lekarza specjalistę w ramach  
Kliniki Rehabilitacji.  
Zakres 6

**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 miesięcznym harmonogramem pracy,

..... **PLN** za 1 konsultację medyczną w jednostkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia.

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **15.04.2019 r.** do dnia **30.04.2022 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**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Endokrynologii  
i Diabetologii.  
Zakres 7.1/7.2\***

**\*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 dyżuru w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2019 r. do 31.03.2022 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 pielęgniarki w Oddziale Klinicznym  
Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci.  
Zakres 8.1/8.2\***

**\*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 dyżuru w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2019 r. do 31.03.2021 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 pielęgniarkę w Klinice Anestezjologii  
i Intensywnej Terapii.  
Zakres 9**

**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 dyżuru w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z harmonogramem.



4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2019 r. do 31.03.2022 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 pielęgniarkę w ramach Klinice Psychiatrii.  
Zakres 10**

**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 dyżuru w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2019 r. do 31.03.2022 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 pielęgniarkę w I Oddziale Klinicznym  
Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.  
Zakres 11**

**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 dyżuru w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2019 r. do 31.03.2022 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 pielęgniarkę w Klinice Chirurgii Ogólnej,  
Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej.  
Zakres 12**

**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 dyżuru w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2019 r. do 31.03.2022 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 pielęgniarki/położne w ramach Kliniki Kardiologii.  
Zakres 13.1/13.2\***

**\*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 dyżuru w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.04.2019 r. do 31.03.2022 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