

ZAMAWIAJĄCY:

Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.
ul. G. Zapolskiej 3 41-218 Sosnowiec
mail: sekretariat@czdir.pl
tel.: 32 720 77 00/ fax.: 32 266 36 30

Znak sprawy: 3/2024

Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert

dla zamówienia


dokonywanego w trybie konkursu ofert
na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej oraz
ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych

na

**udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach nocnej i świątecznej opieki
zdrowotnej na terenie Sosnowca przez lekarza oraz pielęgniarkę wg
wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie uzupełniającym do
własnych usług Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w
Sosnowcu Sp. z o.o.**

Sosnowiec: 16.12.2024 r.

Zatwierdził:


Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny
im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.
dr n. med. Andrzej Świec 1

I. Zamawiający:

Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.
ul. G. Zapolskiej 3 41-218 Sosnowiec
mail: sekretariata@czdir.pl
tel.: 32 720 77 20/ fax.: 32 266 36 30

II. Przedmiot zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na terenie Sosnowca w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wg wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia do uzupełnienia własnych usług Centrum Zdrowia dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o. w zakresie:

- **porad lekarskich** udzielanych w warunkach ambulatoryjny w bezpośrednim kontakcie z pacjentem lub telefonicznie oraz w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta w miejscu jego zamieszkania oraz doraźnie udzielanych świadczeń przez pielęgniarkę w związku z poradą lekarską,
- **świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę** w miejscu zamieszkania pacjenta, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy realizowane będą od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach od 8:00 danego dnia do godziny 8:00 dnia następnego **w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania pacjentów.**

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki realizowane będą od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach od 8:00 danego dnia do godziny 8:00 dnia następnego **w warunkach ambulatoryjnych lub miejscu zamieszkania pacjentów.**

Świadczenia realizowane będą w pomieszczeniach Zamawiającego, zlokalizowanych w Sosnowcu przy ul. Zapolskiej 3. Strony dopuszczają wykonywanie przedmiotu umowy w pomieszczeniach Oferenta w Sosnowcu, o ile będzie to możliwe na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Miejsce wykonywania świadczeń będzie oznaczone zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia.

III. Wymagany termin realizacji zamówienia:

- 6 miesięcy 01.01.2025 – 30.06.2025.

IV. Wymagania dotyczące Oferentów:

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się podmioty gospodarcze spełniające wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kwalifikacji w przedmiocie postępowania konkursowego.
2. Oferent musi być uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, a ponadto zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
3. Oferenci zobowiązani będą do udzielania świadczeń na zlecenie Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., ul. G. Zapolskiej 3, Sosnowiec zgodnie z wymogami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
4. Oferenci, którzy będą realizować świadczenia będące przedmiotem konkursu zobowiązani są do posiadania personelu z odpowiednimi kwalifikacjami zawodowymi:

- lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu,
 - pielęgniarka posiadająca prawo wykonywania zawodu.
5. **Świadczenia realizowane będą w pomieszczeniach Zamawiającego, zlokalizowanych w Sosnowcu przy ul. Zapolskiej 3. Strony dopuszczają wykonywanie przedmiotu umowy w pomieszczeniach Oferenta w Sosnowcu, o ile będzie to możliwe na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Miejsce wykonywania świadczeń będzie oznaczone zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia.** Zamawiający bądź Oferent powinien dysponować co najmniej:
 - gabinetem lekarskim,
 - gabinetem pielęgniarskim,
 - pomieszczeniem do przechowywania dokumentacji medycznej,
 - pomieszczeniem sanitarnym,
 - poczekalnią dla pacjentów.
 6. Świadczenia realizowane będą w oparciu o wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej Oferenta wskazanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zał. 5.
 7. Świadczenia realizowane będą przy użyciu sprzętu jednorazowego, medycznego sprzętu wielokrotnego użytku, materiałów medycznych i innych materiałów niezbędnych do prawidłowego świadczenia usługi, zakupionych przez Oferenta na jego koszt.
 8. Oferent będzie dysponował, co najmniej jednym samochodem umożliwiającym realizację przedmiotu zamówienia w miejscu zamieszkania pacjenta.
 9. W przypadku, kiedy Oferent ma już podpisaną umowę z NFZ w zakresie POZ – nocna i świąteczna opieka zdrowotna, zobowiązany będzie do rzetelnego sprawozdawania ze wszystkich wykonanych świadczeń 35% na rzecz Zamawiającego.
 10. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do kontroli realizacji przedmiotu umowy poprzez żądanie informacji o przebiegu realizacji przedmiotu zamówienia w tym informacji o sprawozdawczości do Narodowego Funduszu Zdrowia.
 11. Oferent zobowiązany będzie na bieżąco wprowadzać i rejestrować dane statystyczne i medyczne zrealizowanych świadczeń zdrowotnych do programu informatycznego obowiązującego u Udzielającego Zamówienie a zainstalowanego u Oferenta.
 12. Oferent zobowiązany będzie do bieżącego, rzetelnego i kompletnego gromadzenia danych statystycznych niezbędnych do rozliczenia świadczeń zdrowotnych Udzielającego Zamówienie z NFZ.
 13. Oferent zobowiązany będzie do rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie ze standardami przyjętymi u Udzielającego Zamówienie i przepisami prawa w tym wymogami NFZ.
 14. Zamawiający dopuszcza możliwość powierzenia Podwykonawcy wykonanie części zamówienia, co nie zwalnia Wykonawcy z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.
 15. W przypadku wskazania w formularzu ofertowym Podwykonawcy Zamawiający będzie badał, czy spełnia on warunki udziału w konkursie.
 16. Zamawiający wymaga, aby przez cały okres realizacji umowy Oferent posiadał ważną polisę OC w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia. W sytuacji, gdy w trakcie obowiązywania umowy, umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej wygaśnie, Oferent będzie zobowiązany zawrzeć nową umowę ubezpieczenia w takim terminie, aby zapewnić ciągłość wykonywania przedmiotowej umowy. Wartość i zakres rzeczowy umowy ubezpieczenia musi pozostawać zgodny z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

17. Oferent wyraża gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z Umowy.
18. Jeżeli podczas kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia zostaną wykryte nieprawidłowości z winy Oferenta i zakończone nałożeniem kary, wówczas 100% wartości kary pokrywa Oferent.
19. Połączenie z systemem informatycznym Udzielającego zamówienie, w którym prowadzona będzie rejestracja pacjentów oraz ich dokumentacja medyczna, będzie następowało przy użyciu VPN lub oprogramowania do połączenia zdalnego. W tym celu Udzielający zamówienie zapewni Przyjmującemu zamówienie dostęp do swojego systemu informatycznego, po uprzednim wypełnieniu „Wniosku o nadanie uprawnień” nada uprawnienia personelowi wykonującemu przedmiot umowy uprawnienia w zakresie przetwarzania danych osobowych oraz przeszkoli personel Przyjmującego zamówienie w zakresie jego obsługi.
20. Po otrzymaniu przez Udzielającego zamówienie prawidłowo wypełnionego oraz zatwierdzonego przez Koordynatora „Wniosku o nadanie uprawnień” Dział Informatyki na podany adres e-mail wyśle zaszyfrowane pełne dane logowania do systemu informatycznego Udzielającego zamówienie (hasło do pliku zostanie wysłane sms'em na podany numer telefonu).
21. Udzielający zamówienie zapewni Przyjmującemu zamówienie w trakcie realizacji umowy maksymalnie 4 stacjach roboczych obsługę na wirtualnym, zdalnym środowisku CZDIR.
 - a) Udzielający zamówienie zapewni Przyjmującemu zamówienie w trakcie realizacji umowy pomoc w korekcie błędów w dokumentacji medycznej wprowadzonej do systemu HIS, jeżeli błędy te będą wynikać z nieprawidłowego funkcjonowania systemu HIS Udzielającego zamówienie. Za prawidłowe wprowadzanie danych medycznych do systemu HIS odpowiada wskazany przez Przyjmującego zamówienie personel.
 - b) Udzielający zamówienia obliguje Przyjmującego zamówienie do zgłaszania problemów z funkcjonowaniem systemu HIS w pierwszej kolejności za pomocą wiadomości na adres email: informatyka@czdir.pl.
 - c) Udzielający zamówienia obliguje Przyjmującego zamówienie do prawidłowego sprawozdania zrealizowanych świadczeń. W przypadku wystąpienia błędów Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do ich usunięcia w terminie 3 dni.
 - d) Udzielający zamówienie zapewni Przyjmującemu zamówienie w trakcie realizacji umowy dostęp do oprogramowania w zakresie sprawozdanie oraz statystyka.
 - e) Obsługa informatyczna dotycząca systemu HIS świadczona przez Udzielającego zamówienie będzie realizowana przez: Dział Informatyki, informatyka@czdir.pl, 519-822-373 od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 21:00 w dni robocze oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach od 08:00 do 21:00.

V. Termin związania ofertą

Termin związania ofertą: 60 dni od upływu terminu składania ofert i może zostać wydłużony za zgodą Oferentów.

VI. Zawartość oferty:

1. Formularz ofertowo-cenowy stanowiący załącznik nr 1 do SWKO.
2. Oświadczenie Oferenta stanowiące załącznik nr 2 do SWKO.
3. Oświadczenia Oferenta stanowiące załącznik nr 3 do SWKO
4. Oświadczenia Oferenta stanowiące załącznik nr 4 do SWKO

5. Oświadczenia Oferenta stanowiące załącznik nr 5 do SWKO
6. Załączniki do oferty:
 1. oświadczenie Oferenta o posiadaniu wymaganych uprawnień i kwalifikacji przez personel zgłoszony w ofercie wraz z wykazem personelu zgodnie z załącznikiem nr 6 do SWKO.
 2. kopia ważnej polisy OC w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia.

Wszystkie kserokopie i odpisy dokumentów wymienionych w punkcie VI muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez Oferenta lub osobę uprawnioną/osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta i opatrzone pieczęcią imienną identyfikującą tą osobę.

VII. Informacje dotyczące warunków składania ofert:

1. Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę. Ofertę sporządza się w formie pisemnej w języku polskim.
2. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Zaleca się, aby wszystkie strony oferty były spięte w sposób zapobiegający możliwości dekompletacji oferty oraz aby każda strona oferty była opatrzona kolejnym numerem.
4. Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być datowane i parafowane własnoręcznie przez Oferenta lub osobę uprawnioną/osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.
5. Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
6. Oferta powinna zawierać pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta jest sporządzona przez pełnomocnika.
7. Oferta nieczytelna podlega odrzuceniu bez wezwania do uzupełnienia.
8. Nie dopuszcza się składania ofert częściowych.
9. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie w sposób uniemożliwiający jej przypadkowe otwarcie. Koperta zewnętrzna winna być opisana w sposób następujący:

***„Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na terenie Sosnowca przez lekarza oraz pielęgniarkę wg wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie uzupełniającym do własnych usług dla Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.”
nie otwierać przed 24.12.2024 r. godz. 10:00***

Osobą uprawnioną do porozumiewania się z Oferentami w imieniu Zamawiającego jest:
Izabela Hryniewicz tel: (032) 720 77 20

VIII. Miejsce i termin składania ofert:

1. Oferty należy składać w Biurze Zarządu Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., ul. G. Zapolskiej 3, Sosnowiec w terminie do **24.12.2024 r.** do godziny **09.00**.

IX. Miejsce i termin otwarcia ofert oraz ogłoszenia o wyniku konkursu:

1. Oferty zostaną otwarte w siedzibie Zamawiającego w pokoju Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych w dniu **24.12.2024 r** o godzinie **10.00**.
2. Oferenci mogą uczestniczyć w części jawnej otwarcia ofert.
3. Wynik rozstrzygnięcia konkursu ofert ukaże się do dnia **24.12.2024 r.** na stronie internetowej Zamawiającego: www.czdir.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Centrum

Zdrowia dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.

