

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
46/DP/12/2021

**Szpital Miejski  
w Zabrze Sp. z o.o.  
ul. Zamkowa 4  
41-803 Zabrze**  
tel.: (32) 277-61-00, (32) fax: (32) 271-73-11  
e-mail: [sekretariat@szpitalzabrze.pl](mailto:sekretariat@szpitalzabrze.pl)  
strona internetowa: [www.bip.szpitalzabrze.pl](http://www.bip.szpitalzabrze.pl)

**MATERIAŁY DOTYCZĄCE  
SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU  
OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE  
W ZAKRESIE:**

**Pakiet Nr 1 :**

**Usług lekarskich w ramach specjalności położnictwo i ginekologia w tym udzielanie świadczeń zdrowotnych, wykonywanie procedur medycznych w Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego – Szpital Miejski w Zabrze**

**Pakiet Nr 2 :**

**Wykonywania świadczeń zdrowotnych z dziedziny położnictwa i ginekologii w ramach dyżurów lekarskich w Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego – Szpital Miejski w Zabrze**

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( tekst. jedn. DZ.U. z 2021r., poz. 711), oraz art. 140,141,146 ust. 1, 147, 148 ust.1,149,150, 151 ust. 1,2 i 4-6, 152, 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( tekst jedn. : DZ.U. 2021r.,poz.1285 ze zm.), właściwe Rozporządzenie Ministra z dnia 29.04.2019 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą DZ.U. 2019, poz. 866) oraz w oparciu o wewnętrzne przepisy prawne Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., zwanego dalej Udzielającym zamówienie

## PAKIET 1

Zabrze, dnia 13.12.2021 r.

### I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych w zakresie : **wykonywanie procedur medycznych i sprawowanie opieki nad pacjentami, w ramach specjalności położnictwa i ginekologii** , zarówno w zakresie świadczeń realizowanych w ramach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (umowa z NFZ) jak i komercyjnych (odpłatnych) usług zdrowotnych w Oddziale Położniczo - Ginekologicznym, Patologii Ciąży i Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy, na Bloku Operacyjnym CZKiD, Bloku Porodowym, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym o profilu położniczo – ginekologicznym Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego – Szpital Miejski w Zabrzu oraz Poradni Położniczo – Ginekologicznej, Ginekologii Onkologicznej i Diagnostyki Prenatalnej NZOZ Zespołu Poradni Specjalistycznych przy Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka w Zabrzu jak również w innych jednostkach organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Zabrzu Sp. z o.o. w razie doraźnej potrzeby.
2. Usługi lekarskie tj. świadczenia zdrowotne i procedury medyczne wykonywane będą od poniedziałku do piątku w godzinach pomiędzy 07:25 – 15:00 , oraz w godzinach uzależnionych od aktualnych potrzeb.
3. Realizacja przedmiotu zamówienia - zgodnie z projektem umowy
4. Proponowane ceny i udział procentowy wskazany w formularzu ofertowo – cenowym stanowiącym zał. Nr 1 niniejszych materiałów jest obowiązujący przez cały okres trwania umowy,
5. Świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.

### II. TERMIN WYKONANIA UMOWY

1. Termin wykonania umowy: od dnia **01.01.2022 r. do dnia 31.05.2023 r.**
2. Udzielający zamówienie zastrzega możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą ,w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielenie przedmiotowego zamówienia.

### III. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent przedstawia tylko jedną ofertę.
2. Oferta musi być złożona w trwale zamkniętej kopercie. Na kopercie należy umieścić :
  - Nazwa , dokładny adres oferenta, numer telefonu
  - Numer postępowania konkursowego
  - Napis określający przedmiot postępowania konkursowego
  - Napis „ nie otwierać przed dniem 22.12.2021r. do godz. 09:00”.

