

Poznań 27 października 2023 r.

ZATWIERDZAM

Dyrektor

OGŁOSZENIE

w sprawie szczegółowych warunków konkursu ofert w zakresie lekarza specjalisty

Dyrektor Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SP ZOZ w Poznaniu działając na podstawie:

1. Ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.
2. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Zarządzenia Dyrektora WSPL SP ZOZ w Poznaniu.

jako Udzielający Zamówienia ogłasza konkurs ofert na udzielanie świadczeń medycznych z zakresu lekarza specjalisty hematologa oraz przedstawia warunki udziału w postępowaniu:

I. Udzielający Zamówienia:

Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Solna 21, 61-736 Poznań

II. Przedmiot konkursu ofert:

Udzielanie świadczeń medycznych na rzecz pacjentów komisji RWKL WSPL SP ZOZ w Poznaniu w zakresie: lekarza specjalisty hematologa.

Szczegółowo przedmiot konkursu i warunki wymagane przedstawione zostały w złączniku nr 3 –umowa.

III. Miejsce udzielania świadczeń

Poradnia WSPL SP ZOZ w Poznaniu, ul. Szylinga.

IV. Miejsce i czas ukazania się ogłoszenia:

Ogłoszenie zostało zamieszczone na stronie internetowej www.wspl.info.pl

V. Obowiązki Oferenta

Do konkursu mogą przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz lekarze posiadający kwalifikacje zgodne z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, spełniający n/w wymogi:

1) Obligatoryjne:

Obligatoryjne:

- a. Posiadający dyplom lekarz,
- b. Posiadający czynne prawo wykonywania zawodu na terenie RP,
- c. zezwolenie Izby Lekarskiej na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej - oświadczenie,
- d. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich - kopia,
- e. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis KRS - kopia,
- f. polisa obowiązkowego OC na czas udzielania świadczeń,
- g. Wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – oświadczenie.

VI. Sposób przygotowania oferty

1. Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Oferent.
2. Oferta winna być złożona w formie pisemnej w języku polskim na formularzu ofertowym stanowiącym załącznik nr 1 wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami.
3. Wszystkie dokumenty oferty muszą być podpisane, a kopie potwierdzone „**za zgodność z oryginałem**” przez Oferenta lub osoby uprawnione do działania w jego imieniu.
4. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta lub osoby uprawnione do działania w jego imieniu.

5. Ofertę wraz z załącznikami opatrzoną danymi Oferenta należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej: „**Konkurs ofert**”. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent powinien zadać wszelkie niezbędne, w tym zakresie pytania.
6. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
7. Kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od Oferenta są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.
8. Dopuszcza się przesłanie oferty w formie elektronicznej na adres: zam.pub@wspl.info.pl

VII. Warunki udzielania świadczeń:

1. Świadczenia udzielane będą w Poradni Udzielającego Zamówienia – WSPL SP ZOZ w Poznaniu ul. Szylinga 1 (szczegółowe warunki określa umowa).
2. Udzielający Zamówienia z Przyjmującym Zamówienie będzie rozliczał się w sposób następujący: % od wartości punktu określonego w umowie z NFZ objęte niniejszą umową. Wartość tą Przyjmujący Zamówienie określa w Formularzu Ofertowym (Załącznik nr 1).

VIII. Dokumenty jakie powinien złożyć Oferent oraz warunki wymagane od Oferenta:

1. Wypełniony Formularz ofertowy, zgodny ze wzorem (załącznik nr 1).
2. Kopię dokumentu nadania nr NIP (jeśli Oferent jest podmiotem prowadzącym działalność leczniczą).
3. Kopię aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, stosownie do przepisów Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe oraz prawa wykonywania zawodu osób udzielających świadczeń będących przedmiotem konkursu.
5. Oświadczenie Oferenta, stanowiące Załącznik nr 2 do niniejszych warunków.
6. Zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający czas pracy w wojskowych placówkach służby zdrowia bez względu na formę zatrudnienia.

