



nr postępowania: **NHR.2022.120.87**

05.01.2023 r.

**DYREKTOR**

**Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza  
w Bydgoszczy, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9**

*działając na podstawie przepisu art. 26 i 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*

**Informuję o modyfikacji ogłoszenia oraz Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert w postępowaniu konkursowym nr NHR.2022.120.87**

W Ogłoszeniu Konkursu Ofert dotyczącego postępowania konkursowego nr NHR.2022.120.87, wprowadza się następujące zmiany:

„Oferty należy składać w biurze podawczym szpitala na formularzach ofertowych udostępnionych przez Udzielającego zamówienia do dnia **11.01.2023 r.** do godz. **10:30** w zaklejonych kopertach, podpisanych imieniem, nazwiskiem, adresem oraz numerem telefonu oferenta oznaczonych napisem:

***Konkurs ofert nr NHR.2022.120.87 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... ogłoszenia nie otwierać przed 11.01.2023 r. godz. 11:00.***

Otwarcie ofert nastąpi w dniu **11.01.2023 r.** o godz. **11:00** w siedzibie Udzielającego zamówienia, rozstrzygnięcie nastąpi do dnia **13.01.2023 r.** do godz. **15:00.**”

W Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dotyczących postępowania nr NHR.2022.120.87, wprowadza się następujące zmiany:

**„TERMIN, MIEJSCE ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA OFERT**

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie

**w dniach od 29.12.2022 r. do 11.01.2023 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.2022.120.87 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... ogłoszenia nie otwierać przed 11.01.2023 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.2022.120.87 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 określonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w rejestrze Kancelarii Szpitala.”

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

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa **w dniu 11.01.2023 r. o godz. 11:00** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 13.01.2023 r. do godz. 15:00.”**

Zmieniono formularz ofertowy w załączniku nr 1, nr 2 oraz nr 3 na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii w sposób przedstawiony poniżej.

DYREKTOR ds. LECZNICTWA  
Szpitala Uniwersyteckiego nr 1  
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

*dr n. med. Ahmad El-Essa*

**OFERTA**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii.**  
**– Zakres 1.1**

**I. DANE O OFERENCIE:**

<b>FIRMA</b>		
<b>Imię i nazwisko</b>		
<b>ADRES DZIAŁALNOŚCI</b>	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>NIP</b>		
<b>Telefon</b>		

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
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.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**III. WARUNKI:**

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuję następujące wynagrodzenie:
  - 1) ..... **PLN** za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze,
  - 2) ..... **PLN** za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta,
  - 3) ..... **%** stawki określonej w pkt 1) za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w dni robocze a następnie, czas udzielania świadczeń po stawieniu się w Klinice - 100 % stawki określonej w pkt 1),
  - 4) ..... **%** stawki określonej w pkt 2) za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w soboty, niedziele i święta a następnie, czas udzielania świadczeń po stawieniu się w Klinice - 100 % stawki określonej w pkt 2).
  - 5) ..... **%** procentowy udział (prowizja)
    - a. w wartości sprawozdanego i przyjętego wykonania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w danym miesiącu, w:
      - **Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii** w zakresach:
        - ANGIOLOGIA – HOSPITALIZACJA – limit 11 miesięczny 926 217,05 pkt,
        - CHIRURGIA NACZYNIOWA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY – limit 11 miesięczny 6 430 064,85 pkt

- CHIRURGIA NACZYNIOWA HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - Q01, Q52, 5.52.01.0001496, 5.53.01.0001435 – 11 miesięczny 10 535 607,65 pkt.

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowiąc będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, do wysokości sumy 11 miesięcznych limitów świadczeń w Klinice.

Wartość jednego punktu wynosi **1,62 PLN** za okres **od dnia 1.02.2023 r. do dnia 31.12.2023 r.**

- b. 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.

Należność, o której mowa w ust. 1 pkt. 5), obliczana będzie wg wzoru:

$$Y = \frac{(Z1 + Z2) \times Q}{180} \times \text{liczba godz. wypracowanych w danym miesiącu*})$$

\*) z zastrzeżeniem § 11 ust. 1 umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych,

Y – prowizja dla Przyjmującego zamówienie,

Q - procentowy udział o którym mowa w ust. 1. pkt 5),

Z1 –podstawa do naliczenia prowizji, określona zgodnie z ust. 1. pkt 5) lit. a.,

Z2 - wartość zapłaconych w danym miesiącu obliczeniowym świadczeń, wykonanych w **Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii**, o których mowa w ust. 1. pkt 5) lit. b.

