

**Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.**  
**ul. Zamkowa 4 , 41-803 Zabrze**

**tel.: (32) 277-61-00 w.121, (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:**

<b>Pakiet nr 1</b>	wykonywania zawodu pielęgniarki operacyjnej
<b>Pakiet nr 2</b>	wykonywania zawodu pielęgniarki anestezjologicznej
<b>Pakiet nr 3</b>	wykonywania zawodu pielęgniarki w oddziałach zachowawczych i zabiegowych
<b>Pakiet nr 4</b>	wykonywanie zawodu pielęgniarki na rzecz pacjentów przewlekle chorych
<b>Pakiet nr 5</b>	wykonywanie zawodu położnej operacyjnej
<b>Pakiet nr 6</b>	wykonywanie zawodu położnej

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), zwanej dalej Ustawą 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 Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy nie będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej DZ.U. Nr 293 poz. 1728 oraz w oparciu o wewnętrzne przepisy prawne Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., zwanego dalej Udzielającym zamówienie.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
10/DP/02/2022

Zabrze, dnia 23.02.2022 r.

## **I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie :

<b>Pakiet nr 1</b>	wykonywania zawodu pielęgniarki operacyjnej
<b>Pakiet nr 2</b>	wykonywania zawodu pielęgniarki anestezjologicznej
<b>Pakiet nr 3</b>	wykonywania zawodu pielęgniarki w oddziałach zachowawczych i zabiegowych
<b>Pakiet nr 4</b>	wykonywanie zawodu pielęgniarki na rzecz pacjentów przewlekle chorych
<b>Pakiet nr 5</b>	wykonywanie zawodu położnej operacyjnej
<b>Pakiet nr 6</b>	wykonywanie zawodu położnej

Ceny podawane przez Oferenta winny być cenami brutto, które zawierają już wszystkie elementy cenotwórcze.

- Planowana liczba świadczeń wskazana w formularzu cenowym (Załączniku nr 3) dla każdego z pakietów jest szacunkowa i nie stanowi podstawy jakichkolwiek roszczeń ze strony Oferenta.
- Świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.
- Świadczenia zdrowotne w zakresie: pakietów od 1 - 6** udzielane będą w **godzinach pomiędzy 7<sup>00</sup> - 19<sup>00</sup>** oraz pomiędzy 19<sup>00</sup> - 7<sup>00</sup> od poniedziałku do piątku oraz w soboty, niedziele i święta zgodnie z comiesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę/Położną Oddziałową, zatwierdzonym przez Naczelną Pielęgniarkę

## **II. TERMIN WYKONANIA UMOWY**

- Termin wykonania umowy: od dnia **01.04.2022 r. do dnia 28.02.2023 r.**
- Udzielający zamówienie zastrzega możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą, w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielenie przedmiotowego zamówienia. W razie zawarcia umowy po dniu 01.04.2022r. Udzielający zamówienie zastrzega możliwość późniejszego rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych.

## **III. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

- Oferent przedstawia tylko jedną ofertę na jeden pakiet.
- Oferta musi być złożona w trwale zamkniętej kopercie. Na kopercie należy umieścić :
  - Nazwa Oferenta/Nazwisko i imię Oferenta
  - Dokładny adres oferenta, numer telefonu
  - Numer postępowania konkursowego : 10/DP/02/2022
  - Napis określający przedmiot postępowania konkursowego – Nr pakietu
  - Napis „, nie otwierać przed dniem 22.03.2022r do godz. 08.30”.

