

numer postępowania: **NHR.2025.120.29**

### **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

*Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy **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***

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

**ZAKRES 1 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii.**

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

#### 1.1 Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chirurgii szczękowej,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chirurgii ogólnej,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie stomatologii ogólnej,
- udokumentowane minimum 5 letnie doświadczenie w leczeniu chirurgicznym w zakresie głowy i szyi,
- udokumentowane doświadczenie w chirurgii urazowej i rekonstrukcyjnej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od godz. 7:25 do godz. 15:00 **do 80 godzin miesięcznie**/przez 1 osobę, a także dyżury medyczne i gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżury lekarskie pod telefonem” w dni robocze od godz. 15:00 do 7:25 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń w formie konsultacji tzw. konsylium pakietu onkologicznego.

#### 1.2 Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie otolaryngologii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie audiologii i foniatrii,
- udokumentowane minimum 2 letnie doświadczenie w diagnostyce otoneurologicznej,
- udokumentowane minimum 2 letnie doświadczenie w wykonywaniu zabiegów w zakresie onkologii laryngologicznej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od godz. 7:25 do godz. 15:00 **do 130 godzin miesięcznie**/przez 1 osobę, a także dyżury medyczne i gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżury lekarskie pod telefonem” w dni robocze od godz. 15:00 do 7:25 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń w formie konsultacji tzw. konsylium pakietu onkologicznego.

### 1.3 Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie otolaryngologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od godz. 7:25 do godz. 15:00 **do 130 godzin miesięcznie**/przez 1 osobę, a także dyżury medyczne i gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżury lekarskie pod telefonem” w dni robocze od godz. 15:00 do 7:25 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń w formie konsultacji tzw. konsylium pakietu onkologicznego.

### 1.4 Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chirurgii otolaryngologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od godz. 7:25 do godz. 15:00 **do 100 godzin miesięcznie**/przez 1 osobę, a także dyżury medyczne i gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżury lekarskie pod telefonem” w dni robocze od godz. 15:00 do 7:25 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń w formie konsultacji tzw. konsylium pakietu onkologicznego.

**ZAKRES 2 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii oraz kardiologii interwencyjnej przez lekarza specjalistę w Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych.**

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

### Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych,**
- **Poradnia Kardiologiczna.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii lub chorób wewnętrznych,
- udokumentowane doświadczenie w pracy w zakresie kardiologii inwazyjnej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze **w klinice i poradni do 150 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę, a także udzielanie świadczeń w formie wykonywania zabiegów z zakresu kardiologii interwencyjnej oraz dyżury medyczne stacjonarne, a także zabezpieczenie kliniki w ramach gotowości tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta do wykonywania zabiegów z zakresu kardiologii interwencyjnej zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**ZAKRES 3 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej przez lekarza specjalistę w ramach Kliniki Rehabilitacji.**

**Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5, 85143000-3.**

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Rehabilitacji oraz Oddział Rehabilitacji Neurologicznej**
- **Poradnia Rehabilitacji,**
- **inne jednostki Udzielającego zamówienia.**

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

- dyplom specjalisty w zakresie/dziedzinie rehabilitacji medycznej uzyskany minimum 5 lat przed datą złożenia oferty,
- udokumentowane doświadczenie w pracy na oddziale rehabilitacji.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w klinice/oddziale oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze od godz. 7:25 do godz. 15:00 **do 160 godzin miesięcznie**/przez 1 osobę, zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz konsultacje lekarskie w innych jednostkach Udzielającego zamówienia.

**ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Kardiologii oraz w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.**

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

4.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Kardiologii,**
- **Poradnia Kardiologiczna,**
- **I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **6 osób** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii,
- udokumentowane minimum 5 letnie doświadczenie w pracy na oddziale kardiologicznym.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze do **200 godzin miesięcznie/przez 1 osobę** w godzinach między **7:25 a 20:00**, a także w ramach dyżurów medycznych oraz tzw. „dyżurów lekarskich pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

4.2 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Kardiologii,**
- **Poradnia Kardiologiczna,**
- **I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii,
- udokumentowane minimum 5 letnie doświadczenie w pracy na oddziale kardiologicznym.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze do **200 godzin miesięcznie/przez 1 osobę** w godzinach między **7:25 a 20:00**, a także w ramach dyżurów medycznych oraz tzw. „dyżurów lekarskich pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie zdalnych konsultacji medycznych z zakresu kardiologii wg potrzeb Udzielającego zamówienia.

