

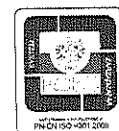
SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



ISO 9001

ZETOM-CERT

*Załącznik nr 1
do Zarządzenia Nr 01/2012 z dnia 09.01.2012r.*

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (SWKO) NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU

ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI LEKARSKIEJ W TRYBIE AMBULATORYJNYM I WYJAZDOWYM W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LOKALIZACJI SPWSZ W SZCZECINIE PRZY UL. BRONIEWSKIEGO 2.

Działając na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2016.1638 j.t. z późn. zm.) oraz przepisów art. 146 ust. 1, art. 147-150, 151 ust. 1-5, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2016.1638 j.t. z późn. zm.), Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie, jako Zamawiający, przedstawia warunki udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert.

I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI LEKARSKIEJ W TRYBIE AMBULATORYJNYM I WYJAZDOWYM W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LOKALIZACJI SPWSZ W SZCZECINIE PRZY UL. BRONIEWSKIEGO 2.

II. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie
ul. Arkońska 4
71-455 Szczecin

Adres do korespondencji:

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie
71-460 Szczecin, ul. Broniewskiego 2

strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl

e-mail: gryszak@spwsz.szczecin.pl; wos@spwsz.szczecin.pl

fax: 91 813 90 09

Ogłoszenie o konkursie zamieszczono:

- na tablicy ogłoszeń w siedzibie Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie przy ul. Broniewskiego 2,
- na stronie internetowej www.spwsz.szczecin.pl.

Lokalizacje:
71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



III. TERMINY

Termin składania ofert: **do 29.09.2017r. do godz. 9⁰⁰**

Termin otwarcia ofert: **29.09.2017r. godz. 10⁰⁰**

Termin związania ofertą: **30 dni od upływu terminu złożenia oferty.**

IV. OBOWIĄZKI OFERENTA I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Udzielający zamówienia wymaga, aby:

- świadczenia medyczne objęte ofertą były udzielane przez lekarzy posiadających uprawnienia, określone w odrębnych przepisach spełniających wymagania przewidziane przez NFZ
- świadczenia medyczne objęte ofertą były świadczone zgodnie z przepisami prawa, a w szczególności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2017r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2017.1300). oraz zarządzeniem Nr 71/2017/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017r. w zakresie opieki lekarskiej
- świadczenia medyczne objęte ofertą były wykonywane przez zespoły lekarskie:
 - w trybie ambulatoryjnym w składzie 2 lekarzy, w tym co najmniej jeden pediatra
 - w trybie wyjazdowym 1 lekarz,

w sposób zapewniający ciągłość usług, od poniedziałku do piątku w godzinach od 18⁰⁰ do 8⁰⁰ dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy

Szczegółowy wykaz wymaganych parametrów granicznych znajduje się w **Załączniku nr 1** do niniejszych SWKO.

2. Sposób przygotowania oferty:

- Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę na dany zakres świadczeń.
- Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
- Ofertę należy złożyć w formie pisemnej w języku polskim wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami, na formularzach ofertowych wg wzoru stanowiącego **Załączniki od nr 2 do nr 6** do niniejszych SWKO.
- Oferta musi być podpisana, a kserokopie potwierdzone z klauzulą „Potwierdzam za zgodność z oryginałem” przez osobę (osoby) uprawnioną do występowania w imieniu oferenta, zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej.
- Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną przez siebie ofertę przed upływem terminu składania ofert.
- Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
- Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane i spięte w sposób zapobiegający dekompletacji oferty.
- Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
- Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie, w sposób uniemożliwiający jej przypadkowe otwarcie.
- Ofertę wraz z załącznikami, opatrzoną danymi Oferenta, należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:

Lokalizacje: 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



„Oferta konkursowa na świadczenie usług zdrowotnych dla SPWSZ w zakresie:

.....
(określić rodzaj postępowania)

nie otwierać przed godz.

liczba stron

(liczba zapisanych stron/kart umieszczonych w kopercie)”.

- k) W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent może zwrócić się do Zamawiającego o udzielenie informacji niezbędnych do prawidłowego złożenia oferty.
- l) Cena oferty musi być podana w PLN.
- m) Nie przewiduje się zwołania zebrania Oferentów.

V. WYMAGANE DOKUMENTY

Oferta w formie pisemnej powinna zawierać następujące dokumenty i oświadczenia:

1. W przypadku przedsiębiorstw podmiotów leczniczych:
 - a) decyzję o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia, albo wypis z takiego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
 - b) kopię umowy spółki cywilnej lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienia o zasadach reprezentacji spółki - w przypadku zakładów opieki zdrowotnej, dla których Organem założycielskim jest spółka cywilna,
 - c) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; Oferent może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy,
 - d) kopie posiadanych certyfikatów jakości ISO, certyfikatu akredytacji, jeżeli Oferent posiada takie certyfikaty.
2. W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej:
 - a) decyzję o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia, albo wypis z takiego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
 - b) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru towarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
 - c) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; Oferent może złożyć także umowę przedwstępną
 - d) Kopie posiadanych certyfikatów jakości ISO, certyfikatu akredytacji, jeśli oferent posiada takie certyfikaty.

Lokalizacje: 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

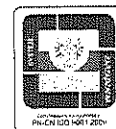
SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



ISO 9001

ZETOM-CERT

3. W przypadku oferentów prowadzących działalność gospodarczą:
- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub
 - aktualny odpis Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru przedsiębiorstw, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
 - kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; Oferent może złożyć także umowę przedwstępną,
 - Kopie posiadanych certyfikatów jakości ISO, certyfikatu akredytacji, jeśli oferent posiada takie certyfikaty.

VI. KRYTERIUM I SPOSÓB WYBORU OFERTY

Wybór najkorzystniejszej oferty zostanie dokonany według kryteriów:

1/ cena - 80 %, gdzie sposób przyznania punktów zostanie obliczony:

$$C = \frac{\text{najniższa cena}}{\text{cena w ofercie ocenianej}} \times 80$$

- 2/ doświadczenie w prowadzeniu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej od 13 m-cy do 24 m-cy - 10%
3/ doświadczenie w prowadzeniu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej powyżej 24 m-cy – 20%

VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

- Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie w dniach do 29 września 2017r. do godz. 9⁰⁰ w Kancelarii Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie, ul. Broniewskiego 2.
- Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem:

„Oferta konkursowa na świadczenie usług zdrowotnych dla SPWSZ w zakresie:

.....
(określić rodzaj postępowania)

nie otwierać przed godz.

liczba stron

(liczba zapisanych stron/kart umieszczonych w kopercie)”.
.....

- Na swój wniosek Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty. W przypadku nadania oferty za pośrednictwem poczty, należy ofertę umieścić w zaklejonej i opisanej kopercie w sposób określony powyżej i przesać pod wskazany niżej adres:
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespołowy w Szczecinie
ul. Broniewskiego 2
71-460 Szczecin
- Oferta przesłana pocztą uznana będzie za złożoną w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do SPWSZ przed upływem terminu określonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w dzienniku korespondencyjnym SPWSZ w Szczecinie.

Lokalizacje: 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokółowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

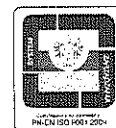
SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



VIII. SPOSÓB DOKONYWANIA ZMIAN I WYCOFANIA OFERT

1. Oferent może wprowadzić zmiany, poprawki, modyfikacje i uzupełnienia do złożonych ofert na tych samych zasadach i w terminie określonym do składania ofert.
2. Wszelkie zmiany, o których mowa w punkcie poprzedzającym muszą być złożone według takich samych zasad, jak złożona oferta, odpowiednio oznakowanych z dopiskiem „ZMIANA OFERTY”.
3. Koperty oznaczone dopiskiem „ZMIANA OFERTY” zostaną otwarte przy otwieraniu oferty Oferenta, który wprowadził korekty i po stwierdzeniu poprawności procedury dokonywania zmian, zmiany zostaną dołączone do oferty.
4. W przypadku uchybienia terminowi określonemu do składania ofert, koperty z dopiskiem „ZMIANA OFERTY” nie zostaną otwarte oraz uwzględnione w prowadzonym postępowaniu, a następnie zwrócone Oferentowi bez otwierania.
5. Oferent ma prawo przed upływem terminu składania ofert wycofać się z postępowania konkursowego poprzez złożenie pisemnego powiadomienia, według tych samych zasad jak w przypadku wprowadzania zmian, z napisem na zewnętrznej kopercie „WYCOFANIE OFERTY”.
6. Oferty wycofane nie będą otwierane i zostaną zniszczone komisyjnie.
7. W przypadku uchybienia terminowi określonemu do składania ofert, koperty z dopiskiem „WYCOFANIE OFERTY” nie zostaną otwarte oraz uwzględnione w prowadzonym postępowaniu, a następnie zwrócone oferentowi.
8. Oferentowi składającemu ofertę odnośnie części/zakresu Ogłoszenia, przysługuje prawo do zmiany lub wycofania oferty w zakresie poszczególnych pozycji Ogłoszenia.