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
- UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA WYMAGA PRZEDSTAWIENIA OFERTY NA ZAŁĄCZONYCH DRUKACH** (Załączniki nr 1-5) wraz wymaganymi dokumentami. Załącznik nr 3 formularz cenowy Oferent składa na te Pakiety, do której oferty przystępuje.
  - Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość składania ofert częściowych. Za ofertę częściową uważa się przedstawienie oferty w zakresie jednego lub kilku pakietów wymienionych w Załączniku nr 3 Materiałów. Oferta w zakresie wybranego (oferowanego) pakietu musi być kompletna, tzn. obejmować wszystkie pozycje wyszczególnione w Pakiecie.
  - Oferta musi być sporządzona w języku polskim i podpisana przez Oferenta.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
10/DP/02/2022

6. Każda strona powinna być opatrzona podpisem Oferenta oraz kolejnym numerem nadanym przez Oferenta.
7. Kserokopie dokumentów winny być uwierzytelnione za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
8. Ewentualne błędy wymagają czytelnego skreślenia niewłaściwej treści oraz naniesienia poprawek. Każda poprawka musi być sygnowana podpisem Oferenta i datą jej dokonania.
9. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.
10. Dzień i godzina złożenia oferty zostaną potwierdzone przez sekretariat Udzielającego zamówienie.

#### **IV. WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM**

##### **Wymagania wobec osób udzielających świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego Konkursu**

1. Osoba ubiegająca się o udzielanie świadczeń zdrowotnych posiada podstawowe zatrudnienie na podstawie umowy o pracę w innym zakładzie pracy i osiąga minimalne wynagrodzenie zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z 14 września 2021 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2022 r. ( Dz.U. z 2021r. , poz. 1690) - ze zmianami na 2023 rok.

W celu potwierdzenia w/w warunków osoba składa oświadczenie zgodnie z załącznikiem Nr 4 niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na Świadczenia Zdrowotne oraz aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu.

3. Osoby nie spełniające w/w warunku lub uprawnione do świadczeń emerytalnych – zgodnie z zapisami projektu umowy .

##### **Pakiet nr 1**

##### **Wykonywanie zawodu pielęgniarki operacyjnej**

- Dyplom ukończenia szkoły medycznej na kierunku pielęgniarstwo
- prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
- kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie pielęgniarstwa ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- aktualna polisa ubezpieczenia OC ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia ( świadectwa pracy) jeśli posiada
- aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę z zakładu pracy ( złożyć do oferty lub najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)

##### **dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :**

- Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydane przez Wojewodę lub przez Ministra Zdrowia, wraz z księgą rejestrową,
- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
- Zaświadczenie/Poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- Zaświadczenie/ Poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej ( NIP )

### **Pakiet nr 2**

#### **Wykonywanie zawodu pielęgniarki anestezjologicznej**

- Dyplom ukończenia szkoły medycznej na kierunku pielęgniarstwo
- prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
- kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego ( lub pokrewne)
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie pielęgniarstwa ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- aktualna polisa ubezpieczenia OC ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia ( świadectwa pracy) jeśli posiada
- aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę z zakładu pracy ( złożyć do oferty lub najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)

#### **dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :**

- Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydane przez Wojewodę lub przez Ministra Zdrowia, wraz z księgą rejestrową,
- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
- Zaświadczenie/ Poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- Zaświadczenie/ Poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej ( NIP )

### **Pakiet nr 3**

#### **Wykonywanie zawodu pielęgniarki w oddziałach zachowawczo-zabiegowych**

- Dyplom ukończenia szkoły medycznej na kierunku pielęgniarstwo
- prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
- kursy, szkolenia dotyczące przedmiotu zamówienia jeśli posiada
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie pielęgniarstwa ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- aktualna polisa ubezpieczenia OC ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia ( świadectwa pracy) jeśli posiada
- aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę z zakładu pracy ( złożyć do oferty lub najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)

#### **dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :**

- Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydane przez Wojewodę lub przez Ministra Zdrowia, wraz z księgą rejestrową,
- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
- Zaświadczenie/ Poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- Zaświadczenie/ Poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej ( NIP )

