

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
30/DP/09/2022

**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:**

*Wykonywania lekarskich świadczeń zdrowotnych z zakresu neurologii*

*w ramach dyżurów lekarskich*

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( tekst jedn. DZ.U. z 2022r., poz. 633), 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, 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  
30/DP/09/2022

Zabrze, dnia 01.09.2022 r.

### **I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych w zakresie **wykonywania czynności lekarza w dziedzinie neurologii w ramach dyżurów lekarskich**, które udzielane będą na postawie miesięcznego zapotrzebowania, ustalonego dla potrzeb Oddziału oraz zatwierdzonego każdorazowo przez Kierownika Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym Udzielającego zamówienie.
2. Realizacja zamówienia polega w szczególności na :
  - a. wykonywaniu czynności służących zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjentów i pozostawaniu w gotowości do ich wykonywania oraz wykonywaniu procedur medycznych zgodnych z umową wiążącą Udzielającego zamówienie z NFZ.
  - b. na leczeniu i sprawowaniu całodobowej opieki medycznej nad pacjentami
  - c. badaniu , kwalifikacji i przyjęciu pacjentów kierowanych na Oddział
  - d. konsultowaniu pacjentów przebywających w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym oraz w innych komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienie w razie doraźnej potrzeby
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 3**) 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 zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału Udzielającego zamówienie.
7. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa załącznik Nr 3 niniejszych materiałów.

### **II. TERMIN WYKONANIA UMOWY**

1. Termin wykonania umowy: od dnia **01.10.2022 r. do dnia 31.03.2023 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 oferenta , dokładny adres oferenta, numer telefonu
  - Numer postępowania konkursowego
  - Napis określający przedmiot postępowania konkursowego
  - Napis „, nie otwierać przed dniem 21.09.2022r 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
3. **UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA WYMAGA PRZEDSTAWIENIA OFERTY NA ZAŁĄCZONYCH DRUKACH (Załączniki nr 1, 2, 3,4).**
  4. Oferta musi być kompletna.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
30/DP/09/2022

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. Każda poprawka musi być sygnowana podpisem Oferenta i datą jej dokonania.
10. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

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

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

###### **a. Wymagane dokumenty:**

- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
- wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich w Izbie Lekarskiej ( księga rejestrowa)
- Zaświadczenie lub poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- Zaświadczenie lub poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej ( NIP )
- Dyplom lekarza
- Dyplom specjalisty w zakresie neurologii, specjalizacja (jeśli posiada)
- prawo wykonywania zawodu lekarza
- 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)
- aktualna polisa ubezpieczenia OC ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia- jeśli posiada
- opinia kierownika specjalizacji na temat pełnienia samodzielnych dyżurów przez lekarza w trakcie specjalizacji
- karta szkolenia specjalizacyjnego (*minimum rok od rozpoczęcia specjalizacji*)

##### **2. Wymagania wobec oferentów nie prowadzących działalności gospodarczej**

*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 minimalnej stawki godzinowej w 2022 r. ( Dz.U. z 2021r., poz. 1690 ze zm.)*

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

###### **b. Wymagane dokumenty:**

- Dyplom lekarza
- Dyplom specjalisty w zakresie neurologii, specjalizacja (jeśli posiada)
- prawo wykonywania zawodu lekarza
- 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)
- aktualna polisa ubezpieczenia OC ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia – jeśli posiada
- opinia kierownika specjalizacji na temat pełnienia samodzielnych dyżurów przez lekarza w

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
30/DP/09/2022

trakcie specjalizacji

- karta szkolenia specjalizacyjnego (*minimum rok od rozpoczęcia specjalizacji*)

**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 oferenta ( Załącznik Nr 4 )
5. Dokumenty wymagane zgodnie z punktem „*IV wymagania stawiane Oferentom* „, niniejszych materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

