

SZPITAL MIEJSKI W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH SPÓLKA Z O.O.  
ul. 1-go Maja 9  
41-100 SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE  
NIP: 6431764082 REGON: 000308270  
zarejestrowany w Rejestrze Przedsiębiorców  
Krajowego Rejestru Sądowego  
Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach  
Wydział VIII Gospodarczy KRS pod numerem 0000490160  
o kapitale zakładowym 26.548.000,00zł

[www.zozsiemianowice.pl](http://www.zozsiemianowice.pl)  
[sekretariat@zozsiemianowice.pl](mailto:sekretariat@zozsiemianowice.pl)

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH**

**W ZAKRESIE:**

**ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
UDZIELANE W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH I W MIEJSCU ZAMIESZKANIA LUB  
POBYTU ŚWIADCZENIOBIORCY NA DLA MIESZKAŃCÓW GMINY SIEMIANOWICE  
ŚLĄSKIE**

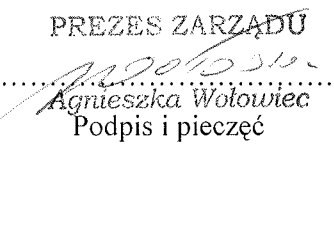
<sup>15</sup>  
SZM/DN/DK/416/...../ 2017

Siemianowice Śląskie, dnia 21.09.2017

/miejscowość, data/

Zatwierdzam:

PREZES ZARZĄDU

  
Agnieszka Wołowicz  
Podpis i pieczęć



## **I. Postanowienia ogólne.**

1. Postępowanie niniejsze prowadzone jest na zasadach przewidzianych przez przepisy art. 26-27 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r., (Dz.U. z 2016r., poz. 1638 z póź. zm.).
2. Organizatorem Konkursu Ofert poprzedzającego zawarcie umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Miejskim w Siemianowicach Śląskich jest Prezes Zarządu Szpitala. Świadczenia medyczne obejmują świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy dla mieszkańców gminy Siemianowice Śląskie.
3. Wszelkie pytania dotyczące Konkursu Ofert należy kierować na adres Zamawiającego: Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich; ul. 1-go Maja 9 ; 41-100 Siemianowice Śląskie lub kontaktować się z osobą uprawnioną:  
Kierownikiem Działu Kadr tel. (32) 228-30-30 wew. 346 lub 330.
4. Oferent winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w „Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert” (SWKO), w celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty (koszt nabycia 30zł lub dostępne na stronie: [www.zozsiemianowice.pl](http://www.zozsiemianowice.pl)).
5. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

## **II. Opis sposobu przygotowania oferty.**

1. Oferta powinna spełniać warunki określone w niniejszych „Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert”.
2. Ofertę należy przygotować na formularzu OFERTA, którego wzór stanowi załącznik Nr 1 do niniejszych „Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert”. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy złożyć w nieprzezroczystej zaklejonej kopercie, opisanej w następujący sposób:

Nazwa Oferenta:

.....

Adres:.....

Nazwa Zamawiającego:

Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.

ul. 1-go Maja 9

41-100 Siemianowice Śląskie

**Konkurs Ofert-Znak: SZM/DN/DK/416/...<sup>15</sup>/2017**

**Świadczenia medyczne w zakresie: świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy dla mieszkańców gminy Siemianowice Śląskie zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala.**

3. Oferta powinna zawierać :
  - a) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
  - b) dane o Oferencie:
    - nazwę i siedzibę podmiotu leczniczego oraz numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
    - imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (indywidualną praktyką lub specjalistyczną praktyką lekarską),
  - c) wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych,
  - d) wskazanie miejsca świadczenia usługi zlokalizowanego w Siemianowicach Śląskich, posiadającego dopuszczenia Sanepidu do wykonywania działalności medycznej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, składającego się minimum z gabinetu lekarskiego i zabiegowego, pomieszczenia do przechowywania dokumentacji medycznej, pomieszczenia sanitarnego oraz poczekalni dla świadczeniobiorców;
  - e) wskazanie wyposażenia obejmujący co najmniej:

- 1) aparat EKG;
- 2) podstawowy zestaw reanimacyjny;
- 3) telefon komórkowy lub inne urządzenie pozwalające na kontakt ze świadczeniobiorcą – 2 sztuki (po jednym dla lekarza i pielęgniarki);
- 4) rejestrator rozmów telefonicznych lub system rejestrujący rozmowy telefoniczne, z zapewnieniem archiwizacji nagrań;
- 5) torba lekarska z wyposażeniem niezbędnym do udzielania świadczeń w warunkach domowych; 6) neseser pielęgniarstwa z wyposażeniem niezbędnym do udzielania świadczeń w warunkach domowych;
- 6) pozostałe wyposażenie niezbędne do udzielania świadczeń przez lekarza i pielęgniarkę tj.:
  - zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.),
  - aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych, c) stetoskop,
  - glukometr i testy do oznaczania poziomu cukru we krwi,
  - otoskop,
  - lodówka,
  - kozetka lekarska,
  - telefon stacjonarny,
  - stolik zabiegowy,
  - szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych,
  - zestaw do wykonywania iniekcji,
  - zestaw do wykonania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych,
  - pakiety odkażające i dezynfekcyjne,
  - środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice),
  - termometry,
  - maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego
- f) proponowaną kwotę należności za realizację zamówienia ujętą ryczałtowo za miesiąc świadczenia usługi,
- e) Oświadczenie o treści:

„Oświadczam, iż zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz Projektem Umowy i nie zgłaszam do nich żadnych zastrzeżeń.”
4. Oferta oraz wszystkie wymagane dokumenty, muszą być ponumerowane, podpisane i potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę prawnie umocowaną do reprezentowania Oferenta. W przypadku osób prawnych umocowanie winno wynikać z odpisu KRS lub pełnomocnictwa.
5. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
6. Zamawiający ponadto wymaga przedstawienia:
  - a) Wskazania numerów prawa wykonywania zawodu Oferenta lub osób udzielających świadczeń medycznych,
  - b) Polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej określonej przepisami prawa,
  - c) Decyzji lub uchwały o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
  - d) Zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej lub odpis KRS,
  - e) Decyzji o nadaniu Oferentowi numeru NIP,
  - f) Decyzji o nadaniu Oferentowi numeru REGON,
  - g) Oświadczenie Oferenta, że posiada uprawnienia do świadczenia usług medycznych zgodnie z odrębnymi przepisami,
  - h) Oświadczenie Oferenta, że osoby wskazane do realizacji zamówienia posiadają aktualne świadectwa BHP oraz sanitarne;
7. Brak jakiegokolwiek wymaganego dokumentu lub załącznika w złożonej ofercie może spowodować jej odrzucenie.