#### **Pakiet nr 4**

##### **Wykonywanie zawodu pielęgniarki na rzecz pacjentów przewlekle chorych**

- Dyplom ukończenia szkoły medycznej na kierunku pielęgniarstwo
- prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
- kursy, szkolenia dotyczące przedmiotu zamówienia jeśli posiada
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie przedmiotu zamówienia( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- aktualna polisa ubezpieczenia OC ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia ( świadectwa pracy) jeśli posiada
- aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę z zakładu pracy ( złożyć do oferty lub najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)

##### **dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :**

- Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydane przez Wojewodę lub przez Ministra Zdrowia, wraz z księgą rejestrową,
- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
- Zaświadczenie/ Poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- Zaświadczenie/ Poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej ( NIP )

#### **Pakiet nr 5**

##### **Wykonywanie zawodu położnej operacyjnej**

- Dyplom ukończenia szkoły medycznej na kierunku położnictwo
- prawo wykonywania zawodu położnej
- kursy, szkolenia dotyczące przedmiotu zamówienia ( kurs pielęgniarstwo operacyjne)
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie niniejszej umowy( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- zaświadczenie potwierdzające doświadczenie w pracy na bloku operacyjnym
- aktualna polisa ubezpieczenia OC ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia ( świadectwa pracy) jeśli posiada
- aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę z zakładu pracy ( złożyć do oferty lub najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)

##### **dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :**

- Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydane przez Wojewodę lub przez Ministra Zdrowia, wraz z księgą rejestrową,
- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
- Zaświadczenie/ Poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- Zaświadczenie/ Poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej ( NIP )

**Pakiet nr 6**

**Wykonywanie zawodu położnej**

- Dyplom ukończenia szkoły medycznej na kierunku położnictwo
- Prawo wykonywania zawodu położnej
- kursy, szkolenia dotyczące przedmiotu zamówienia jeśli posiada
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie niniejszej umowy( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- aktualna polisa ubezpieczenia OC ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia ( świadectwa pracy) jeśli posiada
- aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę z zakładu pracy ( złożyć do oferty lub najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)

**dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :**

- Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydane przez Wojewodę lub przez Ministra Zdrowia, wraz z księgą rejestrową,
- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
- Zaświadczenie/ Poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- Zaświadczenie/ Poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej ( NIP )

**UWAGA ( DOT. WSZYSTKICH PAKIETÓW )**

Oferent, którego oferta została wybrana w niniejszym konkursie powinien dostarczyć zaświadczenie o szkoleniu bhp oraz wynik badania w kierunku nosicielstwa MRSA przed podpisaniem umowy lub najpóźniej dzień przed rozpoczęciem świadczenia usług zdrowotnych.

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

1. Formularz ofertowy ( załącznik Nr 1 )
2. Oświadczenie Oferenta ( załącznik Nr 2 )
3. Formularz cenowy ( załącznik Nr 3 )
4. Oświadczenie ( załącznik Nr 4 )
5. Oświadczenie Pielęgniarki/Położnej ( załącznik nr 5)
6. Dokumenty wymagane zgodnie z wybranym pakietem podane w punkcie „*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 3 – Formularz cenowy dla Pakietów 1-6 dla każdego pakietu oddzielnie. Liczba planowanych świadczeń do zrealizowania może się zmienić (zmniejszyć) w zależności od zapotrzebowania.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
10/DP/02/2022

2. 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.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z terminami określonymi w Umowie.
4. Przyjmujący zamówienie przejmuje odpowiedzialność za dokładność i sumiennosc wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest posiadać ważne dokumenty potwierdzające uprawnienia w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia.
6. Niniejsze szczegółowe warunki konkursu będą stanowić integralną część umowy podpisanej z wybranym Oferentem.
7. 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 6, a której akceptacja jest warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu.

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

Oferta musi być złożona **do dnia 22.03.2022 r. do godz. 08.00** 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 22.03.2022 r. o godz. 08.30** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Aula I piętro – budynek Dyrekcji.