#### 4.3 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Kardiologii,**
- **Poradnia Kardiologiczna,**
- **I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardiologii.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii,
- udokumentowany kurs echokardiografii przezprętkowej,
- udokumentowane minimum 3 letnie doświadczenie w wykonywaniu badań echokardiograficznych,
- udokumentowane minimum 6 letnie doświadczenie w pracy na oddziale o profilu kardiologicznym.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze, soboty, niedziele i święta do **200 godzin miesięcznie/ przez 1 osobę** w godzinach **od 7:25 do 20:00** zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

#### 4.4 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Kardiologii,**
- **Poradnia Kardiologiczna,**
- **I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardiologii.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii,
- udokumentowany kurs echokardiografii przezprętkowej,
- udokumentowane minimum 3 letnie doświadczenie w wykonywaniu badań echokardiograficznych,
- udokumentowane minimum 6 letnie doświadczenie w pracy na oddziale o profilu kardiologicznym.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze, soboty, niedziele i święta do **80 godzin miesięcznie/ przez 1 osobę** w godzinach **od 7:25 do 20:00** zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

#### 4.5 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Kardiologii,**
- **Poradnia Kardiologiczna,**
- **I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardiologii.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii,
- udokumentowany kurs echokardiografii przezprętkowej,
- udokumentowane minimum 3 letnie doświadczenie w wykonywaniu badań echokardiograficznych,
- udokumentowane minimum 6 letnie doświadczenie w pracy na oddziale o profilu kardiologicznym.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze, soboty, niedziele i święta do **200 godzin miesięcznie/ przez 1 osobę** w godzinach **od 7:25 do 20:00** zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie zdalnych konsultacji medycznych z zakresu kardiologii wg potrzeb Udzielającego zamówienia.

#### 4.6 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Kardiochirurgii,**
- **Poradnia Kardiochirurgiczna,**
- **I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii,
- udokumentowany kurs echokardiografii przezprętykowej,
- udokumentowane minimum 6 letnie doświadczenie w pracy na oddziale o profilu kardiologicznym.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze, soboty, niedziele i święta do **200 godzin miesięcznie/przez 1 osobę** w godzinach **od 7:25 do 20:00** 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 oraz Kodeksu cywilnego.
- 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 zobowiązuje 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 pieczętką 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 Załącznik nr 2 lub Załącznik nr 3 lub Załącznik nr 4 lub Załącznik nr 5,
  - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z Załącznikiem nr 1 lub Załącznikiem nr 2 lub Załącznikiem nr 3 lub Załącznikiem nr 4 lub Załącznikiem nr 5).
10. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub nadane jako przesyłka pocztowa, niezależnie od daty nadania, będą odrzucane, jeżeli wpłyną do kancelarii szpitala po terminie zakreślonym do ich złożenia.
11. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę w jednym, wybranym przez siebie zakresie. Złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie każdej z nich.
12. Propozycje rozwiązań alternatywnych lub wariantowych nie będą brane pod uwagę.
13. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

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

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie

**w dniach od 06.08.2025 r. do 14.08.2025 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.2025.120.29 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... ogłoszenia nie otwierać przed 14.08.2025 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.2025.120.29 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: Aleksandra Borucka, Weronika Nowak, Agnieszka Jankowska, Anna Lubiszewska, Jagienka Ziółkowska, Kamila Nowak, Paulina Szyszka (tel. 52 585 41 63, 52 585 40 91, 52 585 40 92, 52 585 77 22, 52 585 41 62, 52 585 41 60, 52 585 41 61 w godzinach od 09:00 do 14:00).

