



WOJEWÓDZKI
SZPITAL DZIECIĘCY
IM. J. BRUDZIŃSKIEGO
W BYDGOSZCZY

Wojewódzki Szpital Dziecięcy

im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy

REGON 000898946 • NIP 554-22-35-340

85-667 Bydgoszcz ul. Chodkiewicza 44

tel. 52 32 62 100 • faks 52 32 62 101

www.wsd.org.pl

Bydgoszcz, dnia 23.04.2024 r.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy **ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej** (Dz. U. 2023 poz. 991 t.j.) oraz **ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych** (Dz.U. z 2024r. poz. 146 t.j.)

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Poradni nocnej i świątecznej opieki medycznej WSD w Bydgoszczy – w wymiarze 4210 godzin w okresie od 01.05.2024r. do 31.12.2024r.

Kod CPV: 85112200-9 - usługi leczenia ambulatoryjnego, 85141200-1 - usługi świadczone przez pielęgniarki.

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE:

1. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty, Oferent powinien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Postępowanie konkursowe przeprowadzone jest zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r., poz. 991 t.j.), ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024r. poz. 146 t.j.), Regulaminem Przeprowadzania Konkursów Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz Zarządzeniem Dyrektora WSD nr 27/2024.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert w całości lub części oraz przedłużenia, przesunięcia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
4. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania w danym zakresie gdy kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych w danym postępowaniu.
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo negocjacji ilości godzin zaproponowanych w ofercie.

II. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych wraz z nadzorem nad prawidłową organizacją i realizacją świadczeń w **rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (zwanej dalej NPL)**, na rzecz pacjentów **Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy**. Udzielanie świadczeń odbywa się od poniedziałku do piątku – w godz. od 18:00 – do 8:00 dnia następnego oraz w niedziele, święta i dni wolne od pracy (ustalone przez Udzielającego zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami) – w godz. od 8:00 – do 8:00 dnia następnego, zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

Świadczenia obejmują w szczególności:

- a) poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- b) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
- c) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą, o której mowa w lit. a);
- d) poradę lekarską udzielaną w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy;
- e) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, w tym świadczenia zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
- f) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą, o której mowa w lit. d).

Inne obowiązki Przyjmującego Zamówienie obejmują:

1. wykonywanie świadczeń medycznych określonych w umowie zgodnie z wiedzą medyczną, Kodeksem Etyki Lekarskiej i Kodeksem Etyki oraz Kodeksem Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej i obowiązującymi przepisami;
2. udzielanie świadczeń medycznych w każdym przypadku niecierpiącym zwłoki;
3. wykonywanie wszelkich niezbędnych badań diagnostycznych i innych czynności zgodnie z procedurami obowiązującymi w reprezentowanej specjalizacji;
4. znajomość i przestrzeganie praw pacjenta;
5. znajomość i przestrzeganie przepisów Udzielającego Zamówienie wynikających z realizacji Programu Akredytacji CMJ oraz norm ISO;
6. znajomość i przestrzeganie regulaminów porządkowych Udzielającego Zamówienie;
7. systematyczne prowadzenie dokumentacji pacjentów zgodnie ze standardami prowadzenia dokumentacji obowiązującymi u Udzielającego Zamówienie oraz w oparciu o obowiązujące przepisy (Rozporządzenia MZ, zarządzenia Prezesa NFZ).

III. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Miejscem udzielania świadczeń są:

- **wchodząca w strukturę WSD Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – dla pacjentów do 18.r.ż.;**
- **siedziba lub inne miejsce spełniające warunki udzielania świadczeń wskazane przez Oferenta – dla pacjentów powyżej 18 r.ż.;**
- **miejsce zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.**

IV. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW

1. Ofertę mogą składać wyłącznie podmioty lecznicze posiadające wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą obejmującą przedmiot konkursu i spełniające wymagania określone w art. 4 ust.1 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
2. Oferent dla realizacji zadań będących przedmiotem konkursu zapewni zespół lekarzy i pielęgniarek gwarantujący prawidłową, ciągłą i kompleksową realizację świadczeń objętych niniejszym postępowaniem:
 - a) świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w warunkach do aktualnego stanu zapotrzebowania, w odniesieniu do zachorowalności pacjentów – lekarze i pielęgniarki – minimum 10 lekarzy,
 - b) świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania i lub pobytu świadczeniobiorcy – minimum 2 zespoły wyjazdowe,
 - c) świadczenia pielęgniarki środowiskowej, w liczbie adekwatnej do aktualnego zapotrzebowania na zabiegi w domu pacjenta – minimum 10 pielęgniarek,
 - d) organizacja i nadzór nad działalnością NPL - lekarz koordynator.
 - e) Transport medyczny – ambulanse wyjazdowe + przewozy do szpitala.
3. Oferent przedstawi wykaz personelu, ze wszystkimi jego kwalifikacjami (lekarze i pielęgniarski),

który będzie wykonywać świadczenia zdrowotne w ramach umowy.