**V. WARUNKI PŁATNOŚCI**

1. Zgodnie z projektem umowy

**VI. WARUNKI REALIZACJI ZLECONYCH ŚWIADCZEŃ**

1. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa Załącznik Nr 3. Liczba planowanych świadczeń do zrealizowania może się zmienić (zmniejszyć) w zależności od zapotrzebowania – wg potrzeb Udzielającego zamówienie.
2. Szpital oczekiwali 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 Neurologii z Pododdziałem Udarowym Udzielającego zamówienie.
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 stanowiły integralną część umowy podpisanej z wybranym Oferentem.
8. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych Warunkach będą zawarte w podpisanej z Oferentem wybranym w przedmiotowym postępowaniu umowie, której projekt stanowi załącznik nr 5, a której akceptacja jest warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu.

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

Oferta musi być złożona **do dnia 21.09.2022 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 21.09.2022 r. o godz. 08:30** w siedzibie Udzielającego zamówienia – 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” oraz dodatkowego kryterium**

1. **Cena** 85%

2. **Dodatkowe kryterium : Doświadczenie zawodowe w zakresie przedmiotu zamówienia - max 15 pkt**

a) od 2 do 7 lat ( II ° specjalizacji – 5 pkt)

b) powyżej 7 do 15 lat (II ° specjalizacji – 10 pkt)

c) powyżej 15 lat (II ° specjalizacji – 15 pkt)

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

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

Punktacja za cenę będzie obliczona na podstawie wzoru:

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

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 zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia i jednocześnie których oferta będzie miała najkorzystniejszy w rankingu bilans punktów.

- (max 2 osoby)

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 23.09.2022 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 5 (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 wyborem najlepszej oferty, rozpatrzeniem ewentualnych protestów. Każdemu uczestnikowi przysługuje prawo wglądu w swoje dane i możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
30/DP/09/2022

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 Zarządu/Z-ca Prezesa Zarządu

.....

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Nazwa/Imię i nazwisko Oferenta: .....
2. Adres: .....
3. Numer telefonu kontaktowego : .....
- Adres e - mail: .....
4. NIP .....
5. PESEL .....
6. REGON .....
7. Numer księgi rejestrowej .....
8. Organ dokonujący wpisu .....
9. Akceptuję przedstawiony projekt umowy:
  - Załącznik nr 5 (wraz z załącznikami) do umowy

.....  
( podpis oferenta)

**1. Całkowita wartość brutto planowanych dyżurów lekarskich\* w Oddziale Neurologii z  
Pododdziałem Udarowym i innych komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienie  
wynosi: .....zł**

**(słownie .....)**

( Przez całkowitą wartość brutto należy rozumieć sumę iloczynu planowanej liczby godzin dyżurów zwykłych/świętecznych i ceny za godzinę dyżuru zwykłego/świętecznego podanych w formularzu cenowym )

podpis Oferenta

.....

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

**„ Oświadczenie Oferenta”**

Oferent:

Nazwa / Nazwisko i imię.....

.....

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 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. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia.

6. 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 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



Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
30/DP/09/2022

Załącznik nr 3

**FORMULARZ CENOWY (zał. nr 1 do Umowy)**

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych z dziedziny neurologii

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Planowana liczba godzin dyżurów
W Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym/inne komórki organizacyjne szpitala		
2.	Dyżur zwykły/święteczny	780

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego <b>w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym</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.....		( max. 110 zł)
2. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego <b>w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym i innych komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienie</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)		( max. 120,00 zł )
AD.1	390 godz x .....cena = .....	
AD.2	390 godz x .....cena = .....	
Ogółem wartość za dyżury: AD1 + AD2= .....		

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin dyżurów jest ilością szacunkową.

.....  
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 **Rozporządzenie 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)** oraz zgodnie z rozporządzeniem, które będzie obowiązywać na 2023 rok.

Odprowadzam składki z innego tytułu ; Tak/Nie ( z jakiego).....  
.....

(nazwa zakładu pracy, adres, wymiar czasu pracy)

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

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

\*) Niepotrzebne skreślić