IX. Opis kryteriów oceny ofert, ich znaczenie oraz sposób oceny ofert:

1. Na kryterium oceny złożonych ofert składać się będzie:
 - 1) zaoferowanie najniższej wartości procentowej za którą lekarz zobowiąże się do udzielania świadczeń zdrowotnych - 90%,
 - 2) praca w WSPL lub wojskowej służbie zdrowia – 10%.
2. W toku badania i oceny ofert Udzielający Zamówienia może żądać od Oferenta wyjaśnień i prowadzić negocjacje dotyczące treści złożonej oferty.
3. Oferty zostaną ocenione za pomocą systemu punktowego, zgodnie z poniższymi kryteriami:
CENA 90 %

CENA:

Wzór na obliczenie oceny w zakresie kryterium CENA:

$$P = K \times W_{\min} / W$$

gdzie:

P- liczba punktów przyznanych rozpatrywanej ofercie dla kryterium CENA

K- maksymalna ilość punktów ustalona dla kryterium CENA - 90 pkt

W- cena rozpatrywanej oferty

W_{min} – najniższa cena spośród wszystkich ofert.

PRACA W WSPL lub WOJSKOWEJ SŁUŻBIE ZDROWIA:

Pracował lub pracuje – 10 %

Nie pracował – 0%

Razem:

P= CENA + PRACA W WOJSKOWEJ SŁUŻBIE ZDROWIA

X. Miejsce i termin składania ofert.

1. Ofertę w zaklejonej kopercie należy złożyć w Sekretariacie Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. A. Szylinga 1, 60-782 Poznań w

terminie do dnia **2 listopada 2023 roku, do godziny 10:00**. Godziny pracy od poniedziałku do piątku od 8:00 do 14:30.

2. Ofertę przesłaną drogą pocztową uważa się za złożoną w terminie, jeżeli zostanie ona dostarczona w terminie nie późniejszym niż wyżej określony.
3. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.
4. Celem dokonania zmian bądź poprawek – Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją ponownie pod warunkiem zachowania wcześniej wyznaczonego terminu.
5. Dopuszcza się przesłanie oferty w formie elektronicznej na adres: zam.pub@wspl.info.pl

XI. Miejsce, termin, tryb otwarcia ofert oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert.

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. A. Szylinga 1, 60-782 Poznań, w dniu **2 listopada 2023 r. o godzinie 10:05**.
2. Do chwili otwarcia ofert Zamawiający przechowuje oferty w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.
3. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora WSPL SP ZOZ w Poznaniu.
4. Komisja konkursowa informuje oferenta na piśmie o odrzuceniu jego oferty, jeżeli zaistnieją przesłanki, o których mowa w art. 149 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
5. Informacja o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczona na stronie internetowej oraz tablicy informacyjnej WSPL SP ZOZ w Poznaniu w terminie związania z ofertą.

XII. Termin związania ofertą.

1. Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni.
2. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

XIII. Środki odwoławcze przysługujące Oferentowi.

1. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15.04.2011 R. o działalności leczniczej oraz art. 152 i 153 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oferentowi w toku postępowania konkursowego przysługuje prawo do złożenia do Komisji Konkursowej protestu w terminie 7 dni roboczych od dnia zaskarżonej czynności, nie później jednak niż do czasu zakończenia postępowania.
2. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15.04.2011 R. o działalności leczniczej oraz art. 152 i 154 ustawy z dnia 27.08.2004 O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oferentowi w toku postępowania konkursowego przysługuje prawo do złożenia do Udzielającego Zamówienie odwołania w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

Załączniki:

1. Formularz Ofertowy.
2. Oświadczenie Oferenta.
3. Wzór umowy

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane osobowe/ Nazwa firmy: (tel. email, adres)

.....

.....

tel. email.

2. NIP..... REGON.....

3. Nr prawa wykonywania zawodu.....

4. Posiadane kwalifikacje.....

5. Proponowana cena brutto realizacji zamówienia:

Rodzaj usługi	Propozycja wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie
Konsultacje zlecone zł za konsultacje

6. Zobowiązuje się do wykonywania świadczeń na podstawie harmonogramu pracy.
Harmonogram Pracy ustala Udzielający Zamówienie.

Dokumenty wymienione w punkcie **V** ogłoszenia – obowiązkowo dostarczyć do dnia podpisania umowy.

Podpis i data

.....
Pieczętka z pełną nazwą Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że **spełniam warunki** określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej
2. Oświadczam, że **zapoznałem się** z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że **zainteresowałem się** wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że **pozostanę związany** ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty **są zgodne** z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że **zobowiązuję się** do wykonywania usług z należytą starannością swego działania wymaganą od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
7. Oświadczam, że **umowę będę realizował** zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
Data i podpis Oferenta