

DYREKTOR  
Wojskowej Specjalistycznej  
Przychodni Lekarskiej SP ZOZ  
w Bielsku-Białej  
mgr Robert ŚLIWA  
DYREKTOR

Bielsko Biała, 18 sierpnia 2023 r.

NR 922/2023

## OGŁOSZENIE

### w sprawie szczegółowych warunków konkursu ofert w zakresie realizacji świadczeń lekarza: podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)

Dyrektor Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SP ZOZ w Bielsku Białej działając na podstawie:

1. Ustawy z dnia 15. 04. 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.),
2. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U.2015 poz. 581 z późn. zm),
3. Zarządzenia Dyrektora WSPL SPZOZ w Bielsku Białej.

jako Udzielający Zamówienia ogłasza konkurs ofert na **udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ)** przedstawia warunki udziału w postępowaniu:

#### I. Udzielający Zamówienia:

Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Willowa 2 a, 43 – 309 Bielsko Biała

#### II. Przedmiot konkursu ofert:

1. **Udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ).**

na rzecz pacjentów WSPL SPZOZ w Bielsku Białej.

Szczegółowo przedmiot konkursu i warunki wymagane przedstawione zostały w dalszej części ogłoszenia.

Udzielający Zamówienia **panuje zawarcie nie więcej niż trzech umów z oferentami na ww. zakres udzielania świadczeń.**

Okres obowiązywania umowy **od 01.09.2023 r. do 31.12.2025 r.** z możliwością przedłużenia do **31.12.2026 r.**

#### III. Miejsce udzielania świadczeń

1. **Gabinet lekarza POZ WSPL SP ZOZ w Bielsku Białej, ul. Willowa 2 a.**

#### IV. Miejsce i czas ukazania się ogłoszenia:

Ogłoszenie zostało zamieszczone w dniu **21 sierpnia 2023 r.** na stronie internetowej przychodni (<http://www.wspl.bielsko.pl/>) oraz tablicy informacyjnej WSPL SPZOZ

w Bielsku Białej.

## V. Obowiązki Oferenta

Do konkursu mogą przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą zgodnie z ustawą o działalności leczniczej oraz lekarze posiadający kwalifikacje zgodne z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz.U. 2015 poz. 464 z późn. zm.), spełniający n/w wymogi:

- 1) Obligatoryjne:
  - a. posiadający dyplom lekarza/lekarza dentysty,
  - b. posiadający czynne prawo wykonywania zawodu na terenie RP,
  - c. zezwolenie Izby Lekarskiej na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej - oświadczenie,
  - d. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich - oświadczenie,
  - e. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis KRS - oświadczenie,
  - f. polisa obowiązkowego OC na czas udzielania świadczeń,

## VI. Sposób przygotowania oferty

1. Oferta winna być złożona w formie pisemnej w języku polskim na formularzu ofertowym stanowiącym **załącznik nr 1**.
2. Wszystkie dokumenty oferty muszą być podpisane, a kopie potwierdzone „**za zgodność z oryginałem**” przez Oferenta lub dyrektora przychodni.
3. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
4. Ofertę wraz z załącznikami opatrzoną danymi Oferenta należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej odpowiednio: „**Konkurs ofert – POZ**”. **Dopuszcza się złożenie skanu oferty za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres email przychodni: sekretariatwsplekbb@onet.pl.**
5. W celu prawidłowego przygotowania oferty Oferent może zadać niezbędne, w tym zakresie pytania.
6. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
7. Oferent, który jest pracownikiem zamawiającego lub posiada aktualną umowę cywilnoprawną z oferentem, nie musi składać dokumentów potwierdzających spełnianie przez niego warunków udziału w postępowaniu.
8. Kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od Oferenta są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.
9. Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Oferent.

## VII. Warunki udzielania świadczeń:

1. Świadczenia udzielane będą w **gabinecie lekarza POZ – WSPL SP ZOZ ul. Willowa 2 a** (szczegółowe warunki określa umowa).
2. Wymagamy aby udzielanie świadczeń w ww. zakresie wykonywane było zgodnie z miesięcznym harmonogramem ustalonym z Udzielającym zamówieniem na warunkach określonych w umowie.
3. Udzielający Zamówienia z Przyjmującym Zamówienie będzie rozliczał się wg zasad określonych w umowie i stawek wykazanych w ofercie Przyjmującego zamówienie (**Załącznik nr 1**).

**VIII. Dokumenty jakie powinien złożyć Oferent oraz warunki wymagane od Oferenta:**

1. Wypełniony Formularz ofertowy, zgodny ze wzorem (załącznik nr 1).
2. Dokumenty potwierdzające posiadaną specjalizację, ubezpieczenie OC – kopie w dniu podpisania umowy (z zastrzeżeniem pkt. VI ppkt. 7).
3. Oświadczenie Oferenta, stanowiące **Załącznik nr 2** do niniejszych warunków.

**IX. Opis kryteriów oceny ofert, ich znaczenie oraz sposób oceny ofert:**

**Udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ).**

1. Na kryterium oceny złożonych ofert składać się będzie:

**DOSTĘPNOŚĆ (50%) I CENA (50%) razem 100% = 100 punktów**

„Dostępność” zamawiający będzie oceniał przyznając 10 punktów za jeden dzień deklarowanego świadczenia usług w wymiarze minimum 3 godzin. Maksymalnie za to kryterium można przyznać 50 punktów.

„Cena” - punkty będą przyznawane według poniższej zasady:

Kryterium ceny (P1) oceniane będzie wg wzoru:

$$P1 = \frac{C_n}{C_b} \times 100 \times 50\%$$

Gdzie:

P1 – Ilość punktów w kryterium cena

C<sub>n</sub> – najniższa cena

C<sub>b</sub> – cena oferty badanej

100 – wskaźnik stały

50% - procentowe znaczenie kryterium cena

2. Najkorzystniejszą ofertą jest ta, która uzyska największą liczbę punktów.

3. W toku badania i oceny ofert Udzielający Zamówienia może żądać od Oferenta wyjaśnień i prowadzić negocjacje dotyczące treści złożonej oferty.

4. Oferent może złożyć dodatkową propozycję wykonywania badań, kwalifikacji do szczepień lub np. interpretacji i opisu wyniku badania EKG.

**X. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Ofertę w zaklejonej kopercie należy złożyć w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Willowa 2 a, 43 – 309 Bielsko Biała, **sekretariat przychodni pok. 9** w terminie **do dnia 31 sierpnia 2023 roku, do godziny 10:00**. Godziny pracy sekretariatu: od poniedziałku do piątku od 7:30 do 15:00.
2. Ofertę przesłaną drogą pocztową uważa się za złożoną w terminie, jeżeli zostanie ona dostarczona do WSPL w terminie nie późniejszym niż wyżej określony.
3. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.

4. Ofertę można złożyć za pomocą poczty elektronicznej na adres: **sekretariatwsplekbb@onet.pl** w tytule należy zawrzeć nazwę „**Konkurs ofert – POZ**”.
5. Celem dokonania zmian, bądź poprawek – Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją ponownie pod warunkiem zachowania wcześniej wyznaczonego terminu.

#### **XI. Miejsce, termin, tryb otwarcia ofert oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert.**

Komisyjne otwarcie ofert nastąpi w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Willowa 2 a, 43 – 309 Bielsko Biała, pomieszczenie Dyrektora, **w dniu 31 sierpnia 2023 r. o godzinie 10:30.**

1. Do chwili otwarcia ofert Zamawiający przechowuje oferty złożone w formie papierowej w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.
2. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora WSPL SP ZOZ w Bielsku Białej.
3. Informacja o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczona na stronie internetowej oraz tablicy informacyjnej WSPL SP ZOZ w terminie związania z ofertą.

