

Bydgoszcz, dnia 10 lipca 2019 r.

numer postępowania: NHR.2019.120.27

### **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy **ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej** (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 730 z późn. zm.), oraz **ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych** (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 447 z późn. zm.)

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

**ZAKRES 1 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

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

- tytuł licencjata ratownictwa medycznego,
- udokumentowane 2-letnie doświadczenie zawodowe w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności ratownika medycznego.

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

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

- udokumentowane 2-letnie doświadczenie zawodowe w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności ratownika medycznego.

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

**ZAKRES 2 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej.**

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

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

2.1. 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 216 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

2.2. 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 przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

2.3. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **2 osób** 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 120 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

**ZAKRES 3 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.**

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

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

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

- udokumentowane aktualne zaświadczenie ukończenia kursu krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- udokumentowane 2-letnie doświadczenie zawodowe w oddziale chirurgicznym.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

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

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

- tytuł magistra pielęgniarstwa,
- udokumentowane aktualne zaświadczenie ukończenia kursu krwiodawstwa i krwiolecznictwa
- udokumentowany ukończony kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
- udokumentowane doświadczenie zawodowe w pracy w oddziale intensywnej terapii lub oddziale chirurgii.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie **do 204 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

**ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

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

- tytuł licencjata pielęgniarstwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

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

**ZAKRES 5 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/położną w ramach Kliniki Kardiologii.**

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

5.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **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 przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

5.2 Miejscem udzielania świadczeń jest:

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

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

- dokumenty potwierdzające kwalifikacje w zawodzie pielęgniarki.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

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

**ZAKRES 6 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii.**

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

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

6.1 Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **2 osób** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane 2 lata doświadczenia zawodowego.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

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

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

- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

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

**ZAKRES 7 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii.**

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii.**

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

- udokumentowane ukończenie kursu w zakresie zapisu i interpretacji EKG,
- udokumentowane aktualne zaświadczenie ukończenia kursu krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- udokumentowane doświadczenie zawodowe w oddziale pediatrii.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich.

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

**ZAKRES 8 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Urologii Ogólnej i Onkologicznej.**

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej.**

8.1 Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **2 osób** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane aktualne zaświadczenie ukończenia kursu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich.

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

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

- dokumenty potwierdzające kwalifikacje w zawodzie pielęgniarki.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich.

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

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

- udokumentowane aktualne zaświadczenie ukończenia kursu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich.

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

**ZAKRES 9 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa w Klinice Psychiatrii.**

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży,**
- **Klinika Psychiatrii.**

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

- tytuł magistra psychologii,
- udokumentowane 5 miesięczne doświadczenie w pracy klinicznej w oddziale psychiatrycznym.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie psychologa.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **40 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

**ZAKRES 10 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w Klinice Urologii Ogólnej i Onkologicznej.**

**Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85112200-9.**

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej.**

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

- minimum średnie wykształcenie zawodowe.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności ratownika medycznego.

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

**ZAKRES 11 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii klinicznej przez lekarza specjalistę w komórkach organizacyjnych Szpitala.**

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

Miejsce udzielania świadczeń jest:

- **komórki organizacyjne Szpitala.**

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

- specjalizacja w dziedzinie onkologii klinicznej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń w formie konsultacji medycznych z zakresu onkologii klinicznej zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**Wymagania konieczne dla Oferentów zainteresowanych świadczeniem usług:**

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

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

**W sprawach nieuregulowanych w SWK stosuje się obowiązujące przepisy prawa.**

**WYMOGI FORMALNE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim zgodnie z SWK, w formie maszynopisu lub wydruku i dołączyć od niej wymagane załączniki (dopuszczalne jest wypełnienie załączników przy użyciu długopisu lub pióra czytelnym pismem).
2. Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Tekst tłumaczenia wraz z dokumentem oryginalnym należy dołączyć do oferty.
3. Wszelkie poprawki, przekreślenia lub zmiany w ofercie powinny być parafowane przez Oferenta.
4. Formularz ofertowy należy opracować na załączonym druku „OFERTA”.
5. Oferent nie może dokonywać żadnych zmian we wzorze druku „OFERTA”.
6. Do formularza oferty należy dołączyć wszelkie wymagane w SWK dokumenty.
7. Jeżeli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – konieczne jest jego poświadczenie „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.
8. Udzielający zamówienia może żądać w trakcie postępowania konkursowego oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu załączonego przez Oferenta wyłącznie wtedy, gdy

przedstawiona przez Oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej autentyczności.

