SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

z dnia 18.08.2021 roku, zwane dalej „SWKO" na udzielanie kompleksowych świadczeń zdrowotnych w zakresie Terapii Uzależnień od Alkoholu przez:

- **Psychoterapeuta Uzależnień od Alkoholu (w Centrum Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Pruszkowie)**
- **Specjalisty Terapii Uzależnień od Alkoholu (w Centrum Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Pruszkowie)**

I. Informacja ogólna

Organizatorem Konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych jest:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie z siedzibą przy ul. Armii Krajowej 2/4, 05-800 Pruszków, tel: 22 758 80 02, fax 22 728 71 38, zwany dalej: Udzielającym Zamówienia.

II. Podstawa prawna

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 ze zm.) oraz ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2020 poz. 1398 ze zm.)

III. Przedmiot konkursu

1. Przedmiotem konkursu jest: udzielanie kompleksowych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Centrum Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Pruszkowie z siedzibą przy ul. Drzymały 19/21 w Pruszkowie w zakresie Terapii Uzależnień od alkoholu , zgodnie z harmonogramem zatwierdzonym przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Okres udzielania świadczeń – **24 miesiące** od dnia podpisania umowy.
3. Ilość świadczeń zdrowotnych – szacunkowa ilość godzin w miesiącu:
   a. **Minimum - 350 punktów**
   b. **Maksimum do _____.**
4. **Oferent zobowiązany będzie do realizacji ilości zadeklarowanych godzin/punktów w każdym miesiącu.**

IV. Wymagania ogólne stawiane Przyjmującemu zamówienie:

1. Do udziału w postępowaniu konkursowym dopuszcza się Oferentów, którzy spełniają warunki określone w art. 18 ustawy o działalności leczniczej, t.j.:

1) są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, posiadają nadany numer REGON i NIP,
2) posiadają kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń objętych przedmiotem, konkursu w zakresie wskazanym w ofercie, określone w obowiązujących przepisach prawa, mających zastosowanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
3) posiadają uprawnienia niezbędne do wykonania usług objętych przedmiotem konkursu, w tym czynne prawo wykonywania zawodu,
4) posiadają ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami w tym zakresie, i będą posiadali ubezpieczenie na cały okres trwania umowy;
5) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie zgodnie z wymaganiami konkursu.

2. Dokumenty, które należy złożyć w celu potwierdzenia spełniania wymaganych i ocenianych warunków:

1) Kserokopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestrów: praktyk lekarskich, wpisu do CEIDG/KRS
2) Kserokopie dyplomów
3) Kserokopie prawa wykonywania zawodu,
4) Kserokopia polisy OC lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu się do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy,
5) Kserokopie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy.
6) Kserokopie aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego - w tym zakresie.
7) Oświadczenie o niekaralności za przestępstwa zawodowe i umyślne – dostarczyć nie później niż w dniu podpisania umowy.
8) „Formularz Oferty"- wypełniony i podpisany przez Oferenta lub upoważnioną osobę do reprezentowania Oferenta. Druk na udostępnionym przez Udzielającego zamówienie – do pobrania ze strony internetowej Konkursy lub w Budynku Dyrekcji, I piętro, pok. Nr 13 (od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 14.00),
9) Pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu Przyjmującego zamówienie, w szczególności do złożenia oferty, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania Przyjmującego zamówienie wynika z przedstawionych dokumentów.

Wszystkie załączone do oferty kserokopie należy poświadczyć za zgodność z oryginałem.

3. Sposób przygotowania oferty określono w Regulaminie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- Oferty należy składać na formularzu „OFERTA" (załącznik do SWKO) w zamkniętych kopertach z podaniem adresu do korespondencji (wraz z numerem telefonu kontaktowego) oznaczone sygnaturą konkursu: **„Konkurs – udzielanie świadczeń zdrowotnych Psychoterapeuty Uzależnień/Specjalisty Terapii Uzależnień od Alkoholu (w Centrum Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Pruszkowie)**

do dnia **20 września 2021 roku,** do godziny **14:00** w Sekretariacie Szpitala SPZZOZ (w budynku Dyrekcji - piętro I) lub przesłać pocztą do **dnia 20 września 2021 roku do godz. 14.00** na adres Szpitala. Ofertę uważa się za złożoną w terminie jeśli dotarła do Sekretariatu Szpitala do dnia 20 września 2021 do godz. 14.00

V. Wymagania szczegółowe stawiane Przyjmującemu zamówienie:

1. Posiadanie czynnego prawa wykonywania zawodu lekarza bez ograniczeń.
2. Posiadanie tytułu – zgodnie z opisem w Dziale III pkt 1 SWKO.
3. Zakres świadczeń: Psychoterapeuta uzależnień /Specjalista Terapii Uzależnień od Alkoholu w Centrum Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Pruszkowie.

VI. Suma gwarancyjna ubezpieczenia

1. Suma gwarancyjna ubezpieczenia nie może być niższa niż równowartość 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, tj. ustawą z dnia 15 kwietnia

2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2020. poz. 295 ze zm.) oraz rozporządzeniem MF z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 866).
2. Kwoty, o których mowa w pkt.1 są ustalane przy zastosowaniu średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC zostaje zawarta.