4. Wszystkie osoby realizujące umowę po stronie Oferenta muszą:
 - a) spełniać warunki określone w SWKO,
 - b) posiadać wymagane kwalifikacje i uprawnienia, w szczególności wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (nocna i świąteczna opieka zdrowotna), do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego.
5. Oferent posiada w miejscu udzielania świadczeń dla pacjentów powyżej 18 r.ż. aparat do badań RTG.
6. Oferent zobowiązany będzie do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą; obowiązek ten dotyczy także każdego zgłoszonego przez oferenta lekarza i pielęgniarkę.
7. Każdy zgłoszony przez Oferenta lekarz i pielęgniarka przedłoży zaświadczenie o niekaralności.
8. Oferta złożona przez Oferenta powinna być kompletna, złożona zgodnie z wymogami opisanymi w SWKO na formularzu udostępnionym przez Udzielającego zamówienie oraz zawierać wszystkie wymagane oświadczenia i dokumenty opisane w SWKO w treści formularza ofertowego. W przypadku gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja Konkursowa wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

V. TERMIN WYKONANIA UMOWY

Umowa będzie obowiązywać od 01.05.2024r. do 31.12.2024r.

VI. WYMAGANE DOKUMENTY I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymogami określonymi w SWKO na formularzu udostępnionym przez Udzielającego zamówienia.
2. Formularz ofertowy dostępny jest w Dziale Kadr Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, budynek C, pokój 3.14, 3.15, 3.16 oraz na stronie internetowej <https://bip.wsd.org.pl> w zakładce „Konkursy ofert”.
3. Ofertę stanowi wypełniony formularz oferty wg udostępnionego wzoru wraz z następującymi załącznikami:
 - a) aktualny odpis wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - b) kserokopię statutu lub jego wyciąg określający zadania,
 - c) kserokopię umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
 - d) oświadczenie o nr konta stanowiące załącznik nr 4
 - e) wykaz lekarzy i pielęgniarek stanowiących potencjał Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących załącznik nr 3 do SWKO objętych niniejszym postępowaniem konkursowym wraz z następującymi dokumentami w odniesieniu do każdego lekarza i pielęgniarki:
 - kserokopie dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje
 - dyplom, tytuł naukowy,
 - specjalizacja,
 - kserokopię prawa wykonywania zawodu,
 - aktualny odpis z właściwego rejestru w OIL i OIPiP – księga rejestrowa ze wskazaniem Oferenta jako miejsce udzielania świadczeń,
 - kserokopie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
 - kserokopie zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w charakterze lekarza lub pielęgniarki,
 - zaświadczenie o niekaralności,

- oświadczenie osoby, z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do działalności związanej z małoletnimi stanowiące załącznik nr 5 do SWKO,

4. Podpisany formularz oferty stanowiący załącznik nr 2,
5. Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
6. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim, z wyłączeniem pojęć medycznych.
7. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
8. Ewentualne poprawki w treści oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez Oferenta.
9. Oferent składający oświadczenie odpowiedzialny jest za prawdziwość oświadczeń. Podanie nieprawdziwych danych może skutkować odrzuceniem oferty.
10. **WSZYSTKIE DOKUMENTY STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ OFERTY MUSZĄ BYĆ PRZEDSTAWIONE W ORYGINALE LUB W FORMIE KSEROKOPII POŚWIADCZONYCH ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM (KAŻDA STRONA DOKUMENTU) I PARAFOWANE PRZEZ OFERENTA.**

VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Wypełniony formularz oferty wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem: „**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Poradni nocnej i świątecznej opieki medycznej. Oferty nie otwierać przed 29.04.2024 r. godz. 11:00**” i dostarczyć w terminie do dnia 29.04.2024r. do godziny 10:00 do Sekretariatu Szpitala w budynku C, I piętro.

VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent związany jest ofertą do 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

IX. KOMISJA KONKURSOWA

1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Udzielający zamówienia powołuje Komisję konkursową.
2. Szczegółowe zasady pracy Komisji konkursowej i tryb postępowania określa Regulamin Pracy Komisji Konkursowej.
3. Członkiem Komisji konkursowej nie może być osoba podlegająca wyłączeniu z udziału w Komisji w przypadkach wskazanych w Regulaminie Pracy Komisji Konkursowej.
4. W przypadku stwierdzenia przez Komisję Konkursową braków formalnych w złożonej ofercie, Komisja Konkursowa wzywa Oferenta do ich uzupełnienia.
5. W przypadku odrzucenia oferty z przyczyn formalnych Komisja Konkursowa powiadamia Oferenta oraz podaje przyczyny odrzucenia.

X. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. Otwarcie złożonych ofert nastąpi w siedzibie Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy w Sali wykładowej w budynku C w dniu 29.04.2024r. od godz. 11:00.
2. Otwarcie ofert jest jawne i nastąpi w miejscu i terminie wskazanym w ogłoszeniu
3. Podczas otwierania kopert z ofertami oferenci mogą być obecni oraz mogą składać wyjaśnienia i oświadczenia do protokołu.
4. Komisja konkursowa w części jawnej ogłasza obecnym oferentom, które z ofert będą brały udział w konkursie, a które zostają odrzucone.
5. Odrzuceniu podlega oferta:
 - a) złożona po terminie,
 - b) zawierająca nieprawdziwe informacje,
 - c) jeżeli Przyjmujący zamówienie nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej,
 - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,

- e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
- f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
- g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w dokumentach niniejszego postępowania konkursowego.

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po ustaleniu, że Oferent nie figuruje w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 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 Dziale Kadr)

XI. KRYTERIA OCENY OFERT

1. Przy wyborze ofert Udzielający zamówienia będzie się kierował następującymi kryteriami: wysokość wynagrodzenia zaoferowana przez Przyjmującego zamówienie (cena), kwalifikacje, jakość udzielanych świadczeń, kompleksowość, dostępność, ciągłość.
2. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów obliczonych w oparciu o ustalone kryteria przedstawione w poniższej tabeli
3. Udzielający zamówienia może dokonać wyboru więcej, niż jednej oferty, do wyczerpania kwoty, jaką Udzielający zamówienia przeznaczył na sfinansowanie zamówienia, lub liczby wykonawców umożliwiających prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem.
4. Kryteria oceny:

L.p.	Nazwa kryterium	Maksymalna liczba punktów
1	Wysokość wynagrodzenia za realizację zamówienia (cena)	30
2	jakość udzielanych świadczeń (w szczególności doświadczenie zawodowe, pozytywne relacje z pacjentami i ich opiekunami prawnymi)	30
3	kompleksowość	10
4	dostępność	3
5	ciągłość	27

- 1) **Oceniając cenę** Oferent otrzyma maksymalnie **30** punktów. Kryterium finansowe to wartość pkt uzyskana na podstawie poniższego wyliczenia:

$$S = (SN/SX) \times 30$$
gdzie:
S - liczba punktów za kryterium finansowe
SN - najniższa proponowana stawka % za miesiąc udzielania świadczeń spośród ważnych ofert
SX – proponowana przez Oferenta stawka % za miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych przez Zespół NŚOZ
- 2) **Oceniając jakość** Oferent otrzyma:
 - **30** punktów jeżeli wykaże w ofercie co najmniej 10 osób posiadających specjalizację (lekarską lub pielęgniarską);
 - **20** punktów jeżeli wykaże w ofercie co najmniej 6 osoby, posiadające specjalizację (lekarską lub pielęgniarską).
- 3) **Oceniając kompleksowość** Oferent otrzyma:
 - **10** punktów jeżeli wykaże w ofercie na liście personelu dedykowanego do realizacji przedmiotowych świadczeń zdrowotnych minimum 12 osób, posiadających co najmniej 2-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w trybie dyżurowym/nocnym.
 - **7** punktów jeżeli wykaże w ofercie na liście personelu dedykowanego do realizacji

przedmiotowych świadczeń zdrowotnych minimum 8 osób, nieposiadających doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w trybie dyżurowym/nocnym.

4) **Oceniając dostępność** Oferent otrzyma:

- 3 pkt jeżeli wykaże do udzielania świadczeń co najmniej 20 i więcej osób;
- 2 pkt jeżeli wykaże do udzielania świadczeń co najmniej od 7 osób do 15 osób.

5) **Oceniając ciągłość** Oferent otrzyma:

- 27 pkt za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pediatrii w okresie 24 miesięcy poprzedzających złożenie oferty na rzecz Udzielającego zamówienia.
- 22 pkt za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pediatrii w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie oferty na rzecz Udzielającego zamówienia.

Ocenę końcową oferty stanowi suma punktów poszczególnych kryteriów.

