

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Miejska Przychodnia Rejonowa w Koniecpolu  
ul. Armii Krajowej 2  
42-230 Koniecpol  
REGON 151399410; NIP 949-15-81-180.  
tel. 34 355 14 20

**Szczegółowe warunki konkursu ofert  
poprzedzające zawieranie umów  
na wykonywanie świadczeń zdrowotnych  
na rzecz  
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki  
Zdrowotnej  
Miejskiej Przychodni Rejonowej  
w Koniecpolu**

**Część I**

**§ 1**

1. Szczegółowe warunki konkursu ofert, zwane dalej „*szczegółowymi warunkami*”, określają wymagania stawiane Oferentom, tryb składania ofert oraz szczegółowe informacje o przedmiocie konkursu ofert.
2. Oferent winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w niniejszych *szczegółowych warunkach* w celu prawidłowego przygotowania i złożenia swojej oferty.
3. Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 ze zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm).

**§ 2**

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert udzielający zamówienia może zmienić lub zmodyfikować zawartość wymaganych oświadczeń i dokumentów składających się na ofertę.
2. O każdej zmianie lub modyfikacji Udzielający zamówienia zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania konkursowego, który dokonał u udzielającego zamówienia rejestracji pobierając *szczegółowe warunki*.

3. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, Udzielający zamówienia może przedłużyć termin składania ofert.

### § 3

Wszelka korespondencja do Udzielającego zamówienia powinna być kierowana przez Oferentów na adres korespondencyjny: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Miejska Przychodnia Rejonowa w Koniecpolu ul. Armii Krajowej 2, 42-230 Koniecpol.

### § 4

1. Warunkiem przystąpienia do konkursu jest złożenie Udzielającemu zamówienia oferty składającej się z jednej lub kilku ofert częściowych.
2. Oferta częściowa to oferta obejmująca wybrane świadczenia zdrowotne określone w *szczegółowych warunkach* konkursu część II.
3. Oferent ma prawo złożyć tylko jedną ofertę w zakresie poszczególnych części konkursu, zgodnie z wymaganiami określonymi w *szczegółowych warunkach*.
4. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
5. Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny oraz zawierać wszelkie wymagane w *szczegółowych warunkach* dokumenty i oświadczenia.
6. Oferent może zwracać się do Zamawiającego o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych ze sposobem przygotowania oferty osobiście lub na piśmie.
7. Osobą uprawnioną do udzielania informacji jest :

- Dyrektor SPZOZ MPR Jadwiga Ordowska-Rejman .

Informacje udzielane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 8<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup>.

W toku postępowania konkursowego Komisja Konkursowa przyjmuje i rozstrzyga umotywowane skargi Oferentów w ciągu trzech dni od daty ich złożenia.

8. Ocena spełnienia wymagań zostanie przeprowadzona na podstawie złożonych przez Oferenta dokumentów przy zastosowaniu formuły „spełnia”, „nie spełnia”. Oferty nie spełniające wymagań zostaną odrzucone.

9. Kryterium oceny oferty:

- ocena merytoryczna Oferenta: posiadane uprawnienia, stopnie naukowe i tytuły naukowe wykonawców, wyposażenie w aparaturę medyczną.

- cena: cena podana w ofercie powinna być podana przez Oferenta kwotowo lub procentowo od wypracowanego przychodu (kontraktu z NFZ).

### § 5

Oferta powinna zawierać:

1. Formularz Ofertowy (załącznik nr 1):

- imię i nazwisko lub nazwę zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu - w odniesieniu do osób, o których mowa w art.35, ust.1, pkt. 2 i 3 ustawy;

- adres Oferenta;

- wskazanie liczby oraz kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz wykaz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczne, i inne dokumentu

- proponowaną kwotę należności za realizację zamówienia, z ewentualną kalkulacją elementów należności .

2. Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.

3. Kopię aktualnej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;

4. Odpis dyplomu i Prawo Wykonywania Zawodu w przypadku lekarzy.

5. Dokument potwierdzający posiadana kwalifikacje zawodowe.

6. Oświadczenie, że Oferent zapoznał się z Warunkami Konkursu Ofert (załącznik nr 3)

## **UWAGA:**

W przypadku, gdy Oferent jako załącznik do oferty dołączy kopię dokumentu, to kopia taka winna być pisemnie potwierdzona przez Oferenta za zgodność z oryginałem

### **§ 6**

1. Wszystkie strony oferty i wszystkie załączniki do oferty, oraz wszelkie miejsca, w których Oferent naniósł poprawki, muszą być podpisane przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta lub posiadającą pełnomocnictwo do dokonywania określonych czynności prawnych. W tym przypadku pełnomocnictwo w oryginale winno być dołączone do oferty.

