

**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  
im. dr Alojzego Pawelca***

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:**

Przedmiotem konkursu jest świadczenie usług medycznych w zakresie:

1. Badań diagnostycznych – opis zdjęć RTG  
**szacunkowa ilość opisów zdjęć na 1 miesiąc to 30 opisów.**

dla pacjentów posiadających skierowanie na badanie.

**Okres realizacji umowy: od 1.02.2013r. do 31.12.2014 r.**

#### **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 stronę 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 Szpitala, lub przesłać drogą poleconej przesyłki pocztowej na adres Zamawiającego **do 23.01.2013r. do godz. 12:00** opatrzone napisem: „**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc w Wodzisławiu Śl.**”  
W przypadku doręczenia oferty drogą przesyłki pocztowej, Zamawiający będzie traktował ofertę, jako złożoną w terminie, jeżeli wpłynie ona do Zamawiającego najpóźniej **do godziny 12:00 dnia 23.01.2013 r.** – liczy się data i godzina potwierdzenia odbioru przesyłki poleconej.  
Otwarcie ofert nastąpi **23.01.2012r. o godzinie 13:00** w Administracji Szpitala w Wodzisławiu Śl.
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 zawiadamia 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.

### **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 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729)
- 6) dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje.

**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**

Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Komisja Konkursowa będzie się kierowała następującym kryterium tj. **cena – 100%**.

### **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 od zakończenia postępowania konkursowego.

### **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 nie ulegnie zmianie 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. Deklaruję gotowość świadczenia usług w liczbie .....opisów  
w miesiącu, dniach .....w godzinach.....

2. Za realizację powyższych czynności oczekuję zryczałtowanego wynagrodzenia miesięcznego  
.....zł brutto.

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)  
podpis osoby upoważnionej

## OŚWIADCZENIE

### **Składając ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc w Wodzisławiu Śl.**

**oświadczam, że:**

- 1) Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania określonych prac lub czynności, jeżeli uregulowania prawne 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 jej zawarcia, 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 dostarczę niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Ponadto zapewniam, że wszystkie dokumenty oraz przedstawione oświadczenia są zgodne z prawdą.

..... dn. ....

---

(imię i nazwisko)  
podpis osoby upoważnionej