SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

w Pruszkowie ul. Armii Krajowej 2/4

www.szpitalnawrzesinie.pl

OGŁOSZENIE z dnia 26 listopada 2021r. Nr DKP - 713/2021

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie ogłasza konkurs na udzielanie świadczeń w zakresie

Kompleksowego zabezpieczenia świadczeń w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie opieki lekarskiej

wraz z zaproszeniem do składania ofert.

Ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informatycznymi o przedmiocie konkursu można zapoznać się w Dziale Kadr i Płac (budynek Dyrekcji) w godzinach 8:00-14.00 od poniedziałku do piątku, nr tel. (22) 75-88-295, (22) 75-86-054 wew. 268 lub na stronie internetowej www.szpitalnawrzesinie.pl w zakładce Praca.

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 **DKP-713/2021 w terminie do 10 grudnia 2021 roku,** do godziny **13:00** w Sekretariacie Szpitala SPZ ZOZ (w budynku Dyrekcji - piętro I) lub przesłać pocztą do **10 grudnia 2021 roku** na adres Szpitala.

Otwarcie ofert na w/w zakresy w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych nastąpi **10 grudnia 2021 roku o godzinie 14.00** w Dziale Kadr i Płac(w budynku Dyrekcji).

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do **20 grudnia 2021 r.** poprzez wywieszenie wyników na tablicy ogłoszeń w siedzibie Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie, oraz umieszczenie informacji na stronie internetowej www.szpitalnawrzesinie.pl / zakładka: Praca.

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie, ul. Armii Krajowej 2/4, 05-800 Pruszków, który reprezentuje Dyrektor.
2. Zbierane dane osobowe są przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku (Dz.U.2018 poz. 1000.) oraz Rozporządzeniem Ogólnym RODO w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawienia.
3. Zgromadzone dane osobowe nie będą przekazywane innym odbiorcą i wykorzystane wyłącznie w celu niniejszej rekrutacji.
4. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie w wyjątkowych sytuacjach i bez podania przyczyny zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu w każdym czasie lub wydłużenia terminu składania ofert oraz zmiany terminu ogłoszenia wyników o rozstrzygnięciu konkursu. Każdorazowo informacja o zmianie, o której mowa powyżej będzie umieszczona w formie komunikatu na stronie internetowej **www.szpitalnawrzesinie.pl** oraz na tablicy ogłoszeń.

DYREKTOR
SP ZZOZ w Pruszkowie
Robert Krawczyk

Wykonał: N.Fronczak

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

z dnia 26 listopada 2021 roku, zwane dalej „SWKO" na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- **Kompleksowego zabezpieczenia świadczeń w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie opieki lekarskiej (CPV 85111100-0 - Usługi Szpitalne)**

I. Informacja ogólna

Organizatorem Konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych jest:

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów 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 art. 26, 27 (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz.711 ze zm.), oraz ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.)

III. Przedmiot konkursu

Przedmiotem konkursu jest:

- **Kompleksowe zabezpieczenie świadczeń w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie opieki lekarskiej**

1. Świadczenie lekarskie udzielane będą w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Bloku Operacyjnym, Bloku Operacyjnym Położniczym - trakt porodowy, znieczulenia w pracowni endoskopowej oraz na wezwanie w innych komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienie
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie zgodnie z harmonogramem przedłożonym przez Przyjmującego Zamówienia oraz zatwierdzonym przez Udzielającego Zamówienia, określającym dni i godziny udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia, w godzinach ordynacji oddziału w dni robocze, tj. 7.30-15.00 oraz w formie dyżurów po godzinach ordynacji w godzinach 15.00-7.30 oraz w sobotę, niedzielę i święta w godzinach 7.30-7.30. W celu usprawnienia współpracy Przyjmujący Zamówienia wyznaczy koordynatora odpowiedzialnego za właściwą organizację świadczeń anestezjologicznych, w tym odpowiedzialny za harmonogram udzielania świadczeń.
3. Okres udzielania świadczeń – **24** miesięcy od dnia podpisania umowy.
4. Zapotrzebowanie udzielającego zamówienie: zabezpieczenie usług lekarskich w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w czasie podstawowej ordynacji przez zespół 3-osobowy oraz w czasie dyżuru lekarskiego przez zespół 2 osobowy.
5. Wynagrodzenie będzie rozliczane miesięcznie przyjmując stawkę za jedną godzinę udzielania świadczeń.