Pierwsza strona oferty powinna zawierać :

- Łączną ilość stron oferty
  - Spis zawartości koperty tj. spis treści zawierający wykaz złożonych dokumentów z podaniem numeru strony, na której dany dokument się znajduje
3. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA WYMAGA PRZEDSTAWIENIA OFERTY NA ZAŁĄCZONYCH DRUKACH (Załączniki nr 1, 2).
  4. Oferta musi być kompletna.
  5. Oferta musi być sporządzona w języku polskim i podpisana przez Oferenta.
  6. Każda strona powinna być opatrzona podpisem Oferenta oraz kolejnym numerem nadanym przez Oferenta.
  7. Udzielający zamówienia ***nie dopuszcza składania ofert częściowych***
  8. **Kserokopie dokumentów winny być uwierzytelnione za zgodność z oryginałem przez Oferenta.**
  9. Ewentualne błędy wymagają czytelnego skreślenia niewłaściwej treści oraz naniesienia poprawek.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
46/DP/12/2021

Każda poprawka musi być sygnowana podpisem Oferenta i datą jej dokonania.

10. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

**IV. WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM – (w przypadku wyboru Pakietów 1 i 2 wymagane dokumenty oraz załącznik Nr 2 do niniejszych materiałów należy złożyć tylko raz)**

**1. Wymagane dokumenty**

- a) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej ( CEIDG)
- b) Księga rejestrowa potwierdzająca wpis do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą Okręgową Izbę Lekarską , potwierdzoną za zgodność z oryginałem. Księga winna zawierać potwierdzenie działalności w dziedzinie medycznej dotyczącej przedmiotu zamówienia
- c) Zaświadczenie lub poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- d) Zaświadczenie lub poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej ( NIP )
- e) Dyplom lekarza
- f) Dyplom specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii ( II stopnia/ specjalizacja)
- g) prawo wykonywania zawodu lekarza
- h) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie przedmiotu zamówienia w tym w promieniach jonizujących ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- i) aktualna polisa ubezpieczenia OC ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- j) zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia – jeśli posiada
- k) zaświadczenia o odbytych kursach i szkoleniach z zakresu przedmiotu zamówienia- jeśli posiada

**Oferent winien dostarczyć wraz z ofertą następujące dokumenty:**

1. Formularz ofertowo/cenowy ( Załącznik Nr 1 )
2. Oświadczenie Oferenta ( Załącznik Nr 2 )
3. Dokumenty wymagane zgodnie z punktem „IV wymagania stawiane Oferentom „, niniejszych materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

**V. WARUNKI PŁATNOŚCI**

Zgodnie z projektem umowy

**VI. WARUNKI REALIZACJI ZLECONYCH ŚWIADCZEŃ**

1. Szpital oczekiwał będzie od Przyjmującego zamówienie wykonania usługi w zakresie świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie jakościowym, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy, normami, sztuką i etyką zawodową, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.
2. Przyjmujący zamówienie przejmuje pełną odpowiedzialność za dokładność i sumienność wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest posiadać ważne dokumenty potwierdzające uprawnienia w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia.
4. Udzielający zamówienie zobowiązuje się do udostępnienia bazy lokalowej , sprzętu medycznego oraz innych środków do realizacji świadczeń zdrowotnych będących w posiadaniu Udzielającego zamówienie i możliwych do udostępnienia.
5. Niniejsze Szczegółowe warunki konkursu będą stanowić integralną część umowy podpisanej z wybranym Oferentem.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
46/DP/12/2021

6. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych materiałach będą zawarte w umowie podpisanej z Oferentem wybranym w przedmiotowym postępowaniu, której projekt stanowi załącznik nr 3, a której akceptacja jest warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu.

**VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT ORAZ OTWARCIA OFERT**

Oferta musi być złożona **do dnia 22.12.2021r. do godz. 08:30** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

W przypadku ofert przesłanych pocztą za datę oraz godzinę złożenia uważa się datę oraz godzinę wpływu oferty do siedziby Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

Otwarcie ofert odbędzie się **dnia 22.12.2021 r. o godz. 09:00** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sala konferencyjna – budynek Dyrekcji.

**VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

**IX. OCENA OFERT**

- **Wybór najkorzystniejszej oferty dokonany zostanie na podstawie kryterium ceny „Cena” / „udział procentowy” oraz dodatkowego kryterium.**

**1. Cena ( udział procentowy) tj. 70%**

Kryterium ceny będzie rozpatrywane na podstawie oferty podanej przez Oferenta na formularzu ofertowo/cenowym (Załącznik nr 1).

**Punktacja za cenę/udział procentowy będzie obliczona na podstawie wzorów:**

$$P = \frac{\text{cena za 1 godz. świadczenia usług ( najniższa spośród ofert)}}{\text{cena za 1 godz. świadczenia usług( badanej oferty)}} \times 40 \%$$

$$P = \frac{\text{udział procentowy w cenie porady komercyjnej ( najniższa spośród ofert)}}{\text{udział procentowy w cenie porady komercyjnej ( badanej oferty)}} \times 15 \%$$

$$P = \frac{\text{udział procentowy w cenie zabiegu komercyjnego ( najniższa spośród ofert)}}{\text{udział procentowy w cenie zabiegu komercyjnego ( badanej oferty)}} \times 15 \%$$

**2. Dodatkowe kryterium : max 30%**

**a). Doświadczenie zawodowe w zakresie przedmiotu zamówienia - (max 25 pkt)**

- **od 2 do 7 lat** – 15 pkt
- **powyżej 7 do 15 lat** – 20 pkt
- **powyżej 15 lat** 25 pkt)

Kryterium dodatkowe rozpatrywane będzie na podstawie przedłożonych dokumentów: dotyczy kryteriów wymienionych w Rozdz. IX pkt. 2 lit. a (zaświadczenie o stażu pracy z przedmiotu

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
46/DP/12/2021

zamówienia)

**b). Doświadczenie w zakresie wykonywania zabiegów** ( procedur) w ramach specjalności położnictwo i ginekologia minimum 5 lat – ( max 5 pkt)

Kryterium dodatkowe rozpatrywane na podstawie oświadczenia w formularzu ofertowo – cenowym ( dotyczy kryteriów wymienionych w Rozdz. IX pkt. 2 lit. b)

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

**Całkowitą liczbę punktów stanowić będzie suma uzyskanych punktów z badania wszystkich powyższych składników tj. cen i udziałów procentowych oraz punktów za kryterium dodatkowe.**

Nie spełnienie wymogów określonych w pkt IV Materiałów dot. Konkursu Ofert powoduje odrzucenie oferty.

Oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans punktów (maksymalna liczba przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryterium) zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja świadczenia usług zostanie powierzona Oferentowi, którego oferta uzyska najwyższą ilość punktów lub takiej liczbie oferentów , zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie ( max 6 osób ). W przypadku większej niż ta wskazana powyżej liczba Oferentów , którzy uzyskali taką samą liczbę punktów, spełniających na równi wymogi określone w szczegółowych warunkach konkursu, Udzielający zamówienie weźmie pod uwagę kolejność składania ofert.

Jeżeli oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienie wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

#### **X. ROZSTRZYgniĘCIE KONKURSU OFERT**

Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienie **do dnia 23.12.2021 r.**

#### **XI. OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

Po rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający zamówienia podpisze z Oferentem umowę w terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert zgodnie z załączonym projektem umowy stanowiącym Załącznik nr 3 do Materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

Udzielający zamówienie dopuszcza możliwość unieważnienia konkursu w całości lub części bez podania przyczyny.

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. przy ul. Zamkowej 4 , 41-803 Zabrze, jako administrator danych osobowych uczestników konkursu informuje , że dane osobowe zawarte w przesłanych dokumentach aplikacyjnych będą przetwarzane wyłącznie dla celów związanych z przeprowadzeniem konkursu, w tym wyborem najlepszej oferty, rozpatrzeniem ewentualnych protestów. Każdemu uczestnikowi przysługuje prawo wglądu w swoje dane i możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne , ale niezbędne do wzięcia udziału w konkursie.

Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu [iod@szpitalzabrze.pl](mailto:iod@szpitalzabrze.pl)

**Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :**

Kierownik Działu Planowania i Rozliczeń Usług Personelu Medycznego - mgr Sylwia Woźniak

Specjalista : mgr Adrianna Wybranowska

Prezes/Z-ca Prezesa Zarządu:

**PAKIET 1** Załącznik nr 1  
**FORMULARZ OFERTOWO/CENOWY ( ZAŁĄCZNIK NR 1 DO UMOWY)**

**I. Dane Oferenta :**

1. Nazwa Oferenta: .....
2. Adres: .....
3. Numer telefonu kontaktowego : ..... e-mail : .....
4. NIP .....
5. PESEL .....
6. REGON .....
7. Numer księgi rejestrowej : .....
8. Organ dokonujący wpisu .....
9. Nr konta bankowego .....

**10. Akceptuję przedstawiony projekt umowy:**

- Załącznik nr 3 (wraz z załącznikami do umowy) .....  
( podpis oferenta)

**II. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za wynagrodzeniem w wysokości :**

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Maksymalna - planowana liczba godzin
W Oddziale Położniczo – Ginekologicznym , Patologii Ciąży, Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy/ Poradnia Położniczo – Ginekologiczna, Ginekologii Onkologicznej i Diagnostyki Prenatalnej CZKiD		
1	świadczenie usług lekarskich w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00 od 01.01.2022 – 28.02.2022rok	260
2	świadczenie usług lekarskich w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00 od 01.03.2022 – 31.05.2023rok	1950

**W okresie 01.01.2022rok – 28.02.2022rok**

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Oddziale Położniczo – Ginekologicznym , Patologii Ciąży, Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy/ Poradnia Położniczo – Ginekologiczna, Ginekologii Onkologicznej i Diagnostyki Prenatalnej w dni ( od poniedziałku do piątku) w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00 ( oraz w godzinach pracy poradni)  
..... zł słownie.....  
( max. 90,00 zł )

Ogółem wartość za świadczenia: 260 godz x .....=.....

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
46/DP/12/2021

**W okresie 01.03.2022rok – 31.05.2023rok**

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Oddziale Położniczo – Ginekologicznym , Patologii Ciąży, Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy/ Poradnia Położniczo – Ginekologiczna, Ginekologii Onkologicznej i Diagnostyki Prenatalnej w dni ( od poniedziałku do piątku) w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00 ( oraz w godzinach pracy poradni)  
..... zł słownie.....  
**Ogółem wartość za świadczenia: 1950 godz x .....=.....** ( max. 100,00 zł )

**Prognozowana wartość usług komercyjnych:** ( należy podać kwotę nie niższą niż 1000,00 zł)  
**Miesięcznie :** .....zł ( słownie : .....)  
**W okresie umowy :** .....zł x 17 miesięcy = .....zł ( słownie.....)  
**Ogółem wartość całego zamówienia :** za okres 01.01.2022 – 28.02.2022rok oraz 01.03.2022 – 31.05.2023r.  
.....złotych , (słownie :.....)  
( suma wszystkich tabel) na godziny dopołudniowe, komercja)

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

1. Udział procentowy należności uzyskanych przez Udzielającego zamówienie po odjęciu kosztów związanych z realizacją usługi zdrowotnej od należności uzyskanych przez Udzielającego zamówienie – z tytułu wykonywania przez Przyjmującego zamówienie odpłatnych świadczeń zdrowotnych – **porad lekarskich** po cenach przewidzianych w cenniku Udzielającego zamówienie w Poradni Położniczo – Ginekologicznej, Ginekologii Onkologicznej i Diagnostyki Prenatalnej Zespołu Poradni Specjalistycznych przy Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka w Zabrze .....% ( słownie : .....procent) **(max: 50%)**
2. Udział procentowy należności uzyskanych przez Udzielającego zamówienie po odjęciu kosztów związanych z realizacją usługi zdrowotnej ( zabiegów operacyjnych , procedur) z tytułu wykonywania przez Przyjmującego zamówienie odpłatnych świadczeń zdrowotnych (komercyjnych) po cenach przewidzianych w cenniku Udzielającego zamówienie.  
.....% ( słownie : .....procent) ) **( max : 50%)**