### **III. Wymagania wstępne dla świadczenia zdrowotnego**

1. Przedmiotem konkursu ofert jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:  
Świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej obejmują:
  - 1) poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub telefonicznie oraz w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy – w miejscu jego zamieszkania;
  - 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
  - 3) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą, o której mowa w p. pkt. 1.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w pkt. 1, są realizowane przez lekarzy lub pielęgniarki od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18<sup>00</sup> do 8<sup>00</sup> dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8<sup>00</sup> dnia danego do godziny 8<sup>00</sup> dnia następnego, w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy.
3. W przypadku stanu nagłego odpowiednio lekarz lub pielęgniarka zapewniają opiekę świadczeniobiorcy w miejscu udzielania świadczenia do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego.
4. Od Oferenta wymaga się również skrupulatnego prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.
5. Oferent nie może zlecić jego wykonania osobie trzeciej bez wyraźnej, pisemnej zgody Zamawiającego, nie dotyczy to zmiany składu osobowego realizującego świadczenia w imieniu Oferenta.
6. **Określenie wymagań kwalifikacyjnych od Oferenta:**  
Do konkursu ofert mogą przystąpić Wykonawcy:
  1. których miejsce świadczenia usług znajduje się w Siemianowicach Śląskich
  2. posiadający co najmniej dwa zespoły, w skład którego wchodzi: lekarze i pielęgniarki. Personel medyczny musi posiadać prawo wykonywania zawodu
  3. spełniający warunki lokalowe tj. posiadający:
    - a. gabinet lekarski;
    - b. gabinet zabiegowy;
    - c. pomieszczenie do przechowywania dokumentacji medycznej;
    - d. pomieszczenia sanitarne;
    - e. poczekalnia dla świadczeniobiorców
  4. wyposażeni w sprzęt i aparaturę medyczną tj:
    - a. aparat EKG;
    - b. podstawowy zestaw reanimacyjny;
    - c. telefon komórkowy lub inne urządzenie pozwalające na kontakt ze świadczeniobiorcą – 2 sztuki (po jednym dla lekarza i pielęgniarki);
    - d. rejestrator rozmów telefonicznych lub system rejestrujący rozmowy telefoniczne, z zapewnieniem archiwizacji nagrań;
    - e. torba lekarska z wyposażeniem niezbędnym do udzielania świadczeń w warunkach domowych;
    - f. neseser pielęgniarski z wyposażeniem niezbędnym do udzielania świadczeń w warunkach domowych;
    - g. pozostałe wyposażenie niezbędne do udzielania świadczeń przez lekarza i pielęgniarkę tj.: zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.),
    - h. aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych,
    - i. stetoskop,
    - j. glukometr i testy do oznaczania poziomu cukru we krwi,
    - k. otoskop,
    - l. lodówka,
    - m. kozetka lekarska,
    - n. telefon stacjonarny,
    - o. stolik zabiegowy,

- p. szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych,
  - q. zestaw do wykonywania iniekcji,
  - r. zestaw do wykonania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych,
  - s. pakiety odkażające i dezynfekcyjne,
  - t. środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice),
  - u. termometry,
  - v. maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego.
5. posiadający co najmniej 5 letnie doświadczenie w świadczeniu usług z zakresu nocnej i świątecznej opieki medycznej;
  6. dysponujący parkiem samochodowym w ilości min. 2 samochodów przeznaczonych do transportu sanitarnego oraz co najmniej 2 samochody rezerwowe przeznaczone do transportu sanitarnego;
  7. posiadający bezpośrednią łączność radiową z Państwowym Ratownictwem Medycznym.

#### **IV. Czas wykonania umowy**

Umowa zostanie zawarta na okres od 1.10.2017 do 31.12.2017 r.

#### **V. Kryteria, jakim będą podlegały oceny składanych ofert**

1.	Cena ryczałtowa miesięczna waga kryterium 80%	jako koszt całkowity uwzględniający kalkulację elementów należności i opłat dodatkowych, jakie ponosi oferent w ramach przeprowadzanych świadczeń – 90 pkt.
2.	Odległość miejsca świadczenia usług od siedziby Zamawiającego waga kryterium 10%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• miejsce udzielania świadczeń zlokalizowane w Siemianowicach Śląskich do 2 km od siedziby Szpitala - 10 pkt.</li> <li>• miejsce udzielania świadczeń zlokalizowane w Siemianowicach Śląskich do 4 km od siedziby Zamawiającego Szpitala - 5 pkt.</li> <li>• miejsce udzielania świadczeń zlokalizowane w Siemianowicach Śląskich powyżej 5 km od siedziby Szpitala -2 pkt.</li> </ul>
3.	Doświadczenie w zakresie udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej waga kryterium 10%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 lat i powyżej – 10 pkt.</li> <li>• 8-10 lat – 5 pkt.</li> <li>• 5-8 lat – 2 pkt.</li> </ul>

Zamawiający przewiduje wybór jednej oferty, przedstawiającej najkorzystniejszy bilans wskazanych powyżej kryteriów.

#### **Miejsce i termin składania oferty.**

1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego, w Biurze Zarządu Szpitala (pokój nr A 002): Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o. ul. 1-go Maja 9, 41-100 Siemianowice Śląskie z dopiskiem: „Dział Kadr – Oferta na wykonywanie świadczeń gwarantowanych nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy dla mieszkańców gminy Siemianowice Śląskie zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.“.
2. **Termin składania ofert upływa dnia 28.09.2017. roku o godzinie 10.00**
3. Wszystkie oferty otrzymane przez Zamawiającego po terminie zostaną zwrócone bez otwarcia.