IX. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ DOTYCZĄCYCH KONKURSU

1. Oferenci w zakresie Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert mogą zgłaszać pisemnie pytania za pośrednictwem poczty, składać osobiście w Kancelarii SPWSZ w Szczecinie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: gryzak@spwsz.szczecin.pl; wos@spwsz.szczecin.pl
2. Wszelkie wyjaśnienia dotyczące Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert będą niezwłocznie umieszczone na stronie internetowej SPWSZ w Szczecinie: www.spwsz.szczecin.pl.

X. KOMISJA KONKURSOWA

1. W celu przeprowadzenia postępowania konkursowego dla świadczenia określonego w Ogłoszeniu powoływana jest Komisja Konkursowa.
2. Dyrektor SPWSZ powołuje Komisję Konkursową w składzie co najmniej trzech członków i wyznacza spośród składu Przewodniczącego, który kieruje pracami Komisji.
3. Komisja rozpoczyna pracę nie wcześniej niż po dokonaniu ogłoszenia i kończy pracę z chwilą rozstrzygnięcia konkursu.
4. Komisja podejmuje decyzje zwykłą większością głosów przy obecności pełnego składu.
5. Członek Komisji Konkursowej podlega wyłączeniu z udziału w pracach Komisji, gdy Oferentem jest:
 - a) jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia,
 - b) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
 - c) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
 - d) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
 - e) pozostają z Oferentem w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości, co do ich bezstronności.

Lokalizacja: 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

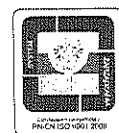
SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



6. Udzielający zamówienia w sytuacji, o której mowa w pkt. 5, dokonuje z urzędu lub na wniosek członka Komisji, Przewodniczącego i Oferenta, wyłączenia i powołuje nowego członka Komisji Konkursowej.

XI. MIEJSCE I TERMIN ORAZ TRYB OTWARCIA OFERT

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w siedzibie ogłaszającego w Szczecinie ul. Broniewskiego 2, sala konferencyjna nr 427, III piętro, dnia 29 września 2017r. o godz. 10⁰⁰.
2. Do chwili otwarcia ofert Ogłaszający przechowuje oferty w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.
3. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej. Oferent może uczestniczyć tylko w części jawnej Konkursu.
4. Komisja konkursowa:
 - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz informuje o liczbie otrzymanych ofert,
 - b) ogłasza dane personalne oraz adres Oferenta, którego oferta jest otwierana,
 - c) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
 - d) odrzuca oferty nie odpowiadające wymogom określonym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert lub złożone po terminie,
 - e) ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, a które zostały odrzucone,
 - f) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia składane przez Oferentów,
 - g) Komisja Konkursowa może zobowiązać Oferentów do usunięcia braków formalnych w terminie 2 dni pod rygorem odrzucenia oferty,
 - h) wybiera najkorzystniejsze oferty albo nie przyjmuje żadnej.
5. Czynności, o których mowa w ust. 4 lit. c), d) i h), Komisja Konkursowa przeprowadza na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów.
6. W trybie przewidzianym w ust. 4 lit. g) nie można dokonać uzupełnienia oferty w zakresie propozycji cenowej oraz warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych.