#### **XII. Termin związania ofertą.**

1. Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni.
2. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

#### **XIII. Środki odwoławcze przysługujące Oferentowi.**

Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, oraz art. 152 i 153 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oferentowi w toku postępowania konkursowego przysługuje prawo do złożenia do Komisji Konkursowej protestu w terminie 7 dni roboczych od dnia zaskarżonej czynności, nie później jednak niż do czasu zakończenia postępowania.

#### **XIV Informacje uzupełniające, RODO**

*Klauzula informacyjna: Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) dalej „RODO” informuję że: 1) administratorem Pani /Pana danych osobowych jest Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ w Bielsku-Białej z siedzibą przy ul. Willowej 2, 43-309 Bielsko-Biała; 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SPZOZ w Bielsku-Białej możliwy jest pod adresem email: [iod@ath.bielsko.pl](mailto:iod@ath.bielsko.pl) ; 3)Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1lit. c RODO w celu związanym z prowadzeniem niniejszego postępowania; 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust.3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r.-Prawo zamówień publicznych (Dz. U z 2017 r., poz. 1579 ze zm.) 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczących archiwizacji 6) obowiązek podania przez Panią /Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzieleniu zamówienia publicznego; konsekwencję niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp; 7) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób z automatyzowany, stosownie do art. 22 RODO 8)posiada Pani/Pan –na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących – na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych (skorzystanie z tego prawa nie może skutkować zmianą wyniku postępowania, zmiana postanowień umowy, oraz nie*

## FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane osobowe/ Nazwa firmy: (tel. email, adres)

.....

2. NIP.....

3. REGON.....

4. Nr prawa wykonywania zawodu.....

Przyjmujący zamówienie proponuje przyjęcie wynagrodzenia wg następujących zasad:  
 Proponowana **cena brutto** realizacji zamówienia za wykonywanie świadczeń:

Rodzaj usługi	Propozycja wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie wyrażona w zł brutto za godzinę
Świadczenia medyczne – podstawowa opieka zdrowotna	.....

5. Dodatkowe świadczenia

Rodzaj badania/usługi	Propozycja wynagrodzenia za badanie / osobę wyrażona w zł brutto
.....	
.....	

6. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach określonych w miesięcznym harmonogramie.

7. Proponowane godziny realizacji świadczeń:

Dzień tygodnia	Proponowane godziny pracy w gabinecie	Uwagi
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

Proponowane godziny udzielania świadczeń są propozycją i zostaną uzgodnione z Udzielającym zamówienie.

Załączniki:  
 Dokumenty wymagane treścią ogłoszenia zobowiązuję się obowiązkowo dostarczyć do dnia podpisania umowy.

---

 Podpis i data

może naruszać integralności protokołu i jego załączników); - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzanych danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego UE lub państwa członkowskiego ) – prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO; 9) nie przysługuje Pani/Panu – w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d, lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych; - prawo do przenoszenia danych osobowych, o których mowa w art. 20 RODO; - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

**Załączniki:**

1. Formularz Ofertowy.
2. Oświadczenie Oferenta.

.....  
Pieczęćka z pełną nazwą (lub nazwa) Oferenta

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że **spełniam warunki** określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.
2. Oświadczam, że **zapoznałem się** z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że **zapoznałem się** wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że **pozostanę związany** ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie wymagane ogłoszeniem dokumenty niezbędne do podpisania umowy **są zgodne** z aktualnym stanem faktycznym i prawnym i zostaną dostarczone do dnia jej podpisania.
6. Oświadczam, że **umowę będę realizował** zgodnie z obowiązującymi przepisami.
7. Oświadczam, że posiadam zezwolenie Izby Lekarskiej na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej,
8. Oświadczam, że posiadam wypis do rejestru podmiotów wykonujących działalność **leczniczą**.

.....  
Data i podpis Oferenta