## **VII. Związanie ofertą.**

Oferent będzie związany ofertą 21 dni od upływu terminu składania ofert.

## **VIII. Przebieg postępowania konkursowego**

1. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego:  
Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.  
ul. 1-go Maja 9, 41-100 Siemianowice Śląskie  
dnia 28.09.2017 o godzinie 11.00 w pokoju nr A012 (parter budynku głównego Szpitala).
2. Komisja Konkursowa przystępując do otwarcia ofert dokonuje:
  - a) Stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia konkursu,
  - b) Potwierdzenia listy otrzymanych ofert z ich faktycznym stanem,
  - c) Sprawdzenia prawidłowości zamknięcia koperty z ofertą,
  - d) Otwarcia koperty z ofertami podając:
    - Nazwę firmy
    - Nazwę Oferenta
    - Informację dotyczącą ceny
3. Komisja konkursowa, przystępując do analizy ofert na posiedzeniu zamkniętym bez udziału oferentów, celem rozstrzygnięcia konkursu ofert, dokonuje kolejno następujących czynności:
  - a) odrzuca oferty lub wzywa ich do uzupełnienia,
  - b) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
  - c) wybiera najkorzystniejsze oferty albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

## **IX. Pouczenie Zamawiającego:**

1. Zamawiający odrzuca ofertę:
  - a) złożoną przez świadczeniodawcę po terminie;
  - b) zawierającą nieprawdziwe informacje;
  - c) jeżeli świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej 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 świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną;
  - g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych w szczegółowych warunkach konkursu,
  - h) złożoną przez świadczeniodawcę, z którym została rozwiązana przez oddział wojewódzki Funduszu prowadzący postępowanie umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.
2. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

## **X. Zastrzeżenia Zamawiającego:**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do: zmiany terminów lub warunków postępowania, odwołania konkursu lub pozostawienia ofert bez rozstrzygnięcia – bez podania przyczyny, jak również do unieważnienia konkursu w każdym czasie bez uzasadnienia.
2. Prezes Zarządu Szpitala unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności gdy:
  - a) nie wpłynęła żadna oferta;
  - b) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 3;
  - c) odrzucono wszystkie oferty;
  - d) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;

- e) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
3. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
  4. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert.
  5. O rozstrzygnięciu postępowania ogłasza się na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego oraz na stronie internetowej Szpitala, w terminie 2 dni od rozstrzygnięcia konkursu. Ogłoszenie zawiera nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany.
  6. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja ulega rozwiązaniu.

#### **XI. Protesty i skargi dotyczące konkursu:**

1. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku postępowania konkursowego przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych poniżej.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
  - a) wybór trybu postępowania;
  - b) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
  - c) unieważnienie postępowania.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. 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.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Szpitala.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Szpitala, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.
11. Niniejszy konkurs może być w każdej chwili unieważniony, jak również zakończony bez dokonania wyboru ofert bez potrzeby uzasadnienia tego przez Zamawiającego.

**Zamawiający może przesunąć termin składania ofert lub odwołać albo też unieważnić konkurs ofert bez podania przyczyny.**

**Zamawiający zastrzega sobie prawo decyzji o zawarciu umowy z Oferentami wyłonionymi przez Komisję Konkursową.**

PREZES ZARZĄDU

*Agnieszka Wołowicz*  
Agnieszka Wołowicz



**O F E R T A**

**w konkursie w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń medycznych w zakresie świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy dla mieszkańców gminy Siemianowice Śląskie zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.**

**I. Dane Oferenta:**

nazwa .....

siedziba .....

adres, nr telefonu, fax , email .....

NIP ..... REGON .....

dane rejestrowe (nr księgi nadany przez OIL).....