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

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa w dniu 14.08.2025 r. o godz. 11:00 w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia 19.08.2025 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 dnia 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 w formie elektronicznej zgodnie ze standardem określonym w art. 14 ustawy z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej, o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługuje status Oferenta.
5. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
6. Umowa na świadczenie usług zawarta zostanie **w zakresie nr 1 od dnia 01.09.2025 r. do dnia 31.08.2028 r., w zakresie 2 od dnia 01.09.2025 r. do dnia 31.08.2030 r., w zakresie 3 od dnia 01.09.2025 r. do dnia 31.12.2026 r., w zakresie 4 od dnia 01.09.2025 r. do dnia 31.08.2028 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**

DYREKTOR ds. FINANSOWYCH  
Szpitala Uniwersyteckiego nr 1  
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy  
*mgr inż. Roger Hartwig*

[Dokument podpisany elektronicznie]

## OFERTA

## udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii – Zakres 1.1/ 1.2/ 1.3/ 1.4\*

\*właściwe zakreślić

**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>   |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,
  - 2) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem,
  - 3) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem,

- 4) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji tzw. konsylium onkologicznego (w przypadku konsultacji udzielanej w godzinach udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem),
- 5) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji tzw. konsylium onkologicznego (w przypadku konsultacji udzielanej poza godzinami udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem),
- 6) ..... % stawki określonej w pkt 2) za 1 godzinę gotowości 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 2),
- 7) ..... % stawki określonej w pkt 3) za 1 godzinę gotowości 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 3).

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.9.2025 r. do dnia 31.08.2028 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) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

#### **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 wystawione przez lekarza medycyny pracy 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,
10. informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, w Klinice Chirurgii Dziecięcej, w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, w Klinice Chorób Oczu, w Klinice Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej, w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, w Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, w Klinice Medycyny Ratunkowej, w Klinice Psychiatrii, w Klinice Rehabilitacji, w Zespole Sal Operacyjnych, w Zespole Poradni Specjalistycznych, w Zakładzie Endoskopii i Badań Czynności Przewodu Pokarmowego Wieku Rozwojowego, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej) lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy.

**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 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku, zwanego dalej „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych lub jego zastępcy: e-mail: [iod@jurasza.pl](mailto:iod@jurasza.pl)
3. 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 RODO.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
6. 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.
7. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, ma Pani/ Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta

## OFERTA

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii oraz kardiologii interwencyjnej przez lekarza specjalistę w Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych – Zakres 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>   |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 oraz zawarcie umowy w formie elektronicznej.
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:
  - ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze w klinice i poradni zgodnie z harmonogramem,
  - ..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze,
  - ..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta,
  - ..... PLN – za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w dni robocze,
  - ..... PLN – za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w soboty, niedziele i święta,
  - ..... PLN – za 1 zabieg angioplastyka wieńcowa,
  - ..... PLN – za 1 interwencyjne leczenie wad serca – operator I,
  - ..... PLN – za 1 interwencyjne leczenie wad serca – operator II,
  - ..... PLN – za 1 zabieg koronarografia,
  - ..... PLN – za 1 procedurę interwencyjną leczenia wad serca-I operator, (TAVI, MitraClip),

- ..... PLN – za 1 procedurę interwencyjną leczenia wad serca-II operator, (TAVI, MitraClip),
  - ..... PLN – za 1 zabieg inwazyjny w ostrym zespole wieńcowym: operator I,
  - ..... PLN – za 1 zabieg inwazyjny w ostrym zespole wieńcowym: operator II (tylko w przypadku niezbędnego wsparcia I-go operatora),
  - ..... PLN – za 1 zabieg inwazyjny angioplastyka oraz wielonaczyniowa,
  - ..... PLN – za 1 zabieg inwazyjny FFR, IVUS, OCT,
  - ..... PLN – za 1 zabieg inwazyjny Rotablacja,
  - ..... PLN – za 1 kontrpulsacje,
  - ..... PLN – za 1 wspomaganie krążenia Impella,
  - ..... PLN – za 1 ablację alkoholową,
  - ..... PLN za 1 zabieg inwazyjny w ostrej zatorowości płucnej,
  - ..... PLN za 1 zabieg inwazyjny w ostrej zatorowości płucnej: operator II (tylko w przypadku niezbędnego wsparcia I-go operatora),
  - ..... PLN za 1 zabieg założenia elektrody do czasowej symulacji serca,
  - ..... PLN za 1 zabieg endowaskularnego usunięcia ciała obcego z naczynia krwionośnego,
  - ..... PLN za 1 zabieg angiokardiografii,
  - ..... PLN za 1 zabieg cewnikowania serca.
- Udzielanie świadczeń w Poradni Kardiologicznej:
- ..... PLN za 1 badanie echokardiograficzne.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.09.2025 r. do dnia 31.08.2030 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) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

#### **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 wystawione przez lekarza medycyny pracy 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,
10. informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, w Klinice Chirurgii Dziecięcej, w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, w Klinice Chorób Oczu, w Klinice Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej, w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, w Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, w Klinice Medycyny Ratunkowej, w Klinice Psychiatrii, w Klinice Rehabilitacji, w Zespole Sal Operacyjnych, w Zespole Poradni Specjalistycznych, w Zakładzie Endoskopii i Badań Czynności Przewodu Pokarmowego Wieku Rozwojowego, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej) lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy.