XII. ŚRODKI ODWOŁAWCZE

1. W toku postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Komisja przyjmuje i rozstrzyga umotywowane protesty, w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Protest podlega rozpoznaniu, jeżeli został złożony przez oferenta na piśmie, w toku danego postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu.
3. 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.
4. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
5. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
6. W razie uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność oraz, w razie potrzeby inne czynności podjęte w toku postępowania.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej BIP oraz na stronie wewnętrznej Szpitala.
8. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność.



WOJEWÓDZKI
SZPITAL DZIECIĘCY
IM. J. BRUDZIŃSKIEGO
W BYDGOSZCZY

Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy

REGON 000898946 • NIP 554-22-35-340

85-667 Bydgoszcz ul. Chodkiewicza 44

Dział Kadr

tel. +48 797 008 526 • tel. 52 32 62 252 • kadry@wsd.org.pl

Załącznik nr 1 do SWKO

**Umowa nr
o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu zawarta w dniu roku**

na podstawie art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 poz. 991 t.j.) w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert pomiędzy:

Wojewódzkim Szpitalem Dziecięcym im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, z siedzibą przy ul. Chodkiewicza 44, 85-667 Bydgoszcz, o nr REGON 000898946, o nr NIP 554-22-35-340, zarejestrowanym w KRS w Bydgoszczy XIII WG pod nr KRS 0000002360, reprezentowanym przez: **Dyrektora Szpitala – mgr Edwarda Hartwicha**, zwanym w treści umowy „**Udzielającym zamówienia**”, a

....., ul.,

o nr REGON, o nr NIP, zarejestrowanym w KRS w SR w Bydgoszczy pod nr

,reprezentowanym przez:

Zwaną/-ym w treści umowy „Przyjmującym zamówienie”,

zostaje zawarta umowa o następującej treści:

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. **Przyjmujący zamówienie** wykonuje czynności służące zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, które w szczególności polegają na leczeniu i sprawowaniu opieki nad pacjentami w komórkach organizacyjnych, o których mowa w pkt 2.
2. Miejscem udzielania w/w świadczeń opieki zdrowotnej są:
 - a) wchodząca w strukturę WSD Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
 - b) siedziba lub inne miejsce spełniające warunki udzielania świadczeń wskazane przez **Przyjmującego zamówienie**;
 - c) miejsce zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, przy czym miejscem wyczekiwania zespołu wyjazdowego jest

§2

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że inne zawarte przez niego umowy lub umowy zawarte przez lekarzy udzielających świadczeń w imieniu **Przyjmującego zamówienie** nie utrudnią udzielania świadczeń zdrowotnych, jak również nie obniżą jakości udzielonych świadczeń objętych niniejszą umową.

POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE

§3

3. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do dołożenia należytej staranności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy.
4. **Przyjmujący zamówienie** ma obowiązek przedstawienia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe lekarzy i pielęgniarek udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy.
5. **Przyjmujący zamówienie** jest zobowiązany do:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 ust. 1, również od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych w tym wirusa HIV. Minimalna kwota ubezpieczenia w zakresie udzielonego zamówienia musi być zgodna z wymogami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

- b) dostarczenia kopii polisy jako załącznika do niniejszej umowy – przed rozpoczęciem udzielania świadczeń,
- c) utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia.

§4

Świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy w imieniu **Przyjmującego zamówienie** udzielać będą osoby, które świadczą usługi na rzecz innych podmiotów w ramach prowadzonej działalności, wymienione w **załączniku nr 1** stanowiącym integralną część niniejszej umowy.

§5

Osobą upoważnioną w imieniu **Udzielającego zamówienia** do kontaktów z **Przyjmującym zamówienie** jest Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lub inna upoważniona przez niego osoba.

§6

1. Świadczenia objęte umową będą udzielane:
 - a) w formie dyżuru stacjonarnego i wyjazdowego:
 - od poniedziałku do piątku w godz. od 18:00 do 08:00 dnia następnego.
 - w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godz. od 08:00 do 08:00 dnia następnego.

§7

Harmonogram dyżurów ustala koordynator po akceptacji Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§8

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że gabinety lekarskie, gabinety zabiegowe i pomieszczenia przeznaczone do wyczekiwania dla zespołów wyjazdowych spełniają warunki sanitarno-epidemiologiczne stawiane podmiotom wykonującym działalność leczniczą w tym zakresie.

§9

Spory kompetencyjne wynikłe w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych pomiędzy **Przyjmującym zamówienie**, a innymi osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych będą rozstrzygane przez przedstawicieli obu stron przy udziale Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

OBOWIĄZKI I PRAWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

§10

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. Udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z harmonogramem ustalającym terminy udzielania tych świadczeń,
2. Udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w miejscu:
 - a) wchodzącej w strukturę WSD Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
 - b) siedzibie lub innym miejscu udzielania świadczeń spełniającym warunki udzielania świadczeń wskazanym przez **Przyjmującego zamówienie**;
 - c) miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.