**II. Zamawiający:**

Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o.

ul. 1-go Maja 9; 41-100 Siemianowice Śląskie

NIP: 6431764082 REGON: 000308270

zarejestrowany w Rejestrze Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonym przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy KRS pod numerem 0000490160, o kapitale zakładowym 26.548.000,00 zł

reprezentowany przez:

**Prezesa Zarządu – Agnieszka Wołowicz**

**III.** W oparciu o ogłoszenie Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o. dot. konkursu na wykonywanie świadczeń medycznych w zakresie świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy dla mieszkańców gminy Siemianowice Śląskie zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala, zamieszczone na tablicach ogłoszeń Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o. w dniu 26.09.2017 r. oraz na stronie internetowej Zamawiającego: [www.zozsiemianowice.pl](http://www.zozsiemianowice.pl)

Oferuję/my udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie od ..... do .....  
Świadczenia w zakresie: ..... dla potrzeb Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich:

L.p.	Rodzaj świadczenia	Cena ryczałtowa brutto za miesiąc świadczenia usług
1.	świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy dla mieszkańców gminy Siemianowice Śląskie zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala.	.....zł brutto

\*Cena ryczałtowa określona w pkt. 1 tabeli obejmuje wszystkie koszty związane z udzieleniem świadczeń, osobowe, wyposażenia, pomieszczeń, leków itp.

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia na wstępie powołanego, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy (zał. Nr 2) obowiązującymi

- w przedmiotowym postępowaniu i przyjmuję/przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz że zdobyłem/zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.
2. Oświadczam/y, że uważam/y się związany/i niniejszą ofertą na czas określony w Szczegółowych Warunkach Konkursu Oferty w przedmiocie, którego moja/ nasza oferta dotyczy, tj. przez okres 21 dni od upływu terminu składania ofert.
  3. Oświadczam/y, że wzór umowy (zał. 2) obowiązujący w konkursie ofert w sprawie udzielenia zamówienia, którego moja/nasza oferta dotyczy – został przeze mnie/ przez nas zaakceptowany i zobowiązuję/emy się w przypadku wyboru mojej/ naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich.
  4. Oświadczam, iż minimalna liczba osób, które będą udzielać świadczeń medycznych to:.....(dotyczy podmiotów leczniczych innych niż indywidualna lub specjalistyczna praktyka lekarska).
  5. Oświadczam, iż posiadam kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń objętych przedmiotem konkursu.
  6. Oświadczam/y iż moja/nasza siedziba, w której będą wykonywane świadczenia mieści się w Siemianowicach Śląskich w odległości.....km od siedziby Zamawiającego.
  7. Oświadczam/y, że pozostaje/emy w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.
  8. Oświadczam/y, że zdaję/jemy sobie sprawę z faktu, iż niniejsza umowa ma charakter ramowy, a ostateczny projekt umowy zostanie przedstawiony podmiotowi wygrywającemu konkurs po jego zakończeniu i ustaleniu wszelkich warunków szczegółowych.
  9. Oświadczam/y, że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
  10. Oświadczam/y, że spełniam/y warunek/ki określony/e w art. 132 ust.3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz.1027 z późn. zm.).
  11. Oświadczam/y, że posiadam/y uprawnienia do świadczenia usług medycznych zgodnie z odrębnymi przepisami, a zakres oferowanych przeze mnie/ przez nas usług jest zgodny z treścią wpisu do rejestru.
  12. Oświadczam/y, że posiadam/y aktualne świadectwa BHP oraz sanitarne.
  13. Oświadczam, że posiadam tytuł prawny do:
    - a) lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne,
    - b) spełniam wymogi sanitarno – epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia zdrowotne.
  14. Oświadczam/y, iż przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przeze mnie zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
  15. Oświadczam/y, iż posiadamy doświadczenie w udzielaniu świadczeń medycznych w zakresie nocnej i świątecznej pomocy medycznej w wymiarze ..... lat kalendarzowych.
  16. Oświadczam/y iż posiadamy bezpośrednią łączność radiową z Państwowym Ratownictwem Medycznym.
  17. Oświadczam/y, iż posiadamy .... pojazdy do transportu sanitarnego oraz .... pojazdy rezerwowe do transportu sanitarnego