4. Zamawiający zastrzega sobie prawo odwołania konkursu ofert oraz przesunięcie terminu składania ofert.

X. Sposób obliczenia ceny ofert:

Cenę oferty stanowi łączne wynagrodzenia Oferenta z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w ramach nocnej i świątecznej opieka zdrowotna.

Cena musi być podana w złotych polskich cyfrowo, do drugiego miejsca po przecinku.

XI. Kryteria oceny ofert:

Kryteria oceny ofert są następujące:

L.p.	Kryterium	Ranga
1	Cena	100%

XII. Rozstrzygnięcie konkursu, warunki zawarcia umowy

1. Informacja o wyniku konkursu zostanie zamieszczona na stronie internetowej Zamawiającego: www.czdir.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Centrum Zdrowia dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu sp. z o.o.
2. Oferent, który złoży najkorzystniejszą ofertę zostanie pisemnie poinformowany o terminie i miejscu zawarcia umowy.

XIII. Pouczenie Zamawiającego:

1. Zamawiający odrzuca ofertę:
 - a) złożoną przez Oferenta po terminie,
 - b) zawierającą nieprawdziwe informacje,
 - c) jeżeli Oferent 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 Oferent złożył ofertę alternatywną;
 - g) jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków wymaganych od Oferenta,
2. W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie do 2 dni robocze pod rygorem odrzucenia oferty.

XIV. Zastrzeżenia Zamawiającego:

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do: zmiany terminów określonych niniejszym regulaminem.
2. Zamawiający unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w szczególności, gdy:
 - a. nie wpłynęła żadna oferta;
 - b. wpłynęła jedna oferta nie podlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - c. odrzucono wszystkie oferty;
 - d. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych w danym postępowaniu, chyba że Prezes/Osoba

- uprawniona do reprezentowania Centrum Zdrowia dziecka i Rodziny im Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o. wyrazi zgodę na podwyższenie wartości zamówienia;
- e. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Zamawiającego, 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 określonym w Ogłoszeniu o konkursie ofert.
 5. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania zawiera nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres Oferenta, który został wybrany.
 6. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i Komisja ulega rozwiązaniu.

XV. Protesty i skargi dotyczące konkursu:

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w ust. 3 i 4.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - a) wybór trybu postępowania;
 - b) nie dokonanie wyboru Oferenta;
 - c) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
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.
 - a) Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on bezzasadny.
 - b) Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
 - c) Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
 - d) Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej Zamawiającego: www.czdir.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.
 - e) W przypadku uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność.
4. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Zamawiającego – Prezesa/Osoby uprawnionej do reprezentowania Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
 - a) Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.
 - b) Po rozpatrzeniu odwołania Prezes/Osoba uprawniona do reprezentowania Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., wydaje decyzję

uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na stronie internetowej Zamawiającego: www.czdir.pl oraz na tablicy ogłoszeń Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.

XVI. Istotne warunki umowy:

Umowa o wykonanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta zgodnie z proponowanym projektem umowy.

XVII. Postanowienia końcowe

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej.

.....
Pieczęć firmowa Oferenta

Miejscowość dnia

FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

I. Dane Oferenta:

Nazwa Oferenta – pełna nazwa
firmy

Adres Oferenta:.....

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres
Oferenta):

NIP..... Regon

Tel. Fax.....

e-mail: WWW:

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:.....

II. Termin realizacji:

6 miesięcy od dnia 01.01.2025 r. do dnia 30.06.2025 r.

III. Przedmiot oferty:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych na terenie Sosnowca w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wg wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie uzupełniającym do własnych usług Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o. w zakresie:

- **porad lekarskich** udzielanych w warunkach ambulatoryjny w bezpośrednim kontakcie z pacjentem lub telefonicznie oraz w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta w miejscu jego zamieszkania oraz doraźnie udzielanych świadczeń przez pielęgniarkę w związku z poradą lekarską,

- **świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę** w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania pacjenta, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy realizowane będą od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach od 8:00 danego dnia do godziny 8:00 dnia następnego **w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania pacjentów.**

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki realizowane będą od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach od 8:00 danego dnia do godziny 8:00 dnia następnego **w warunkach ambulatoryjnych w miejscu zamieszkania pacjentów.**

Świadczenia realizowane będą w pomieszczeniach Zamawiającego, zlokalizowanych w Sosnowcu przy ul. Zapolskiej 3. Strony dopuszczają wykonywanie przedmiotu umowy w pomieszczeniach Oferenta w Sosnowcu, o ile będzie to możliwe na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Miejsce wykonywania świadczeń będzie oznaczone zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia.