§ 11

1. **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się zapewnić **Przyjmującemu zamówienie** swobodny dostęp do pełnej dokumentacji pacjentów, będącej własnością WSD.
2. **Przyjmujący zamówienie** zastrzega sobie prawo do sporządzenia kopii dokumentów takich jak: karty konsultacyjne, raporty z dyżurów oraz innych dokumentów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Udostępnianie i przechowywanie kopii w/w dokumentów odbywa się na zasadach ogólnych obowiązujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.
3. Sporządzanie kopii dokumentów na potrzeby **Przyjmującego zamówienie** odbywać się będzie na jego koszt.

§12

Realizując świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do:

1. Udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności oraz wykorzystywaniu swoich kwalifikacji zgodnie z postępowaniem wiedzy medycznej przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i innych środków niezbędnych do udzielania określonego świadczenia zdrowotnego zgodnie ze standardami określonymi przepisami prawa,
2. Dokładnego, starannego i systematycznego sporządzania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
3. Prowadzenia sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
4. Posiadania i przedłożenia **Udzielającemu zamówienia** aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do udzielania świadczeń objętych umową w odniesieniu do zgłoszonego potencjału lekarzy i pielęgniarek,
5. Znajomości i przestrzegania:
 - a) aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
 - b) przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
 - c) statutu i regulaminów oraz zarządzeń obowiązujących **u Udzielającego zamówienie**,
 - d) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez **Udzielającego zamówienie**,
 - e) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - f) aktów prawnych obowiązujących w ochronie danych osobowych,
6. Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, postanowień Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych,
7. Przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad i regulaminów obowiązujących **u Udzielającego zamówienia** w zakresie ochrony danych osobowych,
8. Przestrzegania przepisów BHP i PPOŻ obowiązujących w WSD oraz posiadania i przedłożenia aktualnego zaświadczenia o szkoleniach z tego zakresu
9. Dbania o mienie WSD ze szczególnym uwzględnieniem mienia wykorzystywanego przy realizacji niniejszej umowy,
10. Poddania się kontroli przeprowadzanej przez **Udzielającego zamówienia** oraz ze strony podmiotu kontrolującego **Udzielającego zamówienia** w szczególności w zakresie:
 - a) zakresu, sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - b) prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej,
 - c) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych
 - d) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości,
 - e) przestrzegania przepisów BHP, PPOŻ i innych wynikających z obowiązujących przepisów prawa, regulaminów i zarządzeń **Udzielającego zamówienia**. Zasady i warunki kontroli pod względem formalnym i merytorycznym określają obowiązujące przepisy i umowy **Udzielającego zamówienia** zawarte z NFZ,
11. Poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy **Udzielającego zamówienia** z NFZ, na zasadach określonych w ustawie,
12. Współdziałania z innymi osobami realizującymi świadczenia zdrowotne oraz kierownictwem **Udzielającego zamówienia**,
13. Zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z tą umową,
14. Zobowiązany jest do wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży roboczej, spełniającej wymogi Polskich Norm,
15. Pokrywa koszty utrzymania odzieży ochronnej i roboczej w należyłym stanie.
16. Współdziałania z innymi osobami realizującymi świadczenia zdrowotne oraz kierownictwem **Udzielającego zamówienia**.
17. Prawidłowego korzystania i dbałości o sprzęt i pomieszczenia udostępnione przez Udzielającego zamówienia.

OBOWIĄZKI I PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

§13

1. **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się do:
 - a) terminowej wypłaty należności za udzielone świadczenia zdrowotne, oraz w ramach ambulatoryjnej opieki POZN dla dzieci w miejscu udzielania świadczeń na terenie WSD,
 - b) zapewnienia nieodpłatnego korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej, środków farmaceutycznych, materiałów medycznych i artykułów sanitarnych w zakresie niezbędnych do prawidłowej realizacji niniejszej umowy,

- c) zapewnienia nieodpłatnego ciągłego wykonywania badań diagnostycznych niezbędnych w obowiązujących procedurach medycznych,
- d) zapewnienia nieodpłatnie druków związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej i statystyki,
- e) zapewnienia nieodpłatnego korzystania z pomieszczeń do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi wymogami dla pomieszczeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- f) zapewnienia nieodpłatnego korzystania z pomieszczeń socjalnych WSD, nieodpłatnego konserwowania i naprawy sprzętu i aparatury medycznej oraz utrzymywania go w odpowiednim stanie technicznym,
- g) utrzymania w odpowiednim stanie sanitarnym pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, pomieszczeń socjalnych oraz zapewnienia odpowiedniego stanu sanitarnego sprzętu i środków medycznych.