**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 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku, zwanego dalej „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych lub jego zastępcy: e-mail: [iod@jurasza.pl](mailto:iod@jurasza.pl)
3. 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 RODO.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
6. 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.
7. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, ma Pani/ Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta

## OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej przez lekarza specjalistę  
w ramach Kliniki Rehabilitacji – Zakres 3.**

**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>   |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 oraz zawarcie umowy w formie elektronicznej.
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:

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

..... PLN za 1 konsultację z zakresu rehabilitacji medycznej udzielaną w innych jednostkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia,

..... PLN za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach programu lekowego leczenia spastyczności toksyną botulinową - podanie leku,

..... PLN za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach programu lekowego leczenia spastyczności toksyną botulinową - kontrola,

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

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

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

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.09.2025 r. do dnia 31.12.2026 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) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

#### **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 wystawione przez lekarza medycyny pracy 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,
10. informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, w Klinice Chirurgii Dziecięcej, w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, w Klinice Chorób Oczu, w Klinice Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej, w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, w Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, w Klinice Medycyny Ratunkowej, w Klinice Psychiatrii, w Klinice Rehabilitacji, w Zespole Sal Operacyjnych, w Zespole Poradni Specjalistycznych, w Zakładzie Endoskopii i Badań Czynności Przewodu Pokarmowego Wieków Rozwojowego, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej) lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy.

**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 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku, zwanego dalej „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych lub jego zastępcy: e-mail: [iod@jurasza.pl](mailto:iod@jurasza.pl)
3. 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 RODO.

4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
6. 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.
7. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, ma Pani/ Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta

## OFERTA

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Kardiologii oraz w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardiologii – Zakres 4.1/ 4.2\*

\*właściwe zakreślić

## 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>   |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej</b> |                    |  |

## II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 oraz zawarcie umowy w formie elektronicznej.
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:

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

..... 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,

przyznawane uznaniowo przez Kierownika Kliniki poszczególnym lekarzom, związanym z Udzielającym zamówienia umową cywilnoprawną i udzielającym świadczeń w danym miesiącu rozliczeniowym, tzw. „prowizji” z kwoty stanowiącej ..... % sumy:

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

- **Klinice Kardiologii** w zakresach:
  - OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 4 miesiące: **513 433,80 pkt.**,
  - OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO Z IZW – limit za 4 miesiące: **59 624,45 pkt.**,
  - PRZEZSKÓRNE LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA - HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 4 miesiące: **563 120,90**,
  - KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA – limit za 4 miesiące: **3 213 102,20 pkt.**,
  - PRZEZCEWNIKOWA NIEOPERACYJNA NAPRAWA ZASTAWEK SERCA U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA – HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 4 miesiące: **94 783,32 pkt.**,

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowią będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, do wysokości sumy dwumiesięcznych limitów (powyższych zakresów) świadczeń w Klinice.

Wartość jednego punktu wynosi: **1,90 PLN**

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

- **Klinice Kardiologii** w zakresach:
  - KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE OSTREGO ZAWAŁU SERCA,
- **Poradni Kardiologicznej** w zakresach:
  - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOCHIRURGII.

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

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

- **Klinice Kardiologii** w zakresach:
  - OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH W LECZENIU SZPITALNYM,
  - PRZEZSKÓRNE LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA W LECZENIU SZPITALNYM,
  - KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - Q01,
  - PRZEZCEWNIKOWA NIEOPERACYJNA NAPRAWA ZASTAWEK SERCA U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA W LECZENIU SZPITALNYM.

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowią będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń, z zastrzeżeniem, iż z podstawy prowizji w powyższych zakresach wyłączone zostaną wartości wynikające ze świadczeń opłaconych przez płatnika w niepełnej wysokości.

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.

e. Prowizja rozliczana jest narastająco w ciągu roku kalendarzowego do czasu rozliczenia umowy z NFZ.

