

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: r.

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	Proponowana cena jednostkowa brutto za 1 godzinę nie wyższa niż	Oferowana cena jednostkowa brutto za 1 godzinę
Świadczenia w zakresie ginekologii	50,00 zł	

.....
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**

lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje	Doświadczenie
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

Opis i nazwa siedziby Oferenta

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

.....
data

.....
podpis Oferenta