2. Poprawki mogą być dokonywane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego poprawnego. Oferta nie powinna zawierać żadnych dopisków między wierszami, fragmentów wymazanych ani nadpisanych poza niezbędnymi do poprawy.

### **§ 7**

Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną przez siebie ofertę przed upływem terminu składania ofert.

### **§ 8**

Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie lub paczce opatrzonej danymi, na które składać się musi pełna nazwa zgodna z zapisem we właściwym rejestrze oraz adres siedziby Oferenta oraz opisana:

**„Konkurs ofert:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Miejska Przychodnia Rejonowa w Koniecpolu , ul. Armii Krajowej 2**

**42-230 Koniecpol**

**Oferta na wykonywanie świadczeń zdrowotnych”**

### **§ 9**

1. Ofertę w zamkniętej kopercie opisaną, zgodnie z § 8 należy składać w siedzibie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Miejska przychodnia Rejonowa w Koniecpolu , ul. Armii Krajowej 2 42-230 Koniecpol do dnia 23 stycznia 2015 r. do godziny 15<sup>00</sup>.

### **§ 10**

1. Celem niniejszego konkursu ofert jest wyłonienie Oferentów, z którymi Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Miejska Przychodnia Rejonowa w Koniecpolu może zawrzeć umowę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.

2. Przedmiotem konkursu są świadczenia zdrowotne określone w II części *szczegółowych warunków*.

### **§ 11**

Oferty zostaną rozpatrzone w ciągu 2 dni od terminu określonego dla ich złożenia.

### **§ 12**

Oferent związany jest ofertą do dnia rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.

### **§ 13**

1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Udzielający zamówienia powołuje Komisję Konkursową w składzie co najmniej trzech osób i wyznacza spośród nich przewodniczącego.

2. Otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej w dniu 26 stycznia 2015 r. godz. 10<sup>00</sup> w siedzibie Udzielającego zamówienia.

3. Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej:

W części jawnej konkursu ofert Komisja Konkursowa w obecności

1) Oferentów (obecność Oferentów nie jest obowiązkowa):

a. stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,

- b. otwiera koperty z ofertami,
- c. przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów,
- d. ogłasza Oferentom, które oferty spełniają warunki określone w *szczegółowych warunkach*, a które zostały odrzucone.

2) W części niejawnego konkursu ofert Komisja Konkursowa:

- a. ustala, które z ofert spełniają warunki określone w *szczegółowych warunkach* konkursu,
  - b. odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom określonym w *szczegółowych warunkach* konkursu,
  - c. wybiera najkorzystniejszą ofertę, albo nie przyjmuje żadnej.
4. Konkurs ofert będzie ważny choćby wpłynęła tylko jedna oferta.

## § 14

1. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie wywieszone na tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego zamówienia.
2. Komisja konkursowa niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie.

## § 15

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, Oferent może złożyć do Komisji umotywowaną skargę.
2. Do czasu rozpatrzenia skargi postępowanie konkursowe zostaje zawieszane.
3. Komisja Konkursowa rozpatruje skargę w ciągu 3 dni od daty jej złożenia.
4. O wniesieniu skargi Komisja Konkursowa w formie pisemnej niezwłocznie informuje pozostałych Oferentów i Udzielającego zamówienia.

## § 16

1. Oferent może złożyć do Udzielającego zamówienia umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty ogłoszenia rozstrzygnięcia.
2. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy.
3. Wniesienie protestu wstrzymuje, aż do rozstrzygnięcia, zawarcie umowy.
4. Udzielający zamówienia rozpoznaje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od daty złożenia.
5. O wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu Udzielający zamówienia niezwłocznie informuje w formie pisemnej pozostałych Oferentów.
6. W przypadku uwzględnienia protestu Udzielający zamówienia ogłasza nowy konkurs.

## § 17

Udzielający zamówienia zawrze umowę zgodną z wybraną przez Komisję Konkursową najkorzystniejszą ofertą, w terminie do 14 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

**Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu w całości lub w jego części oraz do przesunięcia terminu składania ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny.**

**W celu zapewnienia udzielania świadczeń, w przypadku braku ofert lub ofert mniej korzystnych niż dotychczasowe umowy zamawiający zastrzega sobie prawo do pozostawienia dotychczasowych umów na świadczenia zdrowotne.**

Koniecpol, dnia 9 stycznia 2015 roku  
Zatwierdzam:

D Y R E K T O R

lek. med. Jadwiga Ordowska-Rejman

## **CZĘŚĆ II**

Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu ofert w podziale na zadania:

### **I. Specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne w zakresie :**

#### **Zadanie 1**

Usługi Lekarskie w zakresie porad dermatologicznych w Poradni Dermatologicznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Rejonowej w Koniecpolu.

Usługi świadczone będą od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7<sup>30</sup> do 20<sup>00</sup>

Udzielający zamówienia wymaga następujących kwalifikacji:

Lekarze z I lub II stopniem specjalizacji z dziedziny dermatologii.

Szacunkowa ilość punktów rozliczeniowych wynosi 509 /m-c, wartość brutto jednego punktu wynosi 7,80 zł.

Umowa zostanie zawarta na okres – od 01.02.2015 r. do 31.12.2015 r.

Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych – 01.02.2015 r.

#### **Zadanie 2**

Usługi lekarskie w zakresie porad neurologicznych w Poradni Neurologicznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Rejonowej w Koniecpolu.

Usługi świadczone będą od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7<sup>30</sup> do 20<sup>00</sup>

Udzielający zamówienia wymaga następujących kwalifikacji:

Lekarze z II stopniem specjalizacji z dziedziny neurologii.

Szacunkowa ilość punktów rozliczeniowych wynosi 705 punktów/ (m-c), wartość brutto jednego punktu wynosi 8,90 zł.

Umowa zostanie zawarta na okres od 01.02.2015 r. do 31.12.2015 r.

Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych – 01.02.2015r.

#### **Zadanie 3**

Usługi Lekarskie w zakresie pulmonologii i chorób płuc w Poradni Chorób Płuc w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Rejonowej w Koniecpolu.

Usługi świadczone będą od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7<sup>30</sup> do 20<sup>00</sup>.

Udzielający zamówienia wymaga następujących kwalifikacji:

Lekarz z I lub II stopniem z pulmonologii.

Szacunkowa ilość punktów rozliczeniowych wynosi – 565 /m-c, wartość brutto jednego punktu wynosi 10,00 zł.

Umowa zostanie zawarta na okres – od 01.02.2015 r. do 31.12.2015 r.

Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych – 01.02.2015 r.

#### **Zadanie 4**

Usługi Lekarskie w zakresie Położnictwa i Ginekologii w Poradni Położniczo-Ginekologicznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Rejonowej w Koniecpolu.

Usługi świadczone będą od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7<sup>30</sup> do 20<sup>00</sup>

Udzielający zamówienia wymaga następujących kwalifikacji:

Lekarze z I lub II stopniem specjalizacji z dziedziny Położnictwa i Ginekologii.

Szacunkowa ilość punktów rozliczeniowych wynosi 622 /m-c, wartość brutto jednego punktu wynosi 8,20 zł.

Umowa zostanie zawarta na okres – od 01.02.2015 r. do 31.12.2015 r.  
Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych – 01.02.2015 r.

#### **Zadanie 5**

Usługi Lekarskie w zakresie chirurgii ogólnej w Poradni Chirurgii Ogólnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Rejonowej w Koniecpolu.

Usługi świadczone będą od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7<sup>30</sup> do 20<sup>00</sup>

Udzielający zamówienia wymaga następujących kwalifikacji:

Lekarz z I lub II stopniem z chirurgii ogólnej.

Szacunkowa ilość punktów rozliczeniowych wynosi – 434 /m-c, wartość brutto jednego punktu wynosi 8,70 zł.

Umowa zostanie zawarta na okres – od 01.02.2015 r. do 31.12.2015 r.

Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych – 01.02.2015 r.

#### **Zadanie 6**

Usługi Laryngologiczne w Poradni Laryngologicznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Rejonowej w Koniecpolu.

Usługi świadczone będą od poniedziałku do piątku w godzinach 7:30 do 20:00

Udzielający zamówienia wymaga następujących kwalifikacji:

Lekarz Laryngolog z I lub II stopniem z laryngologii.

Szacunkowa ilość punktów rozliczeniowych wynosi 565 punktów/m-c, wartość brutto jednego punktu wynosi 8,20 zł.

Umowa zostanie zawarta na okres – od 1.02..2015 r. do 31.12.2015r.

Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych – 01.02.2015 r.

#### **Zadanie 7**

Usługi Lekarskie w zakresie urologii w Poradni Urologicznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Rejonowej w Koniecpolu.

Usługi świadczone będą od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7<sup>30</sup> do 20<sup>00</sup>.

Udzielający zamówienia wymaga następujących kwalifikacji:

Lekarz z I lub II stopniem z urologii.

Szacunkowa ilość punktów rozliczeniowych wynosi – 311 /m-c, wartość brutto jednego punktu wynosi 8,70 zł.

Umowa zostanie zawarta na okres – od 01.02.2015 r. do 31.12.2015 r.

Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych – 01.02.2015 r.

## **II. Podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie :**

#### **Zadanie 8**

Usługi ogólne i internistyczne w Poradni Ogólnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Rejonowej w Koniecpolu.

Usługi świadczone będą od poniedziałku do piątku w godzinach 7:30 do 20:00

Udzielający zamówienia wymaga następujących kwalifikacji:

Lekarz z I lub II stopniem z interny, medycyny rodzinnej.

Umowa zostanie zawarta na okres – od 01.02..2015 r. do 31.12.2015 r.

Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych – 01.02.2015 r.

#### **Zadanie 9**

Usługi pediatryczne w Poradni Dziecięcej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Rejonowej w Koniecpolu.

Usługi świadczone będą od poniedziałku do piątku w godzinach 7:30 do 20:00

Udzielający zamówienia wymaga następujących kwalifikacji:

Lekarz z I lub II stopniem z pediatrii, medycyny rodzinnej.

Umowa zostanie zawarta na okres – od 01.02.2015 r. do 31.12.2015 r.

Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych – 01.02.2015 r.

#### **Zadanie 10**

Usługi w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej w Poradni Ogólnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Rejonowej w Koniecpolu.

Usługi świadczone będą od poniedziałku do piątku w godzinach 7:30 do 20:00

Udzielający zamówienia wymaga następujących kwalifikacji:

Lekarz z I lub II stopniem z chirurgii urazowo-ortopedycznej.

Umowa zostanie zawarta na okres – od 01.02..2015 r. do 31.12.2015 r.

Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych – 01.02.2015 r.

### III. Świadczenia w zakresie medycyny pracy :

#### **Zadanie 11**

Usługi w zakresie medycyny pracy w Poradni Medycyny Pracy w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Rejonowej w Koniecpolu.

Usługi świadczone będą od poniedziałku do piątku w godzinach 7:30 do 20:00

Udzielający zamówienia wymaga następujących kwalifikacji:

Lekarz z I lub II stopniem z medycyny pracy, lekarz z uprawnieniami z medycyny pracy.

Umowa zostanie zawarta na okres – od 01.02..2015 r. do 31.12.2015 r.

Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych – 01.02.2015 r.

# FORMULARZ OFERTY

## Usługi lekarskie w zakresie *(właściwe podkreślić)*

- porad dermatologicznych w Poradni Dermatologicznej w Koniecpolu
- porad neurologicznych w Poradni Neurologicznej w Koniecpolu
- porad pulmonologicznych w Poradni Pulmonologicznej w Koniecpolu
- porad położniczo-ginekologicznych w Poradni Położniczo-Ginekologicznej w Koniecpolu
- porad chirurgicznych w Poradni Chirurgii Ogólnej w Koniecpolu
- porad laryngologicznych w Poradni Laryngologicznej w Koniecpolu
- porad urologicznych w Poradni Urologicznej w Koniecpolu
- porad ogólnych, internistycznych w Poradni Ogólnej w Koniecpolu
- porad pediatrycznych w Poradni Dziecięcej w Koniecpolu
- porad chirurgii urazowo-ortopedycznej w Poradni Ogólnej w Koniecpolu
- porad medycyny pracy w Poradni Medycyny Pracy w Koniecpolu

### 1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

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

B/ Adres Oferenta

ul. ...., nr .....  
 Kod pocztowy ..... miejscowość .....  
 Tel. ...., fax .....  
 Regon ....., NIP .....

### 2. Wymagane dokumenty:

odpis dyplomu, Prawo Wykonywania Zawodu, dokument potwierdzający posiadane kwalifikacje, oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2, kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej, kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

### 3. Nazwa świadczenia medycznego:

- porada dermatologiczna w Poradni Dermatologicznej w Koniecpolu
- porada neurologiczna w Poradni Neurologicznej w Koniecpolu
- porada pulmonologiczna w Poradni Pulmonologicznej w Koniecpolu
- porada położniczo-ginekologiczna w Poradni Położniczo-Ginekologicznej w Koniecpolu
- porada chirurgiczna w Poradni Chirurgii Ogólnej w Koniecpolu
- porada laryngologiczna w Poradni Laryngologicznej w Koniecpolu
- porada urologiczna w Poradni Urologicznej w Koniecpolu

- porada ogólna, internistyczna w Poradni Ogólnej w Koniecpolu
- porada pediatryczna w Poradni Dziecięcej w Koniecpolu
- porada chirurgii urazowo-ortopedycznej w Poradni Ogólnej w Koniecpolu
- porada medycyny pracy w Poradni Medycyny Pracy w Koniecpolu

**4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych**, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Stopień specjalizacji	Liczba osób
---------------------	-----------------------	-------------

### **Zakres rzeczowo –finansowy oferty**

Lp.	Przedmiot usługi medycznej	Wynagrodzenie brutto lub % stawki za pkt płaconej przez NFZ
1.	Świadczenie usług medycznych – porady : dermatologiczne , neurologiczne, pulmonologiczne, położniczo-ginekologiczne, chirurgiczne, laryngologiczne, urologiczne, internistyczne, ogólne, pediatryczne ,chirurgii urazowo-ortopedycznej, medycyny pracy  w ramach godzin od 7,30 do 20.00 od poniedziałku do piątku w wymiarze i harmonogramie określonym poniżej	.....

### **Harmonogram czasu pracy**

Harmonogram czasu pracy	Wymiar czasu pracy od	Wymiar czasu pracy do
<b>Poniedziałek</b>		
<b>Wtorek</b>		
<b>Środa</b>		
<b>Czwartek</b>		
<b>Piątek</b>		

..... dnia .....Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

.....  
Pieczęćka firmowa z pełną nazwą Oferenta

## **OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 15 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w w/w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

..... dnia .....

.....  
podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

## UMOWA nr .....

zawarta w Koniecpolu w dniu ..... roku pomiędzy:  
Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Miejska Przychodnia Rejonowa  
w Koniecpolu ul. Armii Krajowej 2

reprezentowanym przez:

Dyrektor – lek. med. Jadwigę Ordowską-Rejman

zwanym w dalszej części niniejszej umowy Udzielającym zamówienia

a .....

z siedzibą w

.....  
zarejestrowanym w

.....  
posiadającym NIP: ....., REGON: .....

zwanym w dalszej części niniejszej umowy Przyjmującym zamówienie

reprezentowanym przez:

.....  
o następującej treści:

### § 1

Podstawą zawarcia niniejszej umowy jest wybór najkorzystniejszej oferty wyłonionej w trybie konkursu ofert, w oparciu o ustawę z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 ze zm.), ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm).

### § 2

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu usług medycznych w zakresie porad .....

.....  
zgodnie z ofertą a z dnia ....., która stanowi integralną część umowy.

2. Ilości zamówionych usług są uzależnione od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

### §3

Świadczenia wykonywane będą na terenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Rejonowej w Koniecpolu przy ul. Armii Krajowej 2.

### §4

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania usług medycznych z zawodową starannością i zgodnie z obowiązującymi przepisami.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie świadczonych usług określonych umową.

3. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany realizować przedmiot umowy zgodnie z zasadami i warunkami obowiązującymi Udzielającego zamówienia na podstawie kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia.

4. Udzielający zamówienia uprawniony jest do żądania pokrycia szkody spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar pieniężnych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w kontraktach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia a Udzielającym zamówienia, jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewłaściwego wykonania przez Przyjmującego zamówienia zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.

## **§5**

Podstawę zapłaty należności stanowi faktura wystawiona przez Przyjmującego zamówienie po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego.

Udzielający zamówienia