IV. Wymagania ogólne stawiane Przyjmującemu zamówienie:

1. Do udziału w postępowaniu konkursowym dopuszcza się Oferentów, którzy spełniają następujące warunki:
   1) Jest podmiotem leczniczym, określonym w art.4 ustawy o działalności leczniczej, t.j. **podmioty lecznicze**
   2) Posiada wpis do Krajowego Rejestru Sadowego, CIEDG
   3) Posiada wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą (RPWDL) prowadzonego przez wojewodę właściwego dla siedziby podmiotu.
   4) Zatrudnia personel medyczny posiadający kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń objętych przedmiotem konkursu oraz spełnia wymagania określone w

obowiązujących przepisach prawa oraz dysponuje potencjałem zdolnym do wykonania przedmiotu zamówienia w ilości, pozwalającej na zabezpieczanie zamówienia.

5) Personel przyjmującego zamówienia posiada niezbędną wiedzę, doświadczenie i uprawnienia niezbędne do wykonania usług objętych przedmiotem konkursu, w tym czynne prawo wykonywania zawodu
6) Posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami w tym zakresie, i będzie posiadać ubezpieczenie na cały okres trwania umowy;
7) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie zgodnie z wymaganiami konkursu,
8) Personel przyjmującego zamówienie posiadaj aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonania zamówienia.

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

1) Formularz Oferty"- wypełniony i podpisany przez Oferenta lub upoważnioną osobę do reprezentowania Oferenta. Druk na udostępnionym przez Udzielającego zamówienie – do pobrania ze strony internetowej z zakładki praca lub w Budynku Dyrekcji, pok. Nr 5 (od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 14.00)
2) Kserokopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestrów: odpis z Krajowego Rejestru Sadowego lub kserokopia aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
3) Oświadczenie o dysponowaniu osobami, niezbędnymi do realizacji przedmiotu konkursu, posiadającymi niezbędne kwalifikacje i uprawnienia.
4) Wykaz osób dedykowanych do realizacji przedmiotu zamówienia
5) Kserokopie prawa wykonywania zawodu, dyplomów specjalizacji wskazanych w pkt. 4,
6) Polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust 1 pkt 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z wydanym przez ministra właściwego do spraw instytucji finansowych w oparciu o art. 25 ust.5 ustawy o działalności leczniczej;
7) Kserokopie orzeczenia lekarskiego personelu lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy oraz aktualne zaświadczenia o szkoleniu BHP muszą być dostępne na każde wezwanie Udzielającego Zamówienia
8) 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.

V. Sposób przygotowania oferty

1. Oferta powinna spełniać wymagania określone w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert, dostępnego na stronie www.szpitalnawrzesinie.pl.
2. Oferta powinna być napisana w języku polskim, czytelnie – na maszynie, komputerze lub inną trwałą techniką. Oferta powinna zostać podpisana przez oferenta. Każda strona oferty powinna być ponumerowana kolejnymi numerami. Wszelkie zmiany, poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną do podpisania oferty.
3. Ceny wyrażone w ofercie powinny zostać podane w PLN.
4. 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: **„Kompleksowego zabezpieczenia świadczeń w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie opieki lekarskiej**
5. Konsekwencje złożenia oferty niezgodnie z wyżej wymienionym opisem ponosi Oferent.
6. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
7. Dla uzyskania ważności, oferta musi zawierać wszystkie wymagane oświadczenia i dokumenty wymienione w Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
8. Wszystkie dokumenty powinny mieć formę oryginału lub poświadczonej za zgodność z oryginałem kserokopii. Poświadczenie musi być dokonane przez Oferenta (osobę upoważnioną do reprezentacji). Poświadczenia należy dokonać na tej samej stronie, na której dokument kserowano.
9. W przypadku składania pełnomocnictw powinny być one złożone w oryginale, poświadczonej notarialnie kopii lub kopii poświadczonej przez adwokata lub radcę prawnego
10. Oferta powinna posiadać wszystkie załączniki, wskazane w SWKO.

