



WSzSSPZOZ.DOP.0232.47.2022

Lublin, 24 maja 2022 r.

Informacja

**dotycząca konkursu ofert na zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w Pracowni Działu Diagnostyki RTG Nr 2 przy ul. Herberta 21
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.0232.47.2022 dotyczących udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Poradniach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie dokonuję następujących zmian w prowadzonym Konkursie:

- I. Formularz Ofert otrzymuje nowe następujące brzmienie , który stanowi załącznik nr 1 do niniejszej informacji.**
- II. w Materiałach Informacyjnych i Szczegółowych Warunkach Konkursu (dalej jako MI) wprowadza się następujące zmiany:**
 1. w Rozdziale **IV MI** zostaje wykreślony zapis ust. 3 pkt 13
 2. w Rozdziale **V MI** zmianie ulega zapis ust. 1, który otrzymuje następujące brzmienie:
 - „ 1. Przyjmujący Zamówienie będzie wykonywał przedmiot umowy, o którym mowa w Rozdziale II powyżej zgodnie z następującymi zakresami czasu:
 - 1) świadczenia zdrowotne w ramach normalnej ordynacji udzielane będą w dni robocze, tj. od poniedziałku do piątku w godz. 7:30-15:00, (**dot. Zakresu I i II**)
 - 2) świadczenia zdrowotne w ramach dyżuru medycznego pod telefonem obejmują wyłączenie badania RTG i TK od poniedziałku do piątku w godz. 15:00-7:30 dnia następnego, z możliwością zastosowania zdalnego trybu opisywania badań poprzez udostępnione łącze teleinformatyczne, w sytuacji klinicznej nie wymagającej udzielania świadczeń zdrowotnych w lokalizacji Udzielającego Zamówienie, wg. oceny Przyjmującego Zamówienie, (**dot. Zakresu I**)
 - 3) świadczenia zdrowotne w ramach dyżuru medycznego pod telefonem obejmują wyłącznie badania RTG i TK całodobowo w soboty, niedziele i święta i dni dodatkowo wolne od pracy, z możliwością zastosowania zdalnego trybu opisywania badań poprzez udostępnione łącze teleinformatyczne w sytuacji klinicznej nie wymagającej udzielania

świadczeń w lokalizacji Udzielającego Zamówienie, wg. oceny Przyjmującego Zamówienie (**dot. Zakresu I**).

III. w Załączniku nr 2 do Materiałów Informacyjnych i Szczegółowych Warunkach Konkursu wprowadza się następujące zmiany:

1. zmianie ulega zapis § 3 ust. 2, który otrzymuje następujące brzmienie:

1. Przyjmujący Zamówienie będzie wykonywał przedmiot umowy, o którym mowa w § 1 ust.1 powyżej zgodnie z następującymi zakresami czasu:
 - 1) od poniedziałku do piątku w godz. 7:30 - 15:00 (**dot. Zakresu I i II**), oraz
 - 2) dyżur medyczny pod telefonem od poniedziałku do piątku w godz. 15:00 - 7:30 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta i dni dodatkowo wolne od pracy, który obejmuje wyłączenie badania RTG i TK z możliwością zastosowania zdalnego trybu opisywania badań poprzez udostępnione łącze teleinformatyczne, w sytuacji klinicznej nie wymagającej udzielania świadczeń zdrowotnych w lokalizacji Udzielającego Zamówienie wg. oceny Przyjmującego Zamówienie (**dot. Zakresu I**),
 - 3) świadczenia zdrowotne w ramach dyżuru medycznego pod telefonem obejmują wyłącznie badania RTG i TK całodobowo w soboty, niedziele i święta i dni dodatkowo wolne od pracy, z możliwością zastosowania zdalnego trybu opisywania badań poprzez udostępnione łącze teleinformatyczne w sytuacji klinicznej nie wymagającej udzielania świadczeń w lokalizacji Udzielającego Zamówienie wg. oceny Przyjmującego Zamówienie (**dot. Zakresu I**).

2. w zapis § 10 ust. 1 pkt. 13 zostaje wykreślony

Z upoważnienia Dyrektora

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

.....
mgr inż. Małgorzata Piasecka
Dyrektor

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

Przewodnicząca Komisji Konkursowej

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 upoważnionego przedstawiciela Oferenta.
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 upoważnionego przedstawiciela Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza									
Rodzaj praktyki					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. Zakres, którego dotyczy oferta (według Rozdziału II MI):

☐ Zakres I

☐ Zakres II

(zaznaczyć X przy właściwym zakresie, którego dotyczy oferta)

IV. Kwalifikacje zawodowe Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu

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

V. Oferowana kwota wynagrodzenia:

ZAKRES I:

- 1) **kwota** **PLN brutto** za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji;
- 2) **kwota** **PLN brutto** za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji, jako dyżur medyczny w trybie „dyżuru pod telefonem”;
oraz
za opisywanie badań w trybie „dyżur pod telefonem” tj.:
 - 1) za opis jednego badania TK głowy;
 - 2) za opis jednego badania TK zatoki/twarzoczaszki;
 - 3) za opis jednego badania TK kłp bez kontrastu;
 - 4) za opis jednego badania TK kłp z kontrastem;
 - 5) za opis jednego badania TK kręgosłup jednego odcinka;
 - 6) za opis jednego badania TK angio jednej okolicy anatomicznej;
 - 7) za opis jednego badania TK jama brzuszna bez kontrastu;
 - 8) za opis jednego badania TK jama brzuszna i miednica bez kontrastu;
 - 9) za opis jednego badania TK jama brzuszna i miednica z kontrastem;
 - 10) za opis jednego badania TK kości jednej okolicy anatomicznej;
 - 11) za opis jednego badania TK tkanek miękkich szyi;
 - 12) za opis jednego badania RTG jednej okolicy anatomicznej.

ZAKRES II:

- 1) **kwota** **PLN brutto** za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji.

VI. Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oferuję termin płatności 14 dni od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi lat.
4. Oświadczam, że posiadam- letni staż pracy w charakterze specjalisty w dziedzinie

5. Proponuję udzielanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych (innych niż będące przedmiotem zamówienia):
 - 1)
 - 2)
 - 3)
6. **Oświadczam, że wyrażam / nie wyrażam*** zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w związku z wystąpieniem szczególnych potrzeb Udzielającego Zamówienia, w wymiarze godzinowym większym w danym miesiącu niż wynikający z harmonogramu na dany miesiąc.
7. **Oświadczam, że udzielałem / nie udzielałem*** świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego Zamówienia w okresie ostatnich dwóch lat.
8. **Oświadczam, że jestem czynnym podatnikiem podatku od towarów i usług (VAT) / jestem zwolniony z podatku VAT*.**
9. 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.
10. 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 2022 r., poz. 633 z późn. zm.).
11. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres **od dnia 01.06.2022 r. do 31.05.2024 r.**
12. Zobowiązuje się, że nie będę zatrudniony u Udzielającego Zamówienia na podstawie umowy o pracę w czasie wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania.
13. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
14. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu oraz załącznikami nr 3 i 4 do MI i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
15. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
16. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
17. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
18. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
19. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienia harmonogramem.

VI. 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. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta, w przypadku braku w/w certyfikatu należy złożyć zobowiązanie do jego uzupełnienia w terminie do 3 miesięcy od rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych,
 5. dyplom lekarza,
 6. dyplom specjalizacji,
 7. prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
 8. inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (wskazać jakie):
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 9.(inne dokumenty – wskazać jakie)
- *-niewłaściwe skreślić

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

.....
(miejscowość i data)