#### Załączniki:

1. wykaz osób wykonujących zamówienie (w przypadku NZOZ, grupowej praktyki lekarskiej),
2. prawo wykonywania zawodu i dokumenty potwierdzające kwalifikacje, uprawnienia uzyskane przez Oferenta lub osobę, która faktycznie w ramach zakładu (NZOZ) Oferenta będzie udzielać świadczenia (dyplom ukończenia studiów na Wydziale Lekarskim, dyplom specjalizacji, certyfikat uprawniający do przeprowadzania badań osób narażonych na promieniowanie jonizujące, kursy kwalifikacyjne),
3. zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej lub odpis KRS,
4. decyzja lub uchwała o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
5. decyzja NIP,
6. decyzja REGON,
7. Polisa ubezpieczeniowa OC określona przepisami prawa,

8. zaakceptowany wzór umowy,
9. opis pomieszczeń w których ma być realizowane świadczenie z decyzją Sanepidu potwierdzającą ich dopuszczenie do udzielania świadczeń medycznych,
10. wykaz wyposażenia obejmujący co najmniej wyposażenie minimalne wskazane w SWKO
11. Wykaz pojazdów transportu sanitarnego wraz z dokumentami potwierdzającymi dopuszczenie ich do wykonywania działalności w zakresie transportu sanitarnego.

Zamawiający zaleca, aby oferta była zszyta (spięta) w sposób utrudniający jej naruszalność.

.....  
(podpis osoby uprawnionej, data)

\* właściwe wpisać lub niewłaściwe skreślić



- b) 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,
- c) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą, o której mowa w ppkt. a),
- 3) świadczenia polegające na udzielaniu porad lekarskich przez telefon.
3. Przedmiot umowy realizowany jest poprzez udzielanie świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach od 18<sup>00</sup> do 8<sup>00</sup> dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy od godz. 8<sup>00</sup> danego dnia do godz. 8<sup>00</sup> dnia następnego.
4. Świadczenia ambulatoryjne nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej Wykonawca będzie realizował pod adresem: ....., tel.....
5. Zamawiający zastrzega, iż w zakresie świadczeń gwarantowanych będzie samodzielnie udzielał świadczeń w zakresie części usług pielęgniarskich oraz punktu zastrzykowego, jak również samodzielnie będzie sprawozdawał świadczenia do NFZ na podstawie danych przekazywanych przez Wykonawcę.
6. Wykonawca oświadcza, że dysponuje wiedzą, doświadczeniem oraz uprawnieniami niezbędnymi do należytego wykonania przedmiotu Umowy i zobowiązuje się wykonać je ze szczególną starannością, z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa, standardów i reguł wykonywania świadczeń objętych niniejszą Umową, a także zasad etyki zawodowej oraz dbając o interesy Zamawiającego.
7. Wykonawca oświadcza, że dysponuje odpowiednimi warunkami lokalowymi i sprzętem potrzebnym do przeprowadzenia badań zgodnie z zasadami wiedzy medycznej.
8. Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości udzielanych świadczeń medycznych według potrzeb Zamawiającego.
9. Wykonawca zobowiązuje się do prowadzenia stosownej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
10. Wykonawca zobowiązuje się przestrzegać standardów Zamawiającego w zakresie ochrony danych osobowych jak również osobiście przestrzegać wszelkich obowiązków w zakresie ochrony danych osobowych, do których będzie miał dostęp w związku z realizacją niniejszej Umowy.
11. Wykonawca zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Zamawiającego o wszystkich zdarzeniach, które mogą wpłynąć na realizację przez niego przedmiotu Umowy.