11. Brak jakiegokolwiek dokumentów lub złożenie dokumentów w niewłaściwej formie (np. bez zgodności z oryginałem) spowoduje wezwanie do natychmiastowego uzupełnienia.
12.
13. Udzielający zamówienie nie dopuszcza możliwość składania ofert częściowych lub wariantowych, ze wskazaniem ilości świadczeń objętych konkursem.

VI. Miejsce i termin złożenia ofert

1. Ofertę należy złożyć do dnia **10 grudnia 2021 roku,** do godziny **13:00**_w Sekretariacie Szpitala SPZZOZ w Pruszkowie (w budynku Dyrekcji - piętro I) lub przesłać pocztą do **dnia 10 grudnia 2021 roku do godz. 13.00** na adres Szpitala.
2. Ofertę uważa się za złożoną w terminie jeśli dotarła do Sekretariatu Szpitala do dnia 10 grudnia 2021 do godz. 13.00
3. W przypadku, gdy oferta zostanie dostarczona po terminie składania ofert, Przyjmujący Zamówienia zwróci ofertę Przyjmującemu zamówienie bez jej rozpatrzenia.

VII. Termin związania z ofertą

Termin związania z oferta ustala się na 30 dni od dnia złożenia ofert

VIII. Miejsce i termin otwarcia ofert

Otwarcie ofert nastąpi w dniu **10 grudnia 2021 roku o** godzinie 14.00 w Dziale Kadr i Płac (budynek Dyrekcji).

IX. Rozpatrywanie ofert

1. Otwarcie ofert zostanie dokonane w obecności oferentów, przy czym obecność ta nie jest obowiązkowa.
2. Komisja konkursowa w części jawnej w obecności oferentów stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert; otwiera koperty oraz przyjmuje do protokołu zgłoszone przez oferentów wyjaśnienia i oświadczenia.
3. W części niejawnej Komisja konkursowa ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu, odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom konkursu, wybiera najkorzystniejszą ofertę.
4. Komisja konkursowa w celu ustalenia treści ofert oraz załączonych dokumentów i oświadczeń może wezwać oferentów do uzupełnienia ofert, usunięcia braków lub złożenia wyjaśnień, a także dokonania czynności przewidzianych w SWKO.
5. Oferty nie spełniające wymogów określonych w niniejszych szczegółowych warunkach konkursu ofert zostaną odrzucone.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie **do 10 dni** poprzez wywieszenie wyników na tablice ogłoszeniowej oraz stronie internetowej szpitala www.szpitalna wrzesinie.pl/zakładka: Praca

X. Kryteria oceny złożonych ofert

1. Cena za jedną godzinę udzielania świadczeń- 100%

W cenie brutto oferent uwzględnia wszystkie koszty niezbędne do realizacji przedmiotu niniejszego konkursu. Cena brutto powinna być zaokrąglona do dwóch miejsc po przecinku.

$$C = \frac{\text{cena oferty najniższej}}{\text{cena oferty badanej}} \times 100 \times 100\%$$

2. Ofert może uzyskać maksymalnie 100 pkt.
3. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów obliczoną według następujących kryteriów.
4. W przypadku wskazania przez kilku oferentów takiej samej ceny, za najkorzystniejszą z ofert zostanie uznana oferta oferenta posiadającego personel z wyższymi kwalifikacjami (tytuł naukowy) oraz posiadającego dłuższy staż pracy w wykonywaniu świadczeń będących przedmiotem zamówienia.

5. W wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego zostanie wybrana najkorzystniejsza oferta, zapewniająca wyczerpanie liczby godzin zapotrzebowania oraz zawierająca propozycje cenowe znajdujące pokrycie w wielkość środków przeznaczonych na sfinansowanie przedmiotu zamówienia.