XII. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

1. Komisja Konkursowa rozstrzyga o wynikach postępowania konkursowego w ciągu 14 dni od daty otwarcia ofert.
2. Kryteria wyboru ofert : cena: 80% i 20% doświadczenie w świadczeniu usług w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Wygrywa oferta z największą liczbą punktów, przy spełnieniu wymaganych parametrów granicznych
3. Komisja konkursowa niezwłocznie przedstawia Udzielającemu zamówienia (Dyrektorowi SPWSZ) protokół z przebiegu konkursu wraz z umotywowanym wnioskiem o udzielenie zamówienia wybranemu Oferentowi (wybranym Oferentom).
4. Wyniki konkursu uznaje się za obowiązujące po zatwierdzeniu przez Dyrektora SPWSZ w Szczecinie.
5. Komisja konkursowa zawiadamia Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na tablicy ogłoszeń SPWSZ w Szczecinie oraz na stronie internetowej: www.spwsz.szczecin.pl, przez okres co najmniej 7 dni, począwszy od następnego dnia po zatwierdzeniu wyników przez Dyrektora SPWSZ w Szczecinie.
6. Odrzuca się ofertę:
 - a) złożoną przez oferenta po terminie;
 - b) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
 - c) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;

Lokalizacja: 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

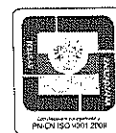
SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



- d) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
- e) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
- f) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienie.

XIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent jest związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do ich składania.

XIV. ZASTRZEŻENIA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu na każdym jego etapie oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.
2. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu do składania ofert, Udzielający zamówienia może zmodyfikować treść dokumentów składających się na Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert.
3. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, Udzielający zamówienia może przedłużyć termin składania ofert. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania – Oferenta i Udzielającego zamówienia będą podlegały nowemu terminowi.
4. O każdej zmianie Udzielający zamówienia zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
5. Oferta musi wyrażać stanowczą wolę Oferenta zawarcia umowy o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługuje status Oferenta.
6. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
7. Umowa zostanie zawarta na okres 3 lat.
8. Umowa zawarta zostaje z chwilą podpisania jej przez obie strony. Wymaga ona formy pisemnej pod rygorem nieważności.
9. Zakazana jest zmiana postanowień zawartej umowy oraz wprowadzenie nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
10. Wszystkie oświadczenia, wnioski oraz zawiadomienia Udzielający zamówienia oraz Oferenci przekazują pisemnie.
11. Oferent nie może zaproponować za określone świadczenie ceny wyższej, jeżeli Udzielający zamówienia w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert określił cenę maksymalną (dotyczy to również wskaźnika procentowego).
12. Komisja Konkursowa odrzuci ofertę, jeżeli Oferent zaoferuje cenę wyższą niż cena, o której mowa w pkt. 11.
13. Oferty odrzucone, nieprzyjęte, a także w przypadku odwołania, uwzględniania protestu lub umorzenia części/zakresu postępowania konkursowego zostaną stosownie do odpowiedniej części/zakresu komisyjnie zniszczone.
14. Komisja Konkursowa odrzuci ofertę Oferenta, z którym rozwiązana została w ciągu ostatnich 3 lat umowa z powodu nienależytego wykonania świadczeń.

XV. ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTOM

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, Oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowaną skargę. Do czasu rozstrzygnięcia skargi postępowanie konkursowe zostanie zawieszona. W ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wyniku konkursu Oferent może złożyć do zamawiającego umotywowany protest.

Lokalizacja: 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokółowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

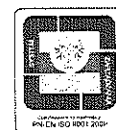
SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



ZETOM-CERT

-
2. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do kierownika udzielającego zamówienie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.

XVI. ZAWARCIE UMOWY

1. Projekt Umowy stanowi **Załącznik nr 7** do niniejszych SKWO.
2. Umowa będzie zawarta na okres 3 lat.
3. Oferent, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą zostanie powiadomiony o miejscu i terminie podpisania umowy.
4. Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Zamawiający wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

XVII. OFERTA POWINNA ZAWIERAĆ:

1. Stronę tytułową – zgodnie z Załącznikiem nr 2 do SKWO
2. Spis treści – zgodnie z Załącznikiem nr 3 do SKWO
3. Formularz oferty – zgodnie z Załącznikiem nr 4 do SKWO
4. Ofertę cenową – zgodnie z Załącznikiem nr 5 do SKWO
5. Dane oferenta – zgodnie z Załącznikiem nr 6 do SKWO

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



*Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na świadczenie usług opieki lekarskiej w trybie ambulatoryjnym i wyjazdowym w zakresie nocnej i świątecznej
opieki zdrowotnej w lokalizacji SPWSZ w Szczecinie przy ul. Broniewskiego 2*

Wymagane parametry graniczne:

**Zadanie nr 1 – ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI LEKARSKIEJ W TRYBIE AMBULATORYJNYM
I WYJAZDOWYM W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W LOKALIZACJI SPWSZ W SZCZECINIE PRZY UL. BRONIEWSKIEGO 2.**

Lp.	Warunki graniczne
1	Lekarze posiadający prawo do wykonywania zawodu
2	Przynajmniej 12 miesięczne doświadczenie w udzielaniu świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

Lokalizacja: 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



*Załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na świadczenie usług opieki lekarskiej w trybie ambulatoryjnym i wyjazdowym w zakresie nocnej i świątecznej
opieki zdrowotnej w lokalizacji SPWSZ w Szczecinie przy ul. Broniewskiego 2*

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

OFERTA

Postępowanie
(wpisać przedmiot postępowania)

.....