## § 2

Wykonawca zobowiązany jest:

- 1) realizować przedmiot umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 2) zapewnić gotowość do udzielania świadczeń w oparciu o warunki realizacji świadczeń, w tym: a) odpowiednią ilość personelu,  
b) wymagane kwalifikacje personelu,  
c) warunki lokalowe,  
d) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną.
- 3) przekazywać Zamawiającemu w formie comiesięcznego raportu informacji nt. udzielonych świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy,
- 4) do niezwłocznego informowania Zamawiającego o zmianie potencjału wykonawczego tj. osób realizujących przedmiot umowy oraz pojazdów, a także przekazania wszelkich informacji niezbędnych Zamawiającemu do aktualizacji danych o potencjale wykonawczym według wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia. Powiadomienie musi nastąpić w formie pisemnej lub za pośrednictwem poczty elektronicznej, na wskazany przez Zamawiającego adres e-mail najpóźniej na 2 dni przed zmianą albo w przypadkach losowych niezwłocznie po ich zaistnieniu.
- 5) zapewnić, aby personel Wykonawcy nie realizował w czasie wykonywania przedmiotu umowy zleceń od innych podmiotów oraz nie udzielał świadczeń wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń,
- 6) poddawać się każdorazowo kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy,

- 7) rejestrowania umowy oraz aneksów do umowy w Portalu Świadczeniodawcy.

### § 3

1. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu na innej podstawie.
2. Wykonawca zobowiązuje się do posiadania aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.
3. W przypadku zawarcia w trakcie realizacji zamówienia, nowej umowy ubezpieczenia Wykonawca dostarczy Zamawiającemu kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej.

### § 4

1. Wykonawca zobowiązuje się do prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Wykonawca prowadzi sprawozdawczość dot. realizacji przedmiotu umowy w oparciu o własną infrastrukturę informatyczną zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie umowy dostarczonej przez Zleceniodawcę.
3. Wykonawca oświadcza, że zapewniając ochronę przetwarzanych danych osobowych pacjentów spełnia obowiązujące wymogi prawne, a w szczególności posiada wdrożoną Politykę Bezpieczeństwa oraz Instrukcję Zarządzania Systemem Informatycznym oraz zapewnia, iż osoby będące mieć dostęp do danych osobowych są uprawnione do ich przetwarzania.
4. Zamawiający zobowiązany jest zapewnić połączenie komputerowe wraz ze stanowiskiem i oprogramowaniem umożliwiającym wpisywanie i kwalifikowanie świadczeń zdrowotnych bezpośrednio do bazy Zamawiającego. Komputer winien być połączony z bazą poprzez bezpieczne szyfrowanie połączenia VPN.
5. Wykonawca prowadzi sprawozdawczość elektroniczną dotyczącą realizowanej umowy w oparciu o system informatyczny udostępniony przez Zamawiającego, zgodnie z wymogami NFZ.
6. Wykonawca odpowiada za prawidłowe wprowadzenie danych do systemu informatycznego i zobowiązuje się do niezwłocznej poprawy ewentualnych uchybień w przypadku negatywnej weryfikacji świadczenia w programie rozliczeniowym Zamawiającego lub systemie NFZ.
7. Wykonawca o konieczności dokonania korekt będzie informowany przez Zamawiającego w formie elektronicznej na adres: .....
8. W przypadku braku możliwości poprawy negatywnie zweryfikowanego świadczenia, Wykonawca wystąpi na własny koszt i ryzyko o odpłatne usunięcie problemu przez podmiot zapewniający serwis infrastruktury informatycznej Zamawiającego.

### § 5

1. Umowa zostaje zawarta na czas oznaczony tj. od 01.10.2017 r. do 31.12.2017 r.
2. Zamawiający zastrzega, iż termin realizacji niniejszej umowy wskazany w ust. 1 może ulec zmianie i uzależniony jest od okresu obowiązywania zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy.
3. Umowa z Podwykonawcą może ulec wcześniejszemu rozwiązaniu ze skutkiem natychmiastowym w przypadku rozwiązania w takim trybie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.
4. Zamawiający może rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym w razie powtarzających się wielokrotnie istotnych nieprawidłowości w realizacji usług skutkujących powstaniem szkód, zawinionych przez Wykonawcę.
5. Wykonawca może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku zalegania przez Zlecającego z płatnością za dwa okresy rozliczeniowe oraz w przypadku podejmowania przez Zlecającego działań lub powstania zaniechań uniemożliwiających lub utrudniających realizację przedmiotu umowy.
6. Umowa może być rozwiązana z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.
7. Okres wypowiedzenia upływa z końcem kolejnego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym jedna ze stron złożyła oświadczenie o rozwiązaniu umowy za wypowiedzeniem.