ZASADY USTALANIA I TERMINY ZAPŁATY ZA UDZIELONE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

§14

1. Za świadczone usługi **Przyjmujący Zamówienie** będzie otrzymywał należność w wysokości:
 - a) ...zł (słownie:...zł) zwane ryczałtem,
2. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.
3. **Przyjmujący zamówienie** wystawia rachunek/fakturę, który należy doręczyć do Sekretariatu WSD nie wcześniej niż 1-wszego i nie później niż 5-tego dnia po zakończeniu miesiąca rozliczeniowego. Prawidłowo wystawiony rachunek/faktura po zatwierdzeniu przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa jest podstawą do wypłaty wynagrodzenia w terminie 21 dni od dnia doręczenia rachunku/faktury przelewem na konto Przyjmującego zamówienie o numerze W
4. Nieprawidłowo wystawiony rachunek/fakturę **Udzielający zamówienia** zwraca **Przyjmującemu zamówienie** w terminie 2 dni od dnia jego doręczenia.
5. Niezachowanie terminu złożenia rachunku/faktury oraz korekty rachunku/faktury za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej powoduje przedłużenie terminu zapłaty, o którym jest mowa ust. 3, do 30 dni za wyjątkiem, gdy przyczyną nie złożenia w terminie rachunku/faktury lub korekty rachunku/faktury jest zawieszenie wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej lub nagły przypadek losowy.
6. **Przyjmujący zamówienie** osobiście rozlicza się z tytułu podatków związanych z uzyskiwanymi z niniejszej umowy dochodami oraz z tytułu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
7. W przypadku nie zachowania terminów wypłaty określonych w niniejszej umowie **Przyjmujący zamówienie** może obciążyć **Udzielającego zamówienia** odsetkami ustawowymi.
8. Strony ustalają negocjacje warunków płacowych w trakcie obowiązywania umowy, w związku ze zmianą ryczałtu po zawarciu umowy lub aneksowaniu umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

TERMIN OBOWIĄZYWANIA, ZMIANA I ROZWIĄZANIE UMOWY

§15

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony odr. dor.
2. Umowa może być rozwiązana przed upływem terminu:
 - a) za pisemnym porozumieniem stron umowy w uzgodnionym terminie,
 - b) za uprzednim 3-miesięcznym wypowiedzeniem w przypadku:
 - ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości,
 - nie przekazywania wymaganych sprawozdań, informacji, rozliczeń,
 - uzasadnionych skarg pacjentów, gdy wynikają one z rażącego naruszenia przepisów;
 - c) na piśmie ze skutkiem natychmiastowym z powodu:
 - wypowiedzenia umowy przez NFZ,
 - rażącego naruszenia obowiązujących w WSD przepisów,
 - nie doręczenia przez **Przyjmującego zamówienie** kopii polisy ubezpieczenia OC lub nie dostarczenia kopii nowej polisy tego ubezpieczenia w przypadku upływu terminu obowiązywania poprzedniej polisy.

KONTROLA

§16

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się poddać kontroli ze strony **Udzielającego zamówienia**, osób

przez niego upoważnionych oraz ze strony podmiotu kontrolującego **Udzielającego zamówienia** w szczególności w zakresie:

- a) zakresu, sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - b) prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej,
 - c) przestrzegania przepisów BHP, PPOŻ i innych wynikających z obowiązujących przepisów prawa, regulaminów i zarządzeń **Udzielającego zamówienia**.
2. Zasady i warunki kontroli pod względem formalnym i merytorycznym określają obowiązujące przepisy i umowy **Udzielającego zamówienia** zawarte z NFZ.

§17

1. W przypadku nie przestrzegania zakresu czynności przez osobę udzielającą świadczeń w imieniu **Przyjmującego zamówienie** (niebaldstwo, wina umyślna itp.), **Udzielający zamówienie** ma prawo wymierzyć karę umowną w wysokości 5% wartości wynagrodzenia za ostatni miesiąc.
2. W przypadku ponownego, rażącego naruszenia obowiązków wynikających z zakresu czynności, **Udzielający zamówienie** ma prawo wymierzyć karę umowną w wysokości 10% wartości wynagrodzenia za ostatni miesiąc.
3. W przypadku nieobsadzenia dyżuru w Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej WSD – dla pacjentów do 18 r.ż. **Udzielający zamówienie** ma prawo wymierzyć karę umowną w wysokości 70 zł za każdą zaplanowaną godzinę dyżuru, który nie został zrealizowany.
4. Potrącenie kary umownej nastąpi z wynagrodzenia za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w pierwszym terminie płatności.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SZKODĘ

§18

Udzielający zamówienia i realizujący świadczenia zdrowotne **Przyjmujący zamówienie** ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§19

Przyjmującego zamówienie obowiązuje zakaz pobierania jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich opiekunów z tytułu udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy w obiektach **Udzielającego zamówienia**, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§20

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§21

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy powołane na wstępie umowy.