Ponadto oświadczam , że spełniam opisane poniżej kryteria :

L.p	Nazwa kryterium	spełnia/nie spełnia	podać liczbę lub opis
1.	Doświadczenie zawodowe z zakresu przedmiotu zamówienia (podać ilość lat)		
2.	Doświadczenie w zakresie wykonywania zabiegów położniczo - ginekologicznych minimum 5 lat		

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienie.:  
Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego – Szpital Miejski w Zabrzu oraz w Poradni Położniczo – Ginekologicznej, Ginekologii Onkologicznej i Diagnostyki Prenatalnej - NZOZ Zespołu Poradni Specjalistycznych przy Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka w Zabrzu ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze

.....  
data i podpis Oferenta

....., dn. ....

**„ Oświadczenie Oferenta” ( dotyczy Pakietów 1 i 2)**

Nazwa Oferenta.....

.....

Adres.....

.....

**Niniejszym, oświadczam, że :**

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu , projektem umowy i tym samym je akceptuję.
2. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na okres podany w warunkach konkursu w miejscu wyznaczonym przez Organizatora konkursu i w terminie zgodnym z warunkami konkursu.
3. Jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych firmy przez Szpital Miejski w Zabrze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla potrzeb realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
6. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia.
7. Nie udzielam i nie będę udzielać w trakcie trwania umowy wynikającej z niniejszego konkursu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia jako:
  - a) lekarz prowadzący praktyki zawodowe indywidualne
  - b) lekarz prowadzący praktyki grupowe w formie spółek cywilnych
  - c) lekarz prowadzący indywidualne przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego
  - d) lekarz prowadzący przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w formie spółki cywilnej

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu niniejszego postępowania konkursowego prowadzonego przez Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. zgodnie z przepisami prawa unijnego oraz polskiego w zakresie ochrony danych osobowych.

Zostałam/em poinformowany, że Administratorem Danych Osobowych jest Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze, przy ul. Zamkowej 4, 41-803 Zabrze. Dane zbierane są dla potrzeb rekrutacji. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych wymienionych w niniejszym ogłoszeniu jest dobrowolne i niezbędne do procesu rekrutacji. Podanie dodatkowych danych i informacji, wykraczających poza zakres niniejszego ogłoszenia, nie jest wymagane. ”

miejsce i data

podpis

\* niepotrzebne skreślić



**PAKIET NR 2**

Zabrze, dnia 13.12.2021 r.

**I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych w zakresie: **położnictwa i ginekologii w ramach dyżurów lekarskich**, które udzielane będą na postawie miesięcznego zapotrzebowania, ustalonego dla potrzeb Oddziału, zatwierdzonego każdorazowo przez Kierownika Oddziału Położniczo – Ginekologicznego, Patologii Ciąży i Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy - Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego Udzielającego zamówienie.
2. Realizacja zamówienia – zgodnie z projektem umowy
3. Cena podana przez Oferenta winna być ceną brutto, która zawiera już wszystkie elementy cenotwórcze.
4. Proponowana cena za świadczenia zdrowotne jest obowiązująca przez cały okres obowiązywania umowy a liczba świadczeń wskazana w formularzu cenowym (**Załączniku nr 1**) jest szacunkowa i nie stanowi podstawy jakichkolwiek roszczeń ze strony Oferenta.
5. Świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.
6. Dyżury lekarskie pełnione będą w dni :
  - a) powszednie :
    - od poniedziałku do piątku (od godziny 15:00 do godziny 7:25),
    - w soboty (od godziny 7:25 do godziny 7:25 )
  - b) świąteczne :
    - niedziele , święta ( od godziny 7:25 do godziny 7:25 )zgodnie z comiesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym i zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału według aktualnych potrzeb Udzielającego zamówienie.
7. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa załącznik Nr 1 niniejszych materiałów.

