

## **Szczegółowe warunki konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

### **w zakresie ginekologii na rzecz pacjentek Samodzielnego Gminnego Ośrodka Zdrowia w Białym Dunajcu**

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej. ( Dz.U. z 2011r Nr 112, poz. 654) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz.U. 2008 nr 164 poz. 1027).

#### **ROZDZIAŁ I.**

##### **PRZEDMIOT KONKURSU**

1. Przedmiotem konkursu jest zlecenie udzielania porad lekarskich w zakresie ginekologii **w pomieszczeniach i przy użyciu sprzętu należącego do Samodzielnego Gminnego Ośrodka Zdrowia w Białym Dunajcu w wymiarze 12 godzin tygodniowo**
2. Świadczenia będące przedmiotem niniejszego konkursu muszą być realizowane przez **lekarza ginekologa**, posiadającego:
  - A. następujące kwalifikacje:**
    - umiejętności w zakresie wykonywania badań kolposkopowych;
    - umiejętności w zakresie cytologii ginekologicznej;
    - umiejętności w zakresie ultrasonografii ginekologicznej i położniczej;
    - umiejętności w zakresie pobierania rozmazów ginekologicznych;
  - B. minimalne doświadczenie zawodowe:**
    - staż pracy w lecznictwie stacjonarnym – min. 1 rok;
    - staż pracy w zawodzie – min. 3 lata;
3. Warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych szczegółowych warunkach konkursu będą zawarte w umowie, której projekt stanowi **załącznik nr 6**.

Akceptacja projektu umowy jest warunkiem udziału w niniejszym konkursie.

**UWAGA: Zgodnie z art. 50a ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i zawodzie dentysty (Dz.U. 2008 nr 136 poz. 857) umowa o świadczenie zdrowotne objęte niniejszym konkursem nie może być zawarta z grupą praktyką lekarską.**

#### **ROZDZIAŁ II**

##### **CZAS, NA KTÓRY ZOSTANIE ZAWARTA UMOWA**

- 
1. Umowa zostanie zawarta na czas określony, od dnia podpisania do dnia 31 stycznia 2013 r.

### ROZDZIAŁ III.

#### OFERTA CENOWA

1. Cena przedmiotu zamówienia winna być wyrażona w złotych polskich (PLN) i jest ceną brutto. Zaoferowana cena będzie obowiązywać przez cały czas trwania umowy.
2. Cenę należy podać na formularzu ofertowym, określonym w **Załączniku Nr 1** do niniejszych warunków.

### ROZDZIAŁ IV.

#### KRYTERIA OCENY PRZY WYBORZE OFERTY

1. Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty na udzielanie świadczeń w oparciu o następujące kryteria:

**Cena za 1 godzinę świadczenia usług w zakresie objętym konkursem: 100 % znaczenia**

2. W przypadku, kiedy dwie oferty uzyskają tę samą liczbę punktów Komisja zadecyduje o wyborze na podstawie kwalifikacji i doświadczenia osób które będą udzielać świadczeń zdrowotnych.

Data: .....

Zatwierdzam:

-----  
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Nazwa i adres oferenta

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

2. Data sporządzenia oferty: .....

3. Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne, proponuję następujące ceny na świadczenia zdrowotne objęte niniejszym postępowaniem:

Nazwa usługi	Oferowana cena jednostkowa brutto za 1 godzinę
Świadczenia w zakresie ginekologii	

.....  
podpis Oferenta

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Nazwa Oferenta .....

.....

Adres .....

.....

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, iż jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi.
3. Oświadczam, iż posiadam stosowne uprawnienia do wykonywania świadczenia oraz wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z projektem umowy i akceptuję proponowane w nim postanowienia oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej do stawienia się w wyznaczonym przez Organizatora konkursu terminie i miejscu w celu podpisania umowy na tychże warunkach.
6. Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.

.....

data

.....

podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

*do Warunków konkursu*

**LICZBA, KWALIFIKACJE I DOŚWIADCZENIE  
osób mających udzielać świadczeń zdrowotnych**

<b>lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Kwalifikacje</b>	<b>Doświadczenie</b>
1			
2			
3			
4			

.....

data

.....

podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 4**

*do Warunków Konkursu*

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Nazwa Oferenta .....

.....

Adres .....

.....

Niniejszym, oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię następujące dokumenty:

- dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób które będą udzielać świadczeń zdrowotnych (dyplom, potwierdzenie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu);
- potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na kwotę określoną w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).

.....

data

.....

podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 5**

*do Warunków Konkursu*

### Opis i nazwa siedziby Oferenta

Nazwa Oferenta	
----------------	--

Samodzielny Gminny Ośrodek Zdrowia w Białym Dunajcu  
ul. Jana Pawła II 308  
34-425 Biały Dunajec

Nazwa skrócona	
NIP	
REGON	
Adres siedziby	
Adres do korespondencji	
Telefon	
Faks	
E-mail	

.....

data

.....

podpis Oferenta