VII. Kryteria oceny złożonych ofert

1. Oferty będą oceniane w odniesieniu do najkorzystniejszych warunków przedstawionych przez Przyjmującego zamówienie w zakresie każdego z niżej wymienionych kryteriów.
2. Wybierając najkorzystniejszą ofertę Komisja konkursowa będzie brała pod uwagę kryterium:
   a) Cena – **100 %** (wyrażona w złotych polskich).
3. Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta z najwyższą oceną

VIII. Umowy, terminy i warunki płatności

1. Umowa zostanie zawarta na okres **24 miesięcy** od dnia podpisania umowy.
2. Zapłata za usługi realizowana będzie przelewem na konto wskazane przez „Przyjmującego zamówienie" w terminie maksymalnie do 30 dni od daty złożenia prawidłowo sporządzonej faktury wystawionej do 5 dnia następnego miesiąca, za świadczenia wykonane w miesiącu poprzednim. Faktura musi zawierać rodzaj i ilość udzielonych świadczeń i musi zostać zatwierdzona przez Z-cę Dyrektora ds. lecznictwa.

IX. Pozostałe warunki

1. Z materiałami w przedmiocie konkursu, w tym z projektami umów można zapoznać się w budynku Dyrekcji, I piętro, pok. Nr 13, w godzinach 8:00-14.00 od poniedziałku do piątku, nr tel. (22) 75-86-055 wew. 263.
2. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu w całości lub odwołania konkursu w poszczególnych zakresach – w każdym czasie, lub przesunięcia terminów składania lub otwarcia ofert, bądź terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert, bez podania przyczyny.
3. Oferta powinna spełniać wymagania określone w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert, dostępnego na stronie www.szpitalnawrzesinie.pl.
4. Oferty nie spełniające wymogów określonych w niniejszych szczegółowych warunkach konkursu ofert zostaną odrzucone.

X. Klauzula informacyjna z art. 13 RODO.

W oparciu o art. 13 ust.1 i ust. 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: RODO) informujemy, że Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie, ul. Armii Krajowej 2/4 (dalej SPZZOZ). W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych (jako osoby, której dane osobowe są przetwarzane) należy kontaktować się z Administratorem Danych Osobowych za pomocą adresu wskazanego wyżej. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@szpitalnawrzesinie.pl

Zakres stosowania:

Przetwarzanie danych osobowych w związku z przeprowadzeniem konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, na który złożyła Pani/Pan formularz ofertowy.

Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych:

1. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie:
   1.1. zamiaru zawarcia umowy (art.6 ust. 1 lit. b RODO) poprzez złożenie formularza ofertowego przez Panią/Pana celem uczestnictwa w postępowaniu konkursowym, w tym również do kontaktu SPZZOZ z Panią/Panem w tej sprawie.
   1.2. Obowiązku wynikającego z przepisów prawa (art.6 ust. 1 lit.c RODO) tj. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.z 2020 poz. 295 tj.) i pozostałe przepisy, na podstawie których potwierdzane jest spełnienie wymagań i warunków udziału w konkursie oraz potwierdzane są kwalifikacje,
   1.3. Prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit.f RODO), którym jest ewentualne dochodzenie i obrona roszczeń.
2. Przetwarzane dane:
   2.1. Zakres danych, które będą przetwarzane w celu przeprowadzenia konkursu obejmuje dane zawarte w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz w formularzu ofertowym.
3. Charakter przetwarzania danych osobowych:
   3.1. Dane osobowe będą przetwarzane w sposób manualny, przez upoważnione do tego osoby oraz w sposób zautomatyzowany z użyciem przeznaczonych do tego systemów informatycznych,
   3.2. Przetwarzanie danych osobowych za pomocą systemów informatycznych nie będzie wykorzystywane w celu automatycznego podejmowania decyzji w sprawach indywidualnych,
   3.3. Zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych nie będzie polegało na profilowaniu, tj. działaniu polegającym na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących efektów pracy, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania.
4. Okres przetwarzania danych osobowych:
   4.1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat do daty zakończenia konkursu z uwagi na obowiązki prawne SPZZOZ związane z przeprowadzeniem konkursu, a następnie z udokumentowaniem wyboru ofert konkursowych,
   4.2. Okres przetwarzania danych może być przedłużony w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony przed ewentualnymi roszczeniami, a po tym okresie, jedynie w przypadku i zakresie, w jakim będą wymagać tego przepisy prawa,
   4.3. Po upływie okresu przetwarzania, dane są usuwane lub zanonimizowane.
5. Odbiorcy danych osobowych:
   5.1. Odbiorcy danych osobowych to: podmioty uprawnione do kontroli działalności SPZZOZ, w tym zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzonych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organy samorządu zawodowego, podmioty świadczące obsługę prawną SPZZOZ oraz operatorzy telekomunikacyjni świadczący usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych.
6. Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej:
   6.1. Dane osobowe Pani/Pana nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, to znaczy poza Europejski Obszar Gospodarczy (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Lichtenstein i Norwegia),
7. Prawa podmiotu danych osobowych:
   7.1. Mają Państwo prawo do dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
   7.2. Prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
   7.3. Prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
   7.4. Prawo do usunięcia danych osobowych;

7.5. prawo do przenoszenia danych osobowych w zakresie przetwarzania zautomatyzowanego na podstawie umowy;

7.6. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 warszawa)

(Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania konkursowego ani zmianą postanowień umowy)

8. Informacja o wymogu podania danych:

8.1. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do uczestnictwa Pani/Pana w postępowaniu konkursowym w związku z zamiarem zawarcia umowy. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uczestnictwa w postępowaniu konkursowym i podjęcia działań związanych z zawarciem umowy.

DYREKTOR
SP ZZOZ w Pruszkowie

Robert Krawczyk

ZATWIERDZAM