**II. TERMIN WYKONANIA UMOWY**

1. Termin wykonania umowy: od dnia **01.01.2022 r. do dnia 31.05.2023 r.**
2. Udzielający zamówienie zastrzega możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą , w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielenie przedmiotowego zamówienia.

**III. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferent przedstawia tylko jedną ofertę.
2. Oferta musi być złożona w trwale zamkniętej kopercie. Na kopercie należy umieścić :
  - Nazwa , dokładny adres oferenta, numer telefonu
  - Numer postępowania konkursowego
  - Napis określający przedmiot postępowania konkursowego
  - Napis „ nie otwierać przed dniem 22.12.2021r do godz. 09:00”.

Pierwsza strona oferty powinna zawierać :

- Łączną ilość stron oferty
  - Spis zawartości koperty tj. spis treści zawierający wykaz złożonych dokumentów z podaniem numeru strony, na której dany dokument się znajduje
3. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA WYMAGA PRZEDSTAWIENIA OFERTY NA ZAŁĄCZONYCH DRUKACH (Załączniki nr 1, 2).
  4. Oferta musi być kompletna.
  5. Oferta musi być sporządzona w języku polskim i podpisana przez Oferenta.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
46/DP/12/2021

6. Każda strona powinna być opatrzona podpisem Oferenta oraz kolejnym numerem nadanym przez Oferenta.
7. Udzielający zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych.
8. **Kserokopie dokumentów winny być uwierzytelnione za zgodność z oryginałem przez Oferenta.**
9. Ewentualne błędy wymagają czytelnego skreślenia niewłaściwej treści oraz naniesienia poprawek. Każda poprawka musi być sygnowana podpisem Oferenta i datą jej dokonania.
10. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

**V. WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM**

**1. Wymagania wobec oferentów prowadzących indywidualne praktyki lekarskie**

**Wymagane dokumenty:**

- a) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
- b) Księga rejestrowa potwierdzająca wpis do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą Okręgową Izbę Lekarską, potwierdzoną za zgodność z oryginałem. Księga winna zawierać potwierdzenie działalności w dziedzinie medycznej dotyczącej przedmiotu zamówienia
- c) Zaświadczenie lub poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- d) Zaświadczenie lub poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej ( NIP )
- e) Dyplom lekarza
- f) Dyplom specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii ( I lub II stopnia)
- g) prawo wykonywania zawodu lekarza
- h) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie dyżurów lekarskich ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- i) aktualna polisa ubezpieczenia OC ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- j) zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia – jeśli posiada

**Oferent winien dostarczyć wraz z ofertą następujące dokumenty:**

1. Formularz Ofertowo - cenowy ( Załącznik Nr 1 )
2. Oświadczenie Oferenta ( Załącznik Nr 2 )
3. Dokumenty wymagane zgodnie z punktem „IV wymagania stawiane Oferentom „, niniejszych materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

**V. WARUNKI PŁATNOŚCI**

Zgodnie z projektem umowy

**VI. WARUNKI REALIZACJI ZLECONYCH ŚWIADCZEŃ**

1. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa Załącznik Nr 1. Liczba planowanych świadczeń do zrealizowania może się zmienić ( zmniejszyć ) w zależności od zapotrzebowania – wg potrzeb Udzielającego zamówienie.
2. Szpital oczekiwany będzie od Przyjmującego zamówienie wykonania usługi w zakresie świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie jakościowym, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy, normami, sztuką i etyką zawodową, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z zapotrzebowaniem zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału Położniczo - Ginekologicznego, Patologii Ciąży i Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy CZKiD im. Prof. Wojciecha Starzewskiego Udzielającego zamówienie.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
46/DP/12/2021

4. Przyjmujący zamówienie przejmuje pełną odpowiedzialność za dokładność i sumiennosc wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest posiadać ważne dokumenty potwierdzające uprawnienia w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia.
6. Udzielający zamówienie zobowiązuje się do udostępnienia bazy lokalowej, sprzętu medycznego oraz innych środków do realizacji świadczeń zdrowotnych będących w posiadaniu Udzielającego zamówienie i możliwych do udostępnienia.
7. Niniejsze Szczegółowe warunki konkursu będą stanowić integralną część umowy podpisanej z wybranym Oferentem.
8. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych Warunkach będą zawarte w umowie podpisanej z Oferentem wybranym w przedmiotowym postępowaniu, której projekt stanowi załącznik nr 3, a której akceptacja jest warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu.

#### **VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT ORAZ OTWARCIA OFERT**

Oferta musi być złożona **do dnia 22.12.2021 r. do godz. 08:30** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

W przypadku ofert przesłanych pocztą za datę oraz godzinę złożenia uważa się datę oraz godzinę wpływu oferty do siedziby Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

Otwarcie ofert odbędzie się **dnia 22.12.2021 r. o godz. 09:00** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sala konferencyjna – budynek Dyrekcji.

#### **VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

#### **IX. OCENA OFERT**

**Wybór najkorzystniejszej oferty dokonany zostanie na podstawie kryterium „Cena” oraz dodatkowego kryterium**

1. **Cena 85%**
2. **Dodatkowe kryterium : doświadczenie zawodowe w zakresie przedmiotu zamówienia - max 15 pkt**
  - a) od 2 do 7 lat ( I ° specjalizacji – 3 pkt) ; ( II ° specjalizacji – 5 pkt)
  - b) powyżej 7 do 15 lat ( I ° specjalizacji – 8 pkt); (II ° specjalizacji – 10 pkt)
  - c) powyżej 15 lat ( I ° specjalizacji – 10 pkt); (II ° specjalizacji – 15 pkt)

Kryterium ceny będzie rozpatrywane na podstawie oferty podanej przez Oferenta na formularzu oferowo – cenowym (Załącznik nr 1).

Kryterium dodatkowe na powyższych zasadach będzie rozpatrywane na podstawie przedłożonych dokumentów.

Punktacja za cenę będzie obliczona na podstawie wzoru:

$$P = \frac{\text{cena najniższa spośród ofert}}{\text{cena badanej oferty}} \times 85 + \text{punkty za kryterium dodatkowe}$$

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

Nie spełnienie wymogów określonych w pkt IV Materiałów dot. Konkursu Ofert powoduje odrzucenie oferty. Oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans punktów (maksymalna liczba przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryterium) zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja świadczenia usług zostanie powierzona Oferentowi, którego oferta uzyska najwyższą ilość punktów lub takiej liczbie Oferentów zgodnej z

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
46/DP/12/2021

zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia i jednocześnie których oferta będzie miała najkorzystniejszy w rankingu bilans punktów. **(maksymalnie : 5 osób )**

Jeżeli oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienie wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

**X. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU OFERT**

Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienie **do dnia 23.12.2021 r.**

W przypadku uzyskania przez większą liczbę Oferentów takiej samej liczby punktów, Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo wezwania wszystkich tych oferentów do złożenia ofert dodatkowych.

**XI. OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

Po rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający zamówienia podpisze z Oferentem umowę w terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert zgodnie z załączonym projektem umowy stanowiącym Załącznik nr 3 do Materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość unieważnienia konkursu w całości lub części bez podania przyczyny.

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. przy ul. Zamkowej 4 , 41-803 Zabrze, jako administrator danych osobowych uczestników konkursu informuje , że dane osobowe zawarte w przesłanych dokumentach aplikacyjnych będą przetwarzane wyłącznie dla celów związanych z przeprowadzeniem konkursu, w tym wyborem najlepszej oferty, rozpatrzeniem ewentualnych protestów. Każdemu uczestnikowi przysługuje prawo wglądu w swoje dane i możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne , ale niezbędne do wzięcia udziału w konkursie.

Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu [iod@szpitalzabrze.pl](mailto:iod@szpitalzabrze.pl)

**Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :**

Kierownik Działu Planowania i Rozliczeń Usług Personelu Medycznego - mgr Sylwia Woźniak  
Specjalista : mgr Adrianna Wybranowska

Z-ca Prezesa Zarządu..... Prezes Zarządu.....