9. Kompletna oferta powinna składać się z:
  - 1) formularza ofertowego Załącznik nr 1, lub nr 2, lub nr 3, lub nr 4, lub nr 5, lub nr 6, lub nr 7, lub nr 8, lub nr 9, lub nr 10.
  - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z zał. 1, lub nr 2, lub nr 3, lub nr 4, lub nr 5, lub nr 6, lub nr 7, lub nr 8, lub nr 9, lub nr 10.).
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 10.07.2019 r. do 16.07.2019 r. do godz. 9:30**

**(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.2019.120.27 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie .... ogłoszenia nie otwierać przed 16.07.2019 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.2019.120.27 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 16.07.2019 r. o godz. 10:00** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 19.07.2019 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 złożył swoją aplikację, Komisja konkursowa również o tym informuje;
  - 4) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w SWK;
  - 5) odrzuca oferty nieodpowiadające wymogom określonym w SWK lub złożone po terminie;
  - 6) ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w SWK, a które zostały odrzucone;
  - 7) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia składane przez Oferentów;
  - 8) komisja konkursowa wzywa Oferentów do usunięcia braków formalnych w terminie 2 dni od daty otwarcia ofert pod rygorem odrzucenia oferty;
  - 9) wybiera najkorzystniejsze oferty.
4. Czynności, o których mowa ust. 3 pkt. 4, 5 i 9 komisja konkursowa przeprowadza na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów.
5. W trybie przewidzianym w ust. 3 pkt. 8 nie można dokonać uzupełnienia oferty w zakresie propozycji cenowej oraz warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych.

#### **KRYTERIA OCENY OFERT**

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

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

stawka minimalna  
-----x waga kryterium = punktacja  
stawka oferty badanej

Stawka minimalna najmniejsza deklarowana stawka spośród wszystkich ofert.

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

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

### **ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU**

1. Komisja konkursowa dokonując wyboru kieruje się przedstawionymi powyżej kryteriami oceny ofert.
2. Jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty złożonej w danym zakresie przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, Dyrektor Szpitala unieważnia postępowanie w tym zakresie.
3. Komisja konkursowa niezwłocznie przedstawia Udzielającemu zamówienia (Dyrektorowi Szpitala) protokół z przebiegu konkursu.
4. Komisja konkursowa powiadomi o wyniku konkursu podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko świadczeniodawcy, który został wybrany. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na tablicy ogłoszeń Szpitala oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.
5. Odrzuca się ofertę:
  - 1) złożoną przez oferenta po terminie;
  - 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
  - 3) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
  - 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
  - 6) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
  - 7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienie.
  - 8) złożoną przez świadczeniodawcę, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

### **TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

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

### **PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA**

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny, w tym części/zakresu konkursu.

2. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu do składania ofert, Udzielający zamówienia może zmodyfikować treść ogłoszenia oraz dokumentów składających się na SWK dotyczących zmiany terminu składania ofert.
3. O każdej zmianie Udzielający zamówienia zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
4. Oferta musi wyrażać stanowczą wolę oferenta zawarcia umowy o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługuje status Oferenta.
5. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
6. Umowy na świadczenie usług zawarte zostaną **w zakresie od nr 1 do nr 10 od dnia 01.08.2019 r. do dnia 31.07.2022 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 przez udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii.  
Zakres 1.1 / 1.2 \***

**\*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 zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.08.2019 r. do 31.07.2022 r.**

### **III. 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.

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

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

## OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Chirurgii Ogólnej, Chirurgii  
Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej.  
Zakres 2.1/2.2/2.3\***

**\*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 01.08.2019 r. do 31.07.2022 r.**

### III. 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.

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

.....

podpis Oferenta



.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

## OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii  
i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.  
Zakres 3.1/3.2\***

**\*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 01.08.2019 r. do 31.07.2022 r.**

### **III. 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.

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

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

## OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Klinice Anestezjologii  
i Intensywnej Terapii.  
Zakres 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 dyżuru w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.08.2019 r. do 31.07.2022 r.**

### III. 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.

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

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

## OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/położne w ramach Kliniki Kardiologii.  
Zakres 5.1/5.2\*

\*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 01.08.2019 r. do 31.07.2022 r.**

### III. 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.

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

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Pediatrii, Hematologii  
i Onkologii.**

**Zakres 6.1/6.2\***

**\*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 01.08.2019 r. do 31.07.2022 r.**

**III. 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.

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

.....

podpis Oferenta



.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Klinice Pediatrii, Alergologii  
i Gastroenterologii.  
Zakres 7**

**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 01.08.2019 r. do 31.07.2022 r.**

**III. 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.

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

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłwkowa oferenta

## OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Urologii Ogólnej  
i Onkologicznej.

Zakres 8.1/8.2/8.3\*

\*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 01.08.2019 r. do 31.07.2022 r.**

### III. 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.

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

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

## OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa w Klinice Psychiatrii.  
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 udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem.
- 4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.08.2019 r. do 31.07.2022 r.**

### III. 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.

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

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w Klinice Urologii Ogólnej  
i Onkologicznej.  
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 udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.08.2019 r. do 31.07.2022 r.**

**III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1) kserokopia dyplomu;

2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);

3) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;

- 4) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
- 5) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
- 6) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....

podpis Oferenta



.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii klinicznej przez lekarza specjalistę  
w komórkach organizacyjnych Szpitala  
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:

Konsultacje z zakresu onkologii klinicznej: ..... **PLN** za każdą godzinę osobiście wykonanej Konsultacji.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.08.2019 r. do 31.07.2022 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).

.....

podpis Oferenta