Poznań 10 grudnia 2025 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 2004 r. 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 chirurgii stomatologicznej** lub w trakcie specjalizacjioraz 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 WSPL SP ZOZ w Poznaniu   
w zakresie: lekarza specjalisty: **lekarza chirurgii stomatologicznej** lub w trakcie specjalizacji**.**

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

1. **Miejsce udzielania świadczeń**

Poradnia WSPL SP ZOZ w Poznaniu.

**IV. Miejsce i czas ukazania się ogłoszenia:**

Ogłoszenie zostałozamieszczone na stronie internetowej [**www.wspl.info.pl**](http://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 zustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, spełniający n/w wymogi:

1. Obligatoryjne:

Obligatoryjne:

* 1. Posiadający dyplom lekarz,
  2. Posiadający czynne prawo wykonywania zawodu na terenie RP,
  3. zezwolenie Izby Lekarskiej na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej - oświadczenie,
  4. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich - kopia,
  5. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis KRS - kopia,
  6. informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w [rozdziale XIX](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=roz(XIX)&cm=DOCUMENT) i [XXV](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(XXV)&cm=DOCUMENT) Kodeksu karnego, **w** [**art. 189a**](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(189(a))&cm=DOCUMENT) **i** [**art. 207**](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(207)&cm=DOCUMENT) Kodeksu karnego oraz w [ustawie](https://sip.lex.pl/#/document/17219465?cm=DOCUMENT) z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego – w pełnym zakresie.
  7. polisa obowiązkowego OC na czas udzielania świadczeń,
  8. 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](mailto: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).

* + 1. **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 zaoferowanie najniższej wartość procentowa za którą lekarz zobowiążę się do udzielania świadczeń zdrowotnych - 100%,

2. W toku badania i oceny ofert Udzielający Zamówienia może żądać od Oferenta wyjaśnień   
i prowadzić negocjacje dotyczące treści złożonej oferty.

1. Oferty zostaną ocenione za pomocą systemu punktowego, zgodnie z poniższymi kryteriami:

|  |  |
| --- | --- |
| CENA | 100 % |

CENA:

Wzór na obliczenie oceny w zakresie kryterium CENA:

P=Kx Wmin/W

gdzie:

P- liczba punktów przyznanych rozpatrywanej ofercie dla kryterium CENA

K- maksymalna ilość punktów ustalona dla kryterium CENA - 100 pkt

W- cena rozpatrywanej oferty

Wmin – najniższa cena spośród wszystkich ofert.

**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 **22 grudnia 2025 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](mailto: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 **22 grudnia 2025**   **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

**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

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

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

1. Telefon…………………….
2. Email. ……………………….
3. NIP…………………………….….
4. REGON…..
5. Nr prawa wykonywania zawodu…………
6. Proponowana cena brutto realizacji zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | Propozycja wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie wyrażona w kwocie zł za punkt określony w umowie z NFZ **Szylinga** |
| Świadczenie usług chirurgii stomatologicznej  ……………………………………………………………………………………… | ……………………zł za punkt |
| Świadczenie usług chirurgii stomatologicznej proszę wpisać – usługi komercyjne | Za lekarskie świadczenia zdrowotne nierefundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w wysokości ………….. % różnicy między opłata wniesioną przez pacjent, a wartością wykonanej usługi |

1. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| Dni tygodnia | **Godziny przyjęć** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

Podpis i data

**Załącznik nr 2**

……………………………………..………

Pieczątka 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.
8. Oświadczam, że posiadam obywatelstwo ………………….…………………………………………………\* (wymienić wszystkie posiadane obywatelstwa)
   1. i w ciągu ostatnich 20 lat:
      1. zamieszkiwałam/łem\* nie zamieszkiwałam/łem\* w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska,
      2. zamieszkiwałam/łem w państwach ………………………….………………………………………………. \* (wymienić państwa)

Pouczenie:

W przypadku posiadania obywatelstwa innych państw do procesu rekrutacji należy przedstawić:

informację z rejestrów karnych tych państw uzyskaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.

Jeżeli dane państwo, nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestru karnego uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi oraz w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego należy złożyć oświadczenie o tym fakcie.

………………………………………

Data i podpis Oferenta

\* - właściwe zakreślić.