**Pakiet NR 2**

Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWO/CENOWY ( ZAŁĄCZNIK NR 1 DO UMOWY)**

**I. Dane Oferenta :**

4. Nazwa Oferenta: .....

5. Adres: .....

6. Numer telefonu kontaktowego : ..... e-mail : .....

4. NIP .....

5. PESEL .....

6. REGON .....

7. Numer księgi rejestrowej : .....

8. Organ dokonujący wpisu .....

9. Nr konta bankowego .....

**10. Akceptuję przedstawiony projekt umowy:**

- Załącznik nr 3 (wraz z załącznikami do umowy) .....  
( podpis oferenta)

**II. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za wynagrodzeniem w wysokości :**

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Planowana liczba godzin dyżurów
W Oddziale Położniczo – Ginekologicznym , Patologii Ciąży, Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy CZKiD		
1.	Dyżur zwykły/święteczny od 01.01.2022 – 28.02.2022rok	260
2.	Dyżur zwykły/święteczny od 01.03.2022 – 31.05.2023rok	1950

**W okresie 01.01.2022rok – 28.02.2022rok**

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego w <b>Oddziale Położniczo – Ginekologicznym , Patologii Ciąży, Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy CZKiD</b> w dni ( od poniedziałku do piątku) od godziny 15:00 – 07:25, ( soboty) od godziny 07:25 – 07:25 , (w niedziele i święta) od godziny 07:25-07:25) .....zł słownie..... <b>Ogółem wartość za dyżury: 260 godz x .....=.....</b> <p style="text-align: right;">( max. 100,00 zł )</p>
---

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
46/DP/12/2021

**W okresie 01.03.2022 – 31.05.2023**

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego **Oddziale Położniczo – Ginekologicznym , Patologii Ciąży, Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy CZKiD** w dni ( od poniedziałku do piątku) od godziny 15:00 – 07:25, ( soboty) od godziny 07:25 – 07:25 , (w niedziele i święta) od godziny 07:25-07:25) .....zł słownie.....

( max. 120 zł)

**Ogółem wartość za dyżury: 1950 godz x .....=.....**

**Ogółem wartość całego zamówienia : za okres 01.01.2022 – 28.02.2022rok oraz 01.03.2022 – 31.05.2023r.**

.....złoty, (słownie :.....)

(suma wszystkich tabel)

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienie.:  
Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.  
ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze

.....  
data i podpis Oferenta

....., dn. ....

**„ Oświadczenie Oferenta” ( dotyczy Pakietów 1 i 2)**

Nazwa Oferenta.....

.....

Adres.....

.....

**Niniejszym, oświadczam, że :**

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu , projektem umowy i tym samym je akceptuję.
2. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na okres podany w warunkach konkursu w miejscu wyznaczonym przez Organizatora konkursu i w terminie zgodnym z warunkami konkursu.
3. Jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych firmy przez Szpital Miejski w Zabrze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla potrzeb realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
6. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia.
7. Nie udzielam i nie będę udzielać w trakcie trwania umowy wynikającej z niniejszego konkursu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia jako:
  - a) lekarz prowadzący praktyki zawodowe indywidualne
  - b) lekarz prowadzący praktyki grupowe w formie spółek cywilnych
  - c) lekarz prowadzący indywidualne przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego
  - d) lekarz prowadzący przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w formie spółki cywilnej

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu niniejszego postępowania konkursowego prowadzonego przez Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. zgodnie z przepisami prawa unijnego oraz polskiego w zakresie ochrony danych osobowych.

Zostałam/em poinformowany, że Administratorem Danych Osobowych jest Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze, przy ul. Zamkowej 4, 41-803 Zabrze. Dane zbierane są dla potrzeb rekrutacji. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych wymienionych w niniejszym ogłoszeniu jest dobrowolne i niezbędne do procesu rekrutacji. Podanie dodatkowych danych i informacji, wykraczających poza zakres niniejszego ogłoszenia, nie jest wymagane. ”

**miejsce i data**

**podpis Oferenta**

\* niepotrzebne skreślić