



Lublin, dnia 16 lutego 2022 r.

WSzSSPZOZ.DOP.0232.13.2022

Informacja

**dotycząca konkursu ofert na zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie wykonywania zabiegów synowektomii radioizotopowej
w Zakładzie Medycyny Nuklearnej
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie**

Działając w imieniu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie, w oparciu o zapis Rozdziału XII ust. 1 Materiałów Informacyjnych i Szczegółowych Warunków Konkursu (w skrócie MI) o nr. WSzSSPZOZ.DOP.0232.13.2022 dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania zabiegów synowektomii radioizotopowej w Zakładzie Medycyny Nuklearnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie dokonuję następujących zmiany w prowadzonym Konkursie:

1. w Rozdziale III MI zmianie ulega zapis ust. 1, który otrzymuje następujące brzmienie:
„1. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem postępowania konkursowego mają być udzielane przez osoby wykonujące zawód lekarza posiadające prawo do jego wykonywania oraz:
 1. posiadające tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia z zakresu reumatologii lub chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, oraz
 2. posiadające certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta; w przypadku braku w/w certyfikatu należy złożyć zobowiązanie do jego uzupełnienia w terminie do 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych”.

3. Formularz Ofert otrzymuje nowe następujące brzmienie, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszej Informacji.

Z-ca DYREKTORA ds. Lecznictwa
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Lublinie

Przewodnicząca Komisji Konkursowej
dr n. med. Małgorzata Piasecka

Dyrektor
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Lublinie

Dyrektor

mgr Piotr Matej

Pieczętka firmowa z pełną nazwą oferenta

Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętką Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty wraz załączonymi do niego dokumentami muszą być parafowane i opieczetowane przez Oferenta lub upoważnioną przez niego osobę.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza							
Rodzaj praktyki lekarskiej				Nr prawa wykonywania zawodu			
Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)				Nr księgi rejestrowej			
Adres zamieszkania							
Kraj		Miejscowość					
Kod pocztowy		Poczta					
Ulica			Nr domu		Nr lokalu		
E-mail			telefon		fax		
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):							
Kraj				Miejscowość			
Kod pocztowy		Poczta					
Ulica			Nr domu		Nr lokalu		
Działalność gospodarcza							
Firma					Siedziba		
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)				REGON			

III. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu

.....
.....
(numer dyplomu lekarza i posiadane specjalizacje)

Uwaga!

Składając ofertę należy dołączyć „Wykaz lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych” sporządzony zgodnie z Załącznikiem Nr 1 do umowy oraz dołączyć wymagane dokumenty lub złożyć oświadczenie o posiadaniu przez wskazane osoby wymaganych kwalifikacji, uprawnień i doświadczenia **(nie dotyczy Oferenta, który będzie świadczył usługi medyczne osobiście)**

IV. Oferowana kwota wynagrodzenia:

Za realizację zamówienia proponuję następującą stawkę wynagrodzenia w wysokości PLN brutto za wykonanie jednego zabiegu synowektomii radioizotopowej.

V. Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen.
2. Oferuję termin płatności 14 dni od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi (dla indywidualnych praktyk lekarskich).
4. Oświadczam, że staż pracy w Zakładzie Medycyny Nuklearnej wynosi lat (dla indywidualnych praktyk lekarskich).
5. Oświadczam, że ilość lat udzielania świadczeń będących przedmiotem postępowania konkursowego wynosi lat (dla podmiotów leczniczych).
6. Proponuję udzielanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych (innych niż będące przedmiotem zamówienia):
 - 1)
 - 2)
 - 3)
7. Oświadczam, że **wyrażam / nie wyrażam*** zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w związku z wystąpieniem szczególnych potrzeb Udzielającego Zamówienia, w wymiarze godzinowym większym niż wynikający z ust. 2 Projektu Umowy.
8. **Oświadczam, że udzielałem / nie udzielałem*** świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego Zamówienia w okresie ostatnich dwóch lat.
9. Oświadczam, że posiadam stopień naukowy..... (jeżeli dotyczy).
10. Oświadczam, że **jestem czynnym podatnikiem podatku od towarów i usług (VAT) / jestem zwolniony z podatku VAT***.
11. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
12. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r., poz. 711 z późn. zm.)

13. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres **od dnia 01.03.2022 r. do 31.12.2024 r.**
14. Zobowiązuję się, że nie będę zatrudniony u Udzielającego Zamówienia na podstawie umowy o pracę w czasie wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania.
15. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
16. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu oraz załącznikami nr 2, 3 i 4 do MI i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń
17. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
18. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
19. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
20. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
21. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienia harmonogramem.

V. Do oferty załączam:

1. odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*,
2. aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego / wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*,
3. umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) *,
4. dyplom lekarza,
5. dyplom naukowy (jeżeli dotyczy),
6. prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
7. dyplom specjalizacji,
8. certyfikat z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta lub zobowiązanie do jego uzupełnienia w terminie do 3 miesięcy od rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych,
9. inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (wskazać jakie):

- 1)
- 2)
- 3)

10.(inne dokumenty – wskazać jakie)

*-niewłaściwe skreślić

.....
(pieczętka i podpis Oferenta)

.....
(miejsce i data)