§22

Spory wynikające z niniejszej umowy Strony będą rozstrzygały w drodze negocjacji, a w braku porozumienia spory rozstrzyga właściwy miejscowo sąd.

§22

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach: jeden egzemplarz dla **Przyjmującego zamówienie** i jeden egzemplarz dla **Udzielającego zamówienia**.

.....
Przyjmujący zamówienie

.....
Udzielający zamówienia

Załącznik nr 1 do Umowy

**LISTA LEKARZY I PIEŁĘGNIAREK UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W IMIENIU PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

Niniejszym oświadczam, że w moim imieniu świadczeń zdrowotnych udzielać będą następujące osoby:

L.p.	Imię i Nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja	Lekarz / Pielęgniarka	PESEL

.....
Data podpis i pieczęć
osoby upoważnionej do reprezentowania

Załącznik nr 2 do Umowy

**WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE LEKARZA DYŻURNego NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
(ZAKRES CZYNNOŚCI)**

1. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć szpitala jest zobowiązany:
 - dokładnie zbadać każdego chorego zgłaszającego się do Lekarza dyżurnego Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej i po ustaleniu przy pomocy niezbędnych środków rozpoznania włączyć racjonalne leczenie,
 - prowadzić zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej postępowanie lecznicze u chorych zgłaszających się do Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej,
 - prowadzić postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne pacjenta zgodnie ze standardami leczenia obowiązującymi w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej,
 - w przypadkach szczególnych zatruc zasięgnąć opinii na temat dalszego postępowania diagnostyczno – leczniczego w Instytucie Toksykologii,
 - w przypadkach wątpliwych jeżeli istnieją trudności w diagnozowaniu lub w postępowaniu leczniczym zasięgnąć telefonicznie opinii Koordynatora NŚOP,
 - jeśli wystąpi stan zagrożenia życia pacjenta w Izbie Przyjęć rozpocząć reanimację, oraz zawiadomić Koordynatora NŚOP
 - prowadzić dokładną dokumentację chorych przyjętych w czasie dyżuru,
 - zawiadomić Koordynatora NŚOP o zgonie pacjenta w oddziale,
 - udokumentować w dokumentacji medycznej okoliczności, czas zgonu jak i jego potwierdzenie po dwóch godzinach,
 - powiadomić rodzinę zmarłego pacjenta,
 - nadzorować pracę średniego i niższego personelu w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, kontrolować wykonanie wydanych zleceń,
 - udawać się niezwłocznie na wezwania personelu pomocniczo-lekarskiego do chorych wymagających pomocy,
 - udzielić w miarę posiadanych danych informacji o stanie zdrowia rodzicom lub prawnym opiekunom chorych,
 - w przypadku podejrzenia o stosowanie przemocy wobec pacjenta (w środowisku domowym lub innym) niezwłocznie powiadomić Komisariat Śródmieście w Bydgoszczy pod nr tel. 52-588-11-59.

.....
data, podpis

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług nocne i świątecznej opieki zdrowotnej:

- w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w ramach dyżurów – udzielanie świadczeń w dni robocze, niedziele, święta i dni wolne
 - siedzibie lub innym miejscu spełniającym warunki udzielania świadczeń wskazane przez Przyjmującego zamówienie
 - miejsce zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy
- (zaznaczyć właściwe)

I. Dane Oferenta:

- 1) Nazwa przedsiębiorstwa
- 2) Imię osoby reprezentującej
- 2) Nazwisko osoby reprezentującej.....
- 3) Adres
-
- 4) KRS
- 5) NIP
- 6) REGON
- 7) Tel. Kontaktowy
- 8) Adres e-mail

II. Kwalifikacje zawodowe potencjału personelu Oferenta:

- | | |
|---|--|
| a) Lekarz bez specjalizacji | <input type="checkbox"/> liczba lekarzy ... |
| b) Specjalista lub Specjalizacja II stopnia z pediatrii | <input type="checkbox"/> liczba lekarzy ... |
| c) Specjalista lub Specjalizacja II stopnia z medycyny rodzinnej | <input type="checkbox"/> liczba lekarzy ... |
| d) Specjalista lub Specjalizacja II stopnia z chorób wewnętrznych | <input type="checkbox"/> liczba lekarzy ... |
| e) Pielęgniarka ze specjalizacją | <input type="checkbox"/> liczba pielęgniarek ... |
| f) Pielęgniarka bez specjalizacji | <input type="checkbox"/> liczba pielęgniarek ... |
- (zaznaczyć właściwe)

III. Co najmniej 2-letnie Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w trybie dyżurowym/nocnym

- a) Liczba osób

IV. Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym procedurą konkursową lat na rzecz Udzielającego zamówienia.

V. Oferta cenowa za wykonywanie:

- a) świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Poradni nocnej i świątecznej opieki medycznej
 - ✓ wartość ryczałtu –

VI. Proponowana dostępność na rzecz udzielającego zamówienie:

Liczba godz. pracy: godz./.....

VII. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na okres od 01.05.2024r. do 31.12.2024r.

VIII. Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z przedmiotem postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
2. Posiada uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty,
3. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert, kryteriami oceny ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń,
4. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert,
5. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
6. Posiada wpis w księdze Rejestrowej o Rodzaju Działalności Leczniczej i Praktyki Zawodowej z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,
7. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC),
8. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem,
9. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty,
10. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 ust. 1 i 2 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
(data złożenia oświadczenia)

.....
(czytelny podpis oferenta)

Załączniki:

1. Ofertę stanowi wypełniony formularz oferty wg udostępnionego wzoru wraz z następującymi załącznikami:
 - f) aktualny odpis wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - g) kserokopię statutu lub jego wyciąg określający zadania,
 - h) kserokopię umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
 - i) wykaz lekarzy i pielęgniarek stanowiących potencjał Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących załącznik nr 3 do SWKO objętych niniejszym postępowaniem konkursowym wraz z następującymi dokumentami w odniesieniu do każdego lekarza i pielęgniarki:
 - kserokopie dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje
 - dyplom, tytuł naukowy,
 - specjalizacja,
 - kserokopię prawa wykonywania zawodu,
 - aktualny odpis z właściwego rejestru w OIL i OIPiP – księga rejestrowa ze wskazaniem Oferenta jako miejsce udzielania świadczeń,
 - kserokopie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
 - kserokopie zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w charakterze lekarza lub pielęgniarki,
 - zaświadczenie o niekaralności,

- oświadczenie o nr konta stanowiące załącznik nr 4

- oświadczenie osoby, z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do działalności związanej z małoletnimi stanowiące załącznik nr 5 do SWKO,

f) Podpisany formularz oferty stanowiący załącznik nr 2,

g) Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.

h) Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim, z wyłączeniem pojęć medycznych.

i) Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

j) Ewentualne poprawki w treści oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez Oferenta.

k) Oferent składający oświadczenie odpowiedzialny jest za prawdziwość oświadczeń. Podanie nieprawdziwych danych może skutkować odrzuceniem oferty.

WSZYSTKIE DOKUMENTY STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ OFERTY MUSZĄ BYĆ PRZEDSTAWIONE W ORYGINALE LUB W FORMIE KSEROKOPII POŚWIADCZONYCH ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM (KAŻDA STRONA DOKUMENTU) I PARAFOWANE PRZEZ OFERENTA.

**LISTA LEKARZY I PIEŁĘGNIAREK UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W IMIENIU PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

Niniejszym oświadczam, że w moim imieniu świadczeń zdrowotnych udzielać będą następujące osoby:

L.p.	Imię i Nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja	Lekarz / Pielęgniarka	PESEL

.....
Data podpis i pieczęć
osoby upoważnionej do reprezentowania

.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Adres cd.

.....
PESEL*

.....
Dokument tożsamości (seria, numer)

OŚWIADCZENIE

osoby, z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do działalności związanej z małoletnimi

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat

- nie zamieszkiwałam/em** w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.
- zamieszkiwałam/em** w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa tj. w

W państwie/państwach obywatelstwa.....

- prawo nie przewiduje wydawania/sporządzania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi**
- nie prowadzi się rejestru karnego**

W państwie/państwach, w którym zamieszkiwałam/em

- prawo nie przewiduje wydawania/sporządzania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi**
- nie prowadzi się rejestru karnego**

- oświadczam, że nie byłam/em prawomocnie skazana/y w ww. państwie/państwach za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym 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 oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłam/em się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.**

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
miejsowość, data

.....
podpis

* jeżeli dotyczy

**zaznaczyć właściwe