- 2. Proponowany czas trwania umowy: **od 01.02.2023 r. do 31.01.2025 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika (druk kwestionariusza osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

#### **IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych 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. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

**Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.**

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

.....  
podpis Oferenta

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszcy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: [je.nowak@jurasza.pl](mailto:je.nowak@jurasza.pl)

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta

**OFERTA**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii.**  
**– Zakres 1.2**

**I. DANE O OFERENCIE:**

<b>FIRMA</b>		
<b>Imię i nazwisko</b>		
<b>ADRES DZIAŁALNOŚCI</b>	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>NIP</b>		
<b>Telefon</b>		

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
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.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**III. WARUNKI:**

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuję następujące wynagrodzenie:
  - 1) ..... **PLN** za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze,
  - 2) ..... **PLN** za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta,
  - 3) ..... % stawki określonej w pkt 1) za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w dni robocze a następnie, czas udzielania świadczeń po stawieniu się w Klinice - 100 % stawki określonej w pkt 1),
  - 4) ..... % stawki określonej w pkt 2) za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w soboty, niedziele i święta a następnie, czas udzielania świadczeń po stawieniu się w Klinice - 100 % stawki określonej w pkt 2).
  - 5) ..... **PLN** ryczałt za koordynowanie świadczeń zdrowotnych w Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii,
  - 6) ..... % 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, za osobiście wykonane świadczenia w Poradniach i Pracowniach,

7) ..... % procentowy udział (prowizja)

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

• **Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii** w zakresach:

- ANGIOLOGIA – HOSPITALIZACJA – limit 11 miesięczny 926 217,05 pkt,
- CHIRURGIA NACZYNIOWA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY – limit 11 miesięczny 6 430 064,85 pkt
- CHIRURGIA NACZYNIOWA HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - Q01, Q52, 5.52.01.0001496, 5.53.01.0001435 – 11 miesięczny 10 535 607,65 pkt.

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowiąc będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, do wysokości sumy 11 miesięcznych limitów świadczeń w Klinice.

Wartość jednego punktu wynosi **1,62 PLN** za okres **od dnia 1.02.2023 r. do dnia 31.12.2023 r.**

b. 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

Należność, o której mowa w ust. 1 pkt. 7), obliczana będzie wg wzoru:

$$Y = \frac{(Z1 + Z2) \times Q}{180} \times \text{liczba godz. wypracowanych w danym miesiącu*})$$

\*) z zastrzeżeniem § 11 ust. 1 umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych,

Y – prowizja dla Przyjmującego zamówienie,

Q - procentowy udział o którym mowa w ust. 1. pkt 7),

Z1 –podstawa do naliczenia prowizji, określona zgodnie z ust. 1. pkt 7) lit. a.,

Z2 - wartość zapłaconych w danym miesiącu obliczeniowym świadczeń, wykonanych w **Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii**, o których mowa w ust. 1. pkt 7) lit. b.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od 01.02.2023 r. do 31.01.2025 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika (druk kwestionariusza osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

#### **IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych 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. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

**Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.**

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

.....  
podpis Oferenta

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: [je.nowak@jurasza.pl](mailto:je.nowak@jurasza.pl)

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta



**OFERTA**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii.**  
**– Zakres 1.3 / 1.4 \***

\* właściwe podkreślić

**I. DANE O OFERENCIE:**

<b>FIRMA</b>		
<b>Imię i nazwisko</b>		
<b>ADRES DZIAŁALNOŚCI</b>	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>NIP</b>		
<b>Telefon</b>		

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
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.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**III. WARUNKI:**

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuję następujące wynagrodzenie:
  - 1) ..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze,
  - 2) ..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta,
  - 3) ..... % stawki określonej w pkt 1) za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w dni robocze a następnie, czas udzielania świadczeń po stawieniu się w Klinice - 100 % stawki określonej w pkt 1),
  - 4) ..... % stawki określonej w pkt 2) za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w soboty, niedziele i święta a następnie, czas udzielania świadczeń po stawieniu się w Klinice - 100 % stawki określonej w pkt 2).
  - 5) ..... % 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, za osobiście wykonane świadczenia w Poradniach i Pracowniach.

6) ..... % procentowy udział (prowizja)

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

• **Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii** w zakresach:

- ANGIOLOGIA – HOSPITALIZACJA – limit 11 miesięczny 926 217,05 pkt,
- CHIRURGIA NACZYNIOWA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY – limit 11 miesięczny 6 430 064,85 pkt
- CHIRURGIA NACZYNIOWA HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - Q01, Q52, 5.52.01.0001496, 5.53.01.0001435 – 11 miesięczny 10 535 607,65 pkt.

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowić będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, do wysokości sumy 11 miesięcznych limitów świadczeń w Klinice.

Wartość jednego punktu wynosi **1,62 PLN** za okres **od dnia 1.02.2023 r. do dnia 31.12.2023 r.**

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

Należność, o której mowa w ust. 1 pkt. 6), obliczana będzie wg wzoru:

$$Y = \frac{(Z1 + Z2) \times Q}{180} \times \text{liczba godz. wypracowanych w danym miesiącu*})$$

\*) z zastrzeżeniem § 11 ust. 1 umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych,

Y – prowizja dla Przyjmującego zamówienie,

Q - procentowy udział o którym mowa w ust. 1. pkt 6),

Z1 –podstawa do naliczenia prowizji, określona zgodnie z ust. 1. Pkt6) lit. a.,

Z2 - wartość zapłaconych w danym miesiącu obliczeniowym świadczeń, wykonanych w **Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii**, o których mowa w ust. 1. pkt 6) lit. b.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od 01.02.2023 r. do 31.01.2025 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika (druk kwestionariusza osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

#### **IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych 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. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

**Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.**

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

.....  
podpis Oferenta

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszcy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: [je.nowak@jurasza.pl](mailto:je.nowak@jurasza.pl)

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta  
Oferenta