Oświadczam, że przedmiot zamówienia zamierzam wykonać sam/przewiduję powierzyć podwykonawcy*:

część zamówienia przewidziana do wykonania przez podwykonawcę.....
nazwa i adres podwykonawcy.....

IV. Wartość oferty:

Oferuję:

Ryczałt miesięczny brutto w wysokości:

Słownie:.....

Oświadczam, że powyższe wynagrodzenie zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia w tym opisane w punkcie IV5, IV6, IV7, IV8, IV9 Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz inne składniki kosztowe nie opisane a niezbędne do prawidłowej realizacji przedmiotu zamówienia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis Oferenta)

*niepotrzebne skreślić

.....
Pieczęć firmowa Oferenta

Miejscowość dnia

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert na udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach nocnej i świątecznej opieki na terenie Sosnowca przez lekarza oraz pielęgniarkę wg wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie uzupełniającym do własnych usług Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.

Oświadczam, że:

- 4 Zapoznałam/em się z Ogłoszeniem o w/w konkursie ofert.
- 5 Zapoznałam/em się ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- 6 Zapoznałam/em się z dokumentami wymaganymi w ofercie konkursowej, oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- 7 Wszystkie załączone dokumenty lub kopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym na dzień złożenia oferty.
- 8 Uważam się za związaną/y niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert wskazanego w ogłoszeniu o konkursie.
- 9 W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez Zleceniodawcę.
- 10 Świadczenia zdrowotne będą udzielane zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, ogólnie przyjętymi zasadami etyki zawodowej i należytą starannością, przy respektowaniu istniejących standardów i procedur medycznych.
- 11 Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych, oświadczamy, że wyrażamy zgodę na poddanie się kontroli Śląskiemu Wojewódzkiemu Oddziałowi NFZ na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z późn. zm., w zakresie wynikającym z Umowy.
- 12 Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- 13 Oświadczam, że wyrażam zgodę na gotowość do podjęcia negocjacji w zakresie przedmiotu postępowania konkursowego na wezwanie Zamawiającego.
- 14 Zapoznałam/ em się i akceptuję warunki umowy.

.....
Podpis i pieczęć Oferenta lub osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych
do reprezentowania Oferenta

.....
Pieczęć firmowa Oferenta

Miejscowość dnia

Oświadczenie

Oświadczam, że dysponuję następującym samochodem, którym będę realizować przedmiot zamówienia:

L.p.	Marka samochodu	Nr rejestracyjny
1.		
2.		
3.		

.....
Podpis i pieczęć Oferenta lub osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych
do reprezentowania Oferenta

.....
Pieczęć firmowa Oferenta

Miejscowość dnia

Oświadczenie

Oświadczam, że dysponuję warunkami lokalowymi opisanymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert w punkcie IV 5 pozwalającymi na realizację przedmiotu zamówienia.

.....
Podpis i pieczęć Oferenta lub osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych
do reprezentowania Oferenta

.....
Pieczęć firmowa Oferenta

Miejscowość dnia

Oświadczenie

Oświadczam, że dysponuję sprzętem i aparaturą medyczną wskazanymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013 r. zał. 5, część II pkt 3.

.....
Podpis i pieczęć Oferenta lub osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych
do reprezentowania Oferenta

.....
Pieczęć firmowa Oferenta

Miejscowość dnia

Wykaz personelu realizującego przedmiot zamówienia:

L.p.	Imię i nazwisko	Zawód	PWZ

.....
Podpis i pieczęć Oferenta lub osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych
do reprezentowania Oferenta