8. Zamawiający może rozwiązać niniejszą Umowę bez wypowiedzenia, jeżeli Przyjmujący Zamówienie:
  - a) nie przedłoży Zamawiającemu aktualnej polisy ubezpieczeniowej, albo nie podwyższy jej wysokości wbrew obowiązującym przepisom,
  - b) naruszy postanowienia niniejszej Umowy,
9. Zgodnie z art. 27 ust. 8 ustawy o działalności leczniczej Umowa ulega rozwiązaniu:
  - a) z upływem czasu, na który była zawarta;
  - b) z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;
  - c) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia Umowy.

#### § 6

1. Z tytułu realizacji przedmiotu umowy Wykonawca otrzyma wynagrodzenie ryczałtowe miesięczne w wysokości ..... zł brutto (słownie: ..... zł).
2. Wynagrodzenie dla Wykonawcy będzie płatne na podstawie prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę faktury wraz z raportem po każdym pełnym miesiącu świadczenia usług.
3. Termin płatności wynosi 14 dni kalendarzowych od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury przez Zamawiającego.
4. Zamawiający zobowiązuje się dokonać zapłaty należności przelewem na konto Wykonawcy wskazane w fakturze.
5. Jako dzień zapłaty Strony przyjmą datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
6. W przypadku niezależnego od Wykonawcy wzrostu kosztów usług wynikającego w szczególności ze zmian stawek podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne, zobowiązań wynikających z Rozporządzenie ministra zdrowia z 14.10.2015r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2015r. poz.1628) wynagrodzenie wskazane w ust. 1 ulegnie proporcjonalnie zmianie.

#### § 7

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 0,25 % wartości wynagrodzenia należnego za dany miesiąc za każde naruszenie dotyczące:
  - 1) świadczenia przedmiotu umowy przez osoby nieuprawnione lub nie posiadające odpowiednich kwalifikacji,
  - 2) uniemożliwienie kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
  - 3) pobieranie nienależnych opłat od pacjentów,
  - 4) nieudzielenia świadczenia, o którym mowa w § 1 umowy,
  - 5) prowadzenia dokumentacji w sposób naruszający przepisy prawa.
2. Zamawiający ma prawo dochodzić kar umownych po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego przez potrącenie, na podstawie księgowej noty obciążeniowej, z faktury, o której mowa w § 6 umowy.
3. Zamawiający zastrzega prawo dochodzenia roszczenia uzupełniającego w przypadku, gdy kara umowna nie pokrywa całości szkody.

#### § 8

Przelew wierzytelności wynikającej z umowy przez Wykonawcę wymaga pisemnej zgody Zamawiającego pod rygorem nieważności.

#### § 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności leczniczej oraz innych dotyczących świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

§ 10

1. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Jakikolwiek zawiadomienie lub korespondencja będzie uważana za doręczoną w dacie doręczenia, zgodnie z przepisami prawa polskiego. Doręczenia pod adresy wskazane poniżej uznane będą za skuteczne do czasu powiadomienia drugiej Strony w formie pisemnej o nowym adresie do doręczeń.
3. W sprawach nie uregulowanych niniejszą Umową odpowiednie zastosowanie znajduje ustawa o działalności leczniczej oraz kodeks cywilny.
4. Strony ustalają następujące adresy do korespondencji:

**Zamawiający:**

Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich  
ul. 1-go Maja 9, 41-100 Siemianowice Śląskie  
e-mail: sekretariat@zozsiemianowice.pl

**Przyjmujący Zamówienie**

.....  
.....  
.....

5. Wszelkie spory wynikające z niniejszej Umowy Strony poddają rozstrzygnięciu na drodze polubownej, jeżeli ta nie przyniesie rezultatu sądem właściwym jest sąd siedziby Zamawiającego.
6. Niniejsza Umowa została sporządzona w 2 jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

.....  
**Przyjmujący Zamówienie**

.....  
**Zamawiający**