

**Wojewódzki Szpital Chorób Płuc w Wodzisławiu Śląskim z siedzibą
w Wodzisławiu Śląskim
ul. Bracka 13
44-300 Wodzisław Śl.**

***Szczegółowe warunki konkursu ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb
Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc
w Wodzisławiu Śląskim***

**Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc
im. dr A. Pawelca
w Wodzisławiu Śląskim
Lek. med. Weronika Lach – Witych**

Konkurs ofert na wykonywanie świadczeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc w Wodzisławiu Śląskim ogłoszono na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) w związku z art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)

PRZEDMIOT KONKURSU:

1. Przedmiotem konkursu jest świadczenie usług medycznych w rodzaju:
 - 1) **udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni specjalistycznej:**
 - **konsultacje specjalistyczne: pulmonologiczne w tym:**
 - badania lekarskie: podmiotowe i przedmiotowe, przeprowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zakończone postawieniem diagnozy wstępnej lub ostatecznego rozpoznania,
 - udzielanie albo zlecenie niezbędnych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, ordynowanie koniecznych leków i zlecenie zaopatrzenia w wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi,
 - kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację leczniczą,
 - orzekanie o stanie zdrowia w zakresie ustalonym w ustawie,
 - niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych,
 - wykonywanie badań profilaktycznych,
2. Realizacja w/w usług medycznych dotyczyć będzie potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr Alojzego Pawelca z siedzibą Wodzisławiu Śl. w Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy zgodnie z harmonogramem pracy Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy:

•PONIEDZIAŁEK – 7.00 – 18.00

•WTOREK - 7.00 – 15.00

•ŚRODA - 7.00 - 15.00

•CZWARTEK - 7.00 – 18.00

•PIĄTEK - 7.00 - 15.00

zgodnie z wymaganiami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Zarządzenie Nr 81/2011/DSOZ z dnia 4 listopada 2011r. oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. nr 111, poz. 653 z późn. zm.).

3. **Oferent w ofercie wyszczególni dni i godziny czasu pracy w Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy.**

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZYGOTOWANIA OFERT:

1. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić pod rygorem nieważności w języku polskim z możliwością wyłączenia pojęć medycznych.
2. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje osoba(y) uprawniona(e) do reprezentacji lub posiadająca pełnomocnictwo, które należy dołączyć do oferty.
3. Każdą stroną oferty należy opatrzyć kolejnym numerem.
4. Strony oferty oraz miejsca, w których oferent naniósł poprawki, podpisuje osoba(y), która podpisała ofertę. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego zapisu poprawnego.
Oferta nie powinna zawierać żadnych dopisków między wierszami, fragmentów wymazanych ani napisanych poza niezbędnymi do poprawy.
5. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
6. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi zamawiającego o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
7. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę zgodnie z postanowieniami punktu - Zasady składania ofert z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”

ZASADY SKŁADANIA OFERT:

1. Dokumenty konkursowe należy złożyć w zamkniętej kopercie w sekretariacie **Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc w Wodzisławiu Śląskim do 19.12.2012r. do godz. 12:00** opatrzone napisem: „**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr Alojzego Pawelca z siedzibą Wodzisławiu Śl. "**
Otwarcie ofert nastąpi **19.12.2012r. o godzinie 13:00** w Administracji Zleceniodawcy.
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed ustalonym terminem składania ofert zamawiający może zmienić lub zmodyfikować treść wymagań dotyczących składania ofert.
4. O każdej zmianie lub modyfikacji zamawiający zawiadomia niezwłocznie każdego z uczestników konkursu, który poinformował o pobraniu dokumentacji konkursowej.
5. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, zamawiający może przedłużyć termin składania ofert.
6. Wszelka korespondencja (w tym zapytania) do Zamawiającego powinna być kierowana przez Oferentów pisemnie na adres: Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr Alojzego Pawelca ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śl., tel. 324537105, fax. 324555325, lub email: przetargi@wscp.wodzislaw.pl
7. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania i unieważnienia konkursu na każdym jego etapie bez podania przyczyny. Konkurs umarza się, jeżeli postępowanie nie zostanie zakończone wyłonieniem właściwej oferty w szczególności gdy: nie wpłynęła żadna oferta, wartość najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie zamówienia lub, gdy wystąpiła zmiana okoliczności uniemożliwiająca zawarcie umowy, której nie można było wcześniej przewidzieć.

WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ZAKONTRAKTOWANYCH Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA:

1. Udzielanie świadczeń w Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy: kwalifikacje lekarza – Specjalista Chorób Płuc.

ZAWARTOŚĆ OFERT:

Dla uznania ważności oferta musi zawierać następujące dokumenty w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez upoważnioną osobę do reprezentowania oferenta:

- 1) oferta -zał. Nr 1
- 2) oświadczenie - zał. Nr 2,
- 3) wzór umowy — zał. Nr 3 (podpisany, a także parafowany na każdej stronie),
- 4) aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej,
- 5) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności z rozszerzeniem na choroby zakaźne (w tym WZW i HIV), w wysokości nie niższej niż wynikająca z rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne wyrządzane przy udzielaniu tych świadczeń (Dz. U. Nr 283, poz. 2825)

Oferta wraz z załącznikami powinna być podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania wykonawcy. W przypadku podpisania oferty przez pełnomocnika należy załączyć ważne pełnomocnictwo.

Brak jakiegokolwiek z wyżej wymienionych dokumentów lub złożenie dokumentu w niewłaściwej formie (nie poświadczony za zgodność z oryginałem) skutkować będzie odrzuceniem oferty

KRYTERIA WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty tj. z najniższą oferowaną ceną .

ŚRODKI ODWOŁAWCZE

1. Oferent biorący udział w postępowaniu konkursowym może wnieść do dyrektora szpitala , w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie ulega rozpatrzeniu.
2. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od daty jego złożenia. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielenie świadczenia medycznego objętego konkursem do czasu jego rozpatrzenia.

POWIADOMIENIE O WYNIKACH

O rozstrzygnięciu konkursu oferent ogłosi na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej w terminie 2 dni.

UMOWA

1. Zamawiający zawrze umowę z wybranym oferentem w terminie 7 dni od dnia rozstrzygnięcia i ogłoszenia wyniku konkursu o ile od rozstrzygnięcia konkursu nie zostało złożone odwołanie.
2. Zaoferowana cena za świadczenie będzie obowiązywać przez okres obowiązywania umowy.

OFERTA

Dane Oferenta:

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu

Nr faksu

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru

Numer NIP

Numer REGON

Dane dotyczące Zleceniodawcy

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr Alojzego Pawelca
w Wodzisławiu Śląskim

ul. Bracka 13 , 44-300 Wodzisław Śl.

Regon – 000297690 NIP: 647-21-80-171

Tel. 032 45537105, fax 032 4555325

Zobowiązania oferenta

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i treścią dokumentacji konkursowej, akceptuję warunki w niej zawarte oraz dysponuję właściwymi kwalifikacjami zawodowymi do wykonania przedmiotowych badań/świadczeń.

Oferuję realizację:

.....

(wpisać rodzaj świadczeń zgodnie z przedmiotem konkursu)

1.za cenę w kwocie:.....zł*

* udzielanie świadczeń zdrowotnych konsultacji pulmonologicznych proszę podać cenę za
1 punkt rozliczeniowy,

2. Dni i godziny czasu pracy w Poradni.....

(imię i nazwisko)
podpis osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE

Składając ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb

oświadczam, że:

- 1) Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania określonych prac lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
- 2) Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania danego zamówienia.
- 3) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
- 4) Zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- 5) Zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi zamówienia.
- 6) Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy o świadczenie usług medycznych i zobowiązuję się do ich podpisania, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.
- 7) Oświadczam, że nie zalegam z opłacaniem zobowiązań publicznoprawnych we właściwym urzędzie skarbowym oraz składek na ubezpieczenia społeczne w ZUS.

Na każde żądanie zamawiającego dostarczymy niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Ponadto oświadczamy, że wszystkie dokumenty oraz przedstawione oświadczenia są zgodne z prawdą.

..... dn.

(imię i nazwisko)
podpis osoby upoważnionej