Oferent:
(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

.....

Oferta zawiera kolejno ponumerowanych stron.

.....
(podpis i pieczętka oferenta)

Lokalizacje: 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



ISO 9001

ZETOM-CERT

Załącznik nr 3 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na świadczenie usług opieki lekarskiej w trybie ambulatoryjnym i wyjazdowym w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w lokalizacji SPWSZ w Szczecinie przy ul. Broniewskiego 2

Wzór spisu treści

Pieczątką firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie
(wpisać przedmiot postępowania oferty)

Spis treści:

Nr strony (od - do)

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Oferent:
(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

Lokalizacja: 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

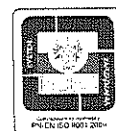
SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



ISO 9001

ZETOM-CERT

(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na świadczenie usług opieki lekarskiej w trybie ambulatoryjnym i wyjazdowym w zakresie nocnej i świątecznej
opieki zdrowotnej w lokalizacji SPWSZ w Szczecinie przy ul. Broniewskiego 2

Pieczęć firmowa z pełną nazwą Oferenta

FORMULARZ OFERTY

Przystępując do konkursu na świadczenie usług zdrowotnych polegających na.....

(wpisać przedmiot postępowania)

- ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespólny w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4 oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
4. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
5. Oświadczam, że posiadamy przeszkolony i wykwalifikowany personel zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, gwarantujący wykonanie usługi z należytą starannością.
6. Oświadczam, że spełniam wymagane parametry graniczne, określone w załączniku Nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
7. Oświadczam, że:
 - a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
 - b) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
 - c) akceptuję projekt umowy, i zapisy w nim zawarte;
 - d) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
9. Oświadczam, że oferta składa się zponumerowanych stron.

(podpis i pieczęć oferenta)

Lokalizacja: 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



Załącznik nr 5 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na świadczenie usług opieki lekarskiej w trybie ambulatoryjnym i wyjazdowym w zakresie nocnej i świątecznej
opieki zdrowotnej w lokalizacji SPWSZ w Szczecinie przy ul. Broniewskiego 2

Wzór oferty cenowej

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie
(wpisać przedmiot postępowania)

Oferta cenowa

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania świadczeń opieki lekarskiej w trybie ambulatoryjnym i wyjazdowym w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na rzecz Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4.

Lp	NAZWA ZADANIA	Oferowana miesięczna cena - ryczałt
1.	ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI LEKARSKIEJ W TRYBIE AMBULATORYJNYM I WYJAZDOWYM W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LOKALIZACJI SPWSZ W SZCZECINIE PRZY UL. BRONIEWSKIEGO 2.	

Słownie brutto:

Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych będzie udzielać osób posiadających następujące kwalifikacje:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

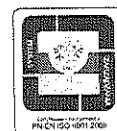
SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



Załącznik nr 6 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na świadczenie usług opieki lekarskiej w trybie ambulatoryjnym i wyjazdowym w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w lokalizacji SPWSZ w Szczecinie przy ul. Broniewskiego 2

Wzór danych o Oferencie

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie
(wpisać przedmiot postępowania)

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa oferenta - numer wpisu do właściwego rejestru, numer wpisu do właściwego rejestru ZOZ (KRS, ewidencja działalności gospodarczej).

.....
2. Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy....., miejscowość.....

Telefon....., fax.....

Regon.....NIP.....

Nazwa banku, nr rachunku

Wymagane dokumenty:

Kserokopia wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz odpis aktualnych rejestrów (KRS, ewidencji o działalności gospodarczej) potwierdzający, że profil działania Oferenta odpowiada profilowi usług objętych niniejszym konkursem.

.....
(Podpis i pieczętka Oferenta)

Lokalizacja: 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94