## **VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

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

## **IX. OCENA OFERT**

- **Wybór najkorzystniejszej oferty dla Pakietów od nr 1 do nr 6 dokonany zostanie na podstawie kryterium ceny „Cena” oraz dodatkowych kryteriów**

**1. Cena 80%**

**2. Dodatkowe kryteria :**

**a. Doświadczenie zawodowe w zakresie przedmiotu zamówienia ( max 10 pkt )**

- 5-8 lat ( 5 pkt )
- 9-15 lat ( 9 pkt )
- powyżej 15 lat ( 10 pkt )

**b. Kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne dotyczące przedmiotu zamówienia ( max 10 pkt )**

- specjalizacja ( dot. przedmiotu zamówienia ) ( 10 pkt )
- kurs kwalifikacyjny ( dot. przedmiotu zamówienia ) ( 6 pkt )
- kurs specjalistyczny ( dot. przedmiotu zamówienia ) ( 4 pkt )

Kryterium ceny będzie rozpatrywane na podstawie oferty podanej przez Oferenta na formularzu cenowym (Załącznik nr 3).

Kryteria dodatkowe ( doświadczenie zawodowe oraz kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne) będą oceniane na podstawie załączonych dokumentów ( świadectwa pracy , zaświadczenia o zatrudnieniu

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
10/DP/02/2022

oraz zaświadczenia o odbytych kursach, certyfikaty itp.) za dany rodzaj kursu lub specjalizacji punkty przyznaje się tylko raz np. za posiadanie dwóch różnych kursów kwalifikacyjnych można otrzymać max. 6 pkt.

Punktacja za cenę będzie obliczona na podstawie wzoru:

$$P = \frac{\text{cena najniższa spośród ofert}}{\text{cena badanej oferty}} \times 80 + \text{punkty za kryterium dodatkowe}$$

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

**Nie spełnienie wymogów określonych w pkt IV Materiałów dot. szczegółowych warunków 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 zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie i jednocześnie których oferta będzie miała najkorzystniejszy w rankingu bilans punktów tj.

- a. Pakiet 1 - ( max 14 osób)
- b. Pakiet 2 – ( max 15 osób )
- c. Pakiet 3 – ( max 22 osoby)
- d. Pakiet 4 – ( max 2 osoby)
- e. Pakiet 5 – ( max 5 osób)
- f. Pakiet 6 – ( max 16 osób)

W przypadku większej niż ta wskazana powyżej liczby Oferentów , którzy uzyskali taką samą liczbę punktów do danego Pakietu, spełniających na równi wymogi określone w szczegółowych warunkach konkursu, Udzielający zamówienie weźmie pod uwagę kolejność składania ofert ( data , godzina)

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

#### **X. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU OFERT**

Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienie **do dnia 24.03.2022 r.**

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

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

Po rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający zamówienia podpisze z Oferentem/Oferentami umowę/y w terminie nie krótszym niż 7 dni, od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert zgodnie z załączonym projektem umowy stanowiącym Załącznik nr 6 (wraz z załącznikami do umowy) 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



Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
10/DP/02/2022

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

Zatwierdzamy :

Prezes Zarządu /Z-ca Prezesa Zarządu

.....

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Nazwa/Imię i nazwisko Oferenta: .....
2. Adres: .....
3. Numer telefonu kontaktowego : .....
4. PESEL .....
6. REGON .....
7. Numer wpisu do właściwego rejestru .....
8. Organ dokonujący wpisu .....
9. Akceptuję przedstawiony projekt umowy:
  - Załącznik nr 6 (wraz z załącznikami nr 1, 2, 3,4 ) do umowy .....( podpis oferenta)

**pakiet nr 1**  
**pakiet nr 2**  
**pakiet nr 3**  
**pakiet nr 4**  
**pakiet nr 5**  
**pakiet nr 6**  
**(zaznaczyć właściwy pakiet)**

**Całkowita wartość planowanych świadczeń wynosi: .....**  
**wartość brutto ..... zł**  
**(słownie .....)**

- uzupełnić wartość tylko na wybrany pakiet

.....  
*podpis oferenta*

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

**„ Oświadczenie Oferenta”**

Imiona Nazwisko /Nazwa Oferenta

Adres.....

