**WARUNKI KONKURSU OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**w Szpitalu Powiatowym im. prof. Romana Drewsa w Chodzieży ul. Żeromskiego 29**

***W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH -***

1. ***RATOWNIK MEDYCZNY – KIEROWCA, RATOWNIK MEDYCZNY***

**WSTĘP**

1. Warunki konkursu ofert na zawieranie umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne zwane dalej „SWKO” określają:

- wymagania stawiane oferentom

- tryb składania ofert

- sposób przeprowadzania konkursu

- tryb składania i rozpatrywania skarg oraz protestów związanych z tymi czynnościami

1. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty, oferent winien zapoznać się

z wszystkimi informacjami zawartymi w SWKO.

1. Konkurs ofert prowadzony jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

**DEFINICJE:**

Ilekroć w SWKO oraz jego załącznikach jest mowa o:

1. **Oferencie** – to rozumie się przez to RATOWNIKA MEDYCZNEGO – KIEROWCĘ, RATOWNIKA MEDYCZNEGO prowadzącego działalność gospodarczą
2. **Udzielającym zamówienie** – rozumie się przez to Szpital Powiatowy im. prof. Romana Drewsa w Chodzieży ul. Żeromskiego 29
3. **Świadczeniach zdrowotnych** – rozumie się przez to świadczenia medyczne wykonywane przez RATOWNIKA MEDYCZNEGO-KIEROWCĘ, RATOWNIKA MEDYCZNEGO.
4. **Ofercie** – rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez Udzielającego zamówienia, stanowiący załącznik nr 1, 2 do SWKO wraz z koniecznymi dokumentami.

**PODSTAWOWE ZASADY PRZEPROWADZANIA KONKURSU OFERT**

1. Ofertę składa oferent dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym postępowaniem konkursowym.
2. Korespondencja dotycząca konkursu powinna być kierowana przez oferenta na adres Szpital Powiatowy im. prof. Romana Drewsa ul. Żeromskiego 29, 64-800 Chodzież z dopiskiem „Konkurs ofert na …………” oraz nazwę oferenta.
3. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający zamówienia stosuje zasady określone w SWKO i „Regulaminie komisji konkursowej”.
4. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do odwołania oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podawania przyczyny.
5. O odwołaniu konkursu Udzielający zamówienia zawiadamia oferentów na piśmie.

**PRZYGOTOWANIE OFERTY**

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w SWKO, wymienionymi na formularzu ofertowym, udostępnionym przez Udzielającego zamówienia.
2. Oferenci ponoszą wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.
3. Oferta powinna zawierać wszystkie dokumenty i załączniki wymagane w SWKO.
4. Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty, czytelny i w języku polskim.
5. Ofertę podpisuje Oferent.
6. Oferent może wycofać złożoną ofertę powiadamiając pisemnie Udzielającego Zamówienie przed upływem terminu składania ofert.
7. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem

„Konkurs ofert na ………………” oraz nazwę oferenta.

**INFORMACJA O DOKUMENTACH ZAŁĄCZANYCH PRZEZ OFERENTA**

1. W celu uznania, że oferta spełnia wymagane warunki, oferent zobowiązany jest dołączyć do oferty dokumenty wskazane w formularzu oferty.
2. Dokumenty oferent przedkłada w formie kserokopii.
3. W celu sprawdzenia autentyczności przedłożonych dokumentów Udzielający zamówienia może zażądać od oferenta przedstawienia oryginału, gdy kserokopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości .

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez RATOWNIKA MEDYCZNEGO – KIEROWCĘ, RATOWNIKA MEDYCZNEGO wskazanych w definicji „świadczenia zdrowotne”.

**OKRES ZWIĄZANIA UMOWĄ**

Oferent składa ofertę na realizację zadań w zakresie objętym zamówieniem na okres

od dnia **1 lipca 2025 do dnia 30 czerwca 2029 r.**

**MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT**

Ofertę składa się w siedzibie Szpitala w sekretariacie ul. Żeromskiego 29, w terminie do **26 czerwca 2025 r.**

**do godziny 9:00.**

**TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Oferent związany jest ofertą do 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

**KOMISJA KONKURSOWA**

1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Udzielający zamówienia powołuje komisję konkursową.
2. Szczegółowe zasady pracy komisji konkursowej określa „Regulamin komisji konkursowej”.
3. Członkiem komisji nie może być osoba podlegająca wyłączeniu z udziału w komisji w przypadkach wskazanych w „Regulaminie komisji konkursowej”.

**MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT ORAZ PRZEBIEG KONKURSU**

1. Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **26 czerwca 2025 r. o godzinie 10:00** w siedzibie Udzielającego zamówienie w Sali konferencyjnej Szpitala.
2. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej.
3. W części jawnej komisja stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu, liczbę otrzymanych ofert, otwiera koperty z ofertami oraz ogłasza oferentom, które oferty spełniają warunki konkursu, a które zostały odrzucone,
4. W części niejawnej ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu, odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom konkursu, przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów, przeprowadza indywidualne negocjacje, wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
5. Szczegółowe zasady postępowania komisji konkursowej określa „Regulamin komisji konkursowej”.

**KRYTERIA OCENY OFERT**

Dokonując wyboru najkorzystniejszych ofert komisja konkursowa kieruje się następującymi kryteriami:

1. Kwalifikacje: - 50 pkt.
2. Cena - 50 pkt.

**ODRZUCA SIĘ OFERTĘ:**

**1.** Złożoną przez oferenta po terminie;

**2.** Zawierającą nieprawdziwe informacje;

**3.**Jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń ;

**4.** Jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;

**5.** Jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;

**6.**Jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;

**7.**Jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych jako warunki wymagane od udzielającego zamówienie.

**8.** Złożoną przez oferenta, z którym została rozwiązana przez udzielającego zamówienie umowa o udzielanie świadczeń w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

**UZUPEŁNIENIE OFERTY**

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 pod rygorem odrzucenia oferty.

**UNIEWAŻNIENIE KONKURSU**

**1.** Udzielający zamówienie unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń gdy:

1) nie wpłynęła żadna oferta;

2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;

3) odrzucono wszystkie oferty;

4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą udzielający zamówienie przeznaczył na finansowanie świadczeń w danym postępowaniu;

5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

2.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.

**ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU, WARUNKI UMOWY**

1. Rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert na tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego zamówienie, podając nazwę oferenta.
2. Udzielający zamówienie pisemnie zawiadamia oferentów o wynikach konkursu
3. Oferentowi wybranemu w wyniku postępowania konkursowego Udzielający zamówienie wskazuje termin podpisania umowy.

**ŚRODKI ODWOŁAWCZE**

Oferent, którego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych , przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w art.153 i 154 ust.1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych .

# Załącznik Nr 1

# **OFERTA KONKURSOWA**

# 

# **NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ:**

#### RATOWNIK MEDYCZNY – KIEROWCA

#### W SZPITALU POWIATOWYM im. prof. Romana Drewsa w CHODZIEŻY

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert ( SWKO), wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

2. OFERENT:

Imię i nazwisko : ....................................................................................................................................................

Nazwa firmy Oferenta, adres............................................................................................................................

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Oświadczam, że będę udzielał (a) świadczenia zdrowotne w Szpitalu Powiatowym w Chodzieży dysponując jego wyposażeniem.

4. Kwalifikacje zawodowe – dokumenty w załączeniu do oferty.

5. Propozycja cenowa:

Stawka godzinowa za świadczenia zdrowotne: …………………………………………… brutto

6. Czas trwania umowy: od 01.07.2025 do 30.06.2029

7. Załączniki:

1) Oferta Konkursowa

2) Ksero dyplomu

3) Ksero Prawo jazdy

4) Zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym

5) Orzeczenie psychologiczne o braku przeciwskazań do kierowania pojazdem

uprzywilejowanym

6) Orzeczenie lekarskie o braku przeciwskazań do kierowania pojazdem

uprzywilejowanym

7) Karta doskonalenia zawodowego

8) Ksero polisy ubezpieczeniowej

9) Ksero zaświadczenia o prowadzonej działalności gospodarczej – wydruk CEIDG

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

Podpis oferenta

# Załącznik Nr 2

# **OFERTA KONKURSOWA**

# 

# **NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ:**

#### RATOWNIK MEDYCZNY

#### W SZPITALU POWIATOWYM im. prof. Romana Drewsa w CHODZIEŻY

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert ( SWKO), wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

2. OFERENT:

Imię i nazwisko: ....................................................................................................................................................

Nazwa firmy Oferenta, adres............................................................................................................................

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Oświadczam, że będę udzielał (a) świadczenia zdrowotne w Szpitalu Powiatowym w Chodzieży dysponując jego wyposażeniem ,

4. Kwalifikacje zawodowe – dokumenty w załączeniu do oferty.

5. Propozycja cenowa:

Stawka godzinowa za świadczenia zdrowotne: ……………………………… brutto

6. Czas trwania umowy: od 01.07.2025 do 30.06.2029

7. Załączniki:

1) Oferta Konkursowa

2) Ksero dyplomu

3) Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy

4) Karta doskonalenia zawodowego

5) Ksero polisy ubezpieczeniowej

6) Ksero zaświadczenia o prowadzonej działalności gospodarczej - wydruk CEIDG

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

Podpis oferenta