XI. 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.

XII. Pozostałe warunki i postanowienia końcowe

1. Z materiałami w przedmiocie konkursu, w tym z projektami umów można zapoznać się w budynku Dyrekcji, pok. Nr 7, w godzinach 8:00-14.00 od poniedziałku do piątku, nr tel. (22) 75-86-055 wew. 268.
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. Z chwilą rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie.
4. Jeżeli w toku konkursu wpłynęła tylko jedna oferta, komisja może przyjąć tę ofertę, o ile spełnia ona wymagania SWKO.
5. Tryb składania skarg i protestów określa art.153 i art.154 ust.1-2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. z 2021 r. poz.1285 ze zm.).
6. Wszelkie pytania dotyczące Konkursu Ofert należy kierować do dnia 9 grudnia 2021 r. na adres Udzielającego zamówienia lub kadry@szpitalnawrzesinie.pl
7. Umowa o udzielanie świadczeń zostanie zawarta z Oferentem wybranymi w konkursie ofert. Udzielający Zamówienia zastrzega, iż może dochodzić roszczeń odszkodowawczych wobec Oferenta, który wygrał konkurs ofert, a następnie zrezygnował z podpisania umowy, powodując tym samym niezabezpieczenie ciągłości i kompleksowości opieki zdrowotnej w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie

ZATWIERDZAM

DYREKTOR
SP ZZOZ w Pruszkowie
Robert Krawczyk

Załącznik nr 1 do SWKO

.....
/Pieczęć oferenta/

Samodzielny Publiczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
ul. Armii Krajowej 2/4, 05-800 Pruszków

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na ogłoszenie konkursu ofert z 26 listopada 2021 r. na **Kompleksowe zabezpieczenie świadczeń w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie opieki lekarskiej**

I. DANE OFERENTA

1. Nazwa firmy (lub imię i nazwisko)

   .....

   .....

   .....

2. Adres z kodem

   .....

   .....

3. Tel. ..... fax .....
4. NIP ..... REGON .....
5. Zarejestrowany w

   .....

   Pod numerem

   .....

II. OFERTA

Oferowana cena brutto za 1 godzinę świadczeń .....zł (słownie.....

.....

III. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń medycznych w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii SPZZOZ w Pruszkowie (wypełnić załącznik nr 1 do oferty).
2. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż, BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnieć w tej dziedzinie.
3. Do oferty załączam wymagane dokumenty zgodne z „SWKO".
4. Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.
5. Termin ważności oferty do 30 dni od terminu składania oferty.

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

Zawarte w szczegółowych warunkach konkursu ofert.

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

.....Data..... .....

(podpis Oferenta)

Załącznik nr 1

/pieczęć oferenta/

Oświadczenie Oferenta

1. Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu oraz projektem umowy.
2. Nie posiadam zaległości w opłatach ZUS i US.
3. Zatrudniony personel posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe, a sytuacja ekonomiczna gwarantuje należyte wykonanie świadczeń objętych niniejszy konkursem.
4. Spełniam aktualnie obowiązujące wymogi NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.
5. Nie korzystam z usług podwykonawców przy wykonywaniu świadczeń
6. Znany jest mi termin związania ofertą (30 dni od daty upływu terminu składania ofert).
7. Wymienione w ofercie i warunkach szczegółowych konkursu warunki zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w terminie 30 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
8. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obowiązujących szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ z zakresu właściwego przedmiotu umowy.
9. Zobowiązuję się do przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, z zachowanie obowiązujących przepisów w tym zakresie.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie, administrowanie, archiwizowanie danych osobowych w związku z postępowaniem konkursowym i w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń będących przedmiotem konkursu zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz.U. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r., str 1 z póź.zm.)

.....Data..... .....

(podpis Oferenta)

Wykaz osób dedykowanych do realizacji przedmiotu zamówienia

L.p.	Imię	Nazwisko	PWZ	Specjalizacja	Doświadczenie

.....Data..... .....

(podpis Oferenta)