**Niniejszym, oświadczam, że :**

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu , projektem umowy i tym samym je akceptuję.
2. Zobowiązuje 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/nie 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/moich danych\* dot. nazwy/ imienia i nazwiska\*, prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego 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.

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie pracy 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

**FORMULARZ CENOWY ( załącznik nr 1 umowy)**

**Pakiet nr 1**

Wykonywanie zawodu pielęgniarki operacyjnej

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa świadczenia</b>	<b>Planowana liczba godzin na jedną osobę w okresie umowy</b>	<b>Cena jednostkowa brutto 1 godziny (określona w pkt. 1 pod niniejszą tabelą)</b>	<b>Wartość brutto ogółem wszystkich godzin</b>
1.	Wykonywanie zawodu pielęgniarki operacyjnej w godzinach pomiędzy 7:00 – 19:00 oraz 19:00 – 07:00	935		

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w godzinach **pomiędzy 07:00-19:00**

.....zł słownie..... ( **max. 60,00 zł** )

2. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w godzinach **pomiędzy 19:00 – 07:00**

.....zł słownie..... ( **max. 55,00 zł** )

( należy uzupełnić pkt 1 i 2 )

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpital Miejski w Zabrze (I Blok Operacyjny )
- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Blok Operacyjny CZKiD

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia: .....

.....  
*Podpis Oferenta*

**FORMULARZ CENOWY( załącznik nr 1 umowy)**

**Pakiet nr 2**

Wykonywanie zawodu pielęgniarki anestezjologicznej

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa świadczenia</b>	<b>Planowana liczba godzin na jedną osobę w okresie umowy</b>	<b>Cena jednostkowa brutto 1 godziny (określona w pkt. 1 pod niniejszą tabelą)</b>	<b>Wartość brutto ogółem wszystkich godzin</b>
1.	Wykonywanie zawodu pielęgniarki operacyjnej w godzinach pomiędzy 7:00 – 19:00 oraz 19:00 – 07:00	935		

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w godzinach **pomiędzy 07:00-19:00**

.....zł słownie..... ( **max. 60,00 zł** )

2. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w godzinach **pomiędzy 19:00 – 07:00**

.....zł słownie..... ( **max. 55,00 zł** )

( należy uzupełnić pkt 1 i 2 )

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpital Miejski w Zabrze (I Blok Operacyjny ), Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Medycznej

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia: .....

.....  
*Podpis Oferenta*

**FORMULARZ CENOWY( załącznik nr 1 umowy)**

**Pakiet nr 3**

Wykonywanie zawodu pielęgniarki w oddziałach zachowawczo-zabiegowych

Lp.	Nazwa świadczenia	Planowana liczba godzin na jedną osobę	Cena jednostkowa brutto 1 godziny	Wartość brutto ogółem wszystkich godzin
1.	Wykonywanie zawodu pielęgniarki w oddziałach zachowawczo-zabiegowych	935		

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę .....zł  
słownie..... ( max. 49,00 zł )

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpital Miejski w Zabrze – Oddziały szpitalne

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia: .....

.....  
*Podpis Oferenta*

**FORMULARZ CENOWY( załącznik nr 1 umowy)**

**Pakiet nr 4**

**WYKONYWANIE ZAWODU PIEŁĘGNIARKI NA RZECZ PACJENTÓW PRZEWLEKLE  
CHORYCH**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa świadczenia</b>	<b>Planowana liczba godzin na jedną osobę</b>	<b>Cena jednostkowa brutto 1 godziny</b>	<b>Wartość brutto ogółem wszystkich godzin</b>
1.	Wykonywanie zawodu pielęgniarki na rzecz pacjentów przewlekle chorych	935		

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę .....zł  
słownie..... ( **max. 49,00 zł** )

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpital Miejski w Zabrze – Oddziały szpitalne
- Zabrzeńskie Centrum Opieki Długoterminowej – Zakład Opiekuńczo – Leczniczy  
41-806 Zabrze, ul. Janika 18

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia: .....

.....  
*Podpis Oferenta*

**FORMULARZ CENOWY( załącznik nr 1 umowy)**

**Pakiet nr 5**

Wykonywanie zawodu położnej operacyjnej

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa świadczenia</b>	<b>Planowana liczba godzin na jedną osobę w okresie umowy</b>	<b>Cena jednostkowa brutto 1 godziny (określona w pkt. 1 pod niniejszą tabelą)</b>	<b>Wartość brutto ogółem wszystkich godzin</b>
1.	Wykonywanie zawodu pielęgniarki operacyjnej w godzinach pomiędzy 7:00 – 19:00 oraz 19:00 – 07:00	935		

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w godzinach **pomiędzy 07:00-19:00**

.....zł słownie..... ( **max. 60,00 zł** )

2. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w godzinach **pomiędzy 19:00 – 07:00**

.....zł słownie..... ( **max. 55,00 zł** )

( należy uzupełnić pkt 1 i 2 )

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Blok Operacyjny CZKiD

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia: .....

.....  
*Podpis Oferenta*



Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
10/DP/02/2022

**FORMULARZ CENOWY( załącznik nr 1 umowy)**

**Pakiet nr 6**

**POŁOŻNA**

Lp.	Nazwa świadczenia	Planowana liczba godzin na jedną osobę	Cena jednostkowa brutto 1 godziny	Wartość brutto ogółem wszystkich godzin
1.	Położna	935		

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę .....zł  
słownie..... ( max. **49,00 zł** )

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia: .....

.....  
*Podpis Oferenta*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA** ( dotyczy osób fizycznych)

PESEL.....

Nazwisko i imiona .....

**Oświadczam, że:**

Jestem/nie jestem\* zatrudniony na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia\* u innego pracodawcy, ubezpieczony w ZUS/KRUS\* i osiągam/ nie osiągam\* wynagrodzenie wyższe niż minimalne określone przez M.P.i P.S. **3010,00 zł w 2022 roku** brutto miesięcznie ( ze zmianami na rok 2023), odprowadzam składki z innego tytułu ; Tak/Nie (z jakiego).....

.....  
(nazwa zakładu pracy, adres, wymiar czasu pracy)

Jestem / nie jestem emerytem / rencistą\*

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania zleceniodawcy o wszelkich zmianach w treści niniejszego oświadczenia.

.....  
**(data i podpis składającego oświadczenie)**

\*) Niepotrzebne skreślić

Zabrze, dnia ..... r.

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(nazwa komórki organizacyjnej- oddział)

.....  
(stanowisko)

**O Ś W I A D C Z E N I E  
PIEŁĘGNIARKI/POŁOŻNEJ**

Niniejszym oświadczam, że nie będę udzielał/udzielała w roku 2021/2022 świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia jako podmiot:

1. pielęgniarki i położne prowadzący praktyki zawodowe indywidualne,
2. pielęgniarki i położne prowadzący praktyki grupowe w formie spółek cywilnych,
3. inne niż lekarze, pielęgniarki i położne osoby wykonujące zawód medyczny lub psychologowie udzielający świadczeń indywidualnie bądź w formie spółki cywilnej,
4. pielęgniarki, położne oraz inne osoby wykonujące zawód medyczny lub psychologowie prowadzący indywidualnie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego,
5. pielęgniarki, położne oraz inne osoby wykonujące zawód medyczny lub psychologowie prowadzący przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w formie spółki cywilnej.

.....  
(czytelny podpis)