W przypadku rozliczenia pacjentów wnioskiem indywidualnym u których wykonano endowaskularne zaopatrzenie tętniaka podstawa prowizji nie uwzględnia kosztów stentgraftu branchowanego lub fenestrowanego.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.09.2025 r. do dnia 31.08.2028 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) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

#### **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 wystawione przez lekarza medycyny pracy 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,
10. informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, w Klinice Chirurgii Dziecięcej, w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, w Klinice Chorób Oczu, w Klinice Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej, w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, w Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, w Klinice Medycyny Ratunkowej, w Klinice Psychiatrii, w Klinice Rehabilitacji, w Zespole Sal Operacyjnych, w Zespole Poradni Specjalistycznych, w Zakładzie Endoskopii i Badań Czynności Przewodu Pokarmowego Wieku Rozwojowego, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej) lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy.

**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 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku, zwanego dalej „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych lub jego zastępcy: e-mail: [iod@jurasza.pl](mailto:iod@jurasza.pl)
3. 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 RODO.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
6. 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.
7. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, ma Pani/ Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta

## OFERTA

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Kardiologii oraz w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii – Zakres 4.3/ 4.4/ 4.5/ 4.6\*

\*właściwe zakreslić

### 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>   |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej</b> |                    |  |

### II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 oraz zawarcie umowy w formie elektronicznej.
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:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta w klinice i poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

przyznawane uznaniowo przez Kierownika Kliniki poszczególnym lekarzom, związanym z Udzielającym zamówienia umową cywilnoprawną i udzielającym świadczeń w danym miesiącu rozliczeniowym, tzw. „provizji” z kwoty stanowiącej ..... % sumy:

- a. w wartości sprawozdanego i przyjętego wykonania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w danym miesiącu, w:
  - **Klinice Kardiologii** w zakresach:
    - OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 4 miesiące: **513 433,80 pkt.,**

- OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO Z IZW – limit za 4 miesiące: **59 624,45 pkt.**,
- PRZEZSKÓRNE LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA - HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 4 miesiące: **563 120,90**,
- KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA – limit za 4 miesiące: **3 213 102,20 pkt.**,
- PRZEZCEWNIKOWA NIEOPERACYJNA NAPRAWA ZASTAWEK SERCA U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA – HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 4 miesiące: **94 783,32 pkt.**,

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

Wartość jednego punktu wynosi: **1,90 PLN**

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

- **Klinice Kardiologii** w zakresach:
  - KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE OSTREGO ZAWAŁU SERCA,
- **Poradni Kardiologicznej** w zakresach:
  - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII.

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

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

- **Klinice Kardiologii** w zakresach:
  - OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH W LECZENIU SZPITALNYM,
  - PRZEZSKÓRNE LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA W LECZENIU SZPITALNYM,
  - KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - Q01,
  - PRZEZCEWNIKOWA NIEOPERACYJNA NAPRAWA ZASTAWEK SERCA U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA W LECZENIU SZPITALNYM.

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowiąc będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń, z zastrzeżeniem, iż z podstawy prowizji w powyższych zakresach wyłączone zostaną wartości wynikające ze świadczeń opłaconych przez płatnika w niepełnej wysokości.

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.

e. Prowizja rozliczana jest narastająco w ciągu roku kalendarzowego do czasu rozliczenia umowy z NFZ.

W przypadku rozliczenia pacjentów wnioskiem indywidualnym u których wykonano endowaskularne zaopatrzenie tętniaka podstawa prowizji nie uwzględnia kosztów stentgraftu branchowanego lub fenestrowanego.

**2. Proponowany czas trwania umowy: od dnia 01.09.2025 r. do dnia 31.08.2028 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) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

#### **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 wystawione przez lekarza medycyny pracy 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,
10. informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, w Klinice Chirurgii Dziecięcej, w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, w Klinice Chorób Oczu, w Klinice Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej, w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, w Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, w Klinice Medycyny Ratunkowej, w Klinice Psychiatrii, w Klinice Rehabilitacji, w Zespole Sal Operacyjnych, w Zespole Poradni Specjalistycznych, w Zakładzie Endoskopii i Badań Czynności Przewodu Pokarmowego Wieków Rozwojowych, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej) lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy.

**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 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku, zwanego dalej „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych lub jego zastępcy: e-mail: [iod@jurasza.pl](mailto:iod@jurasza.pl)
3. 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 RODO.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
6. 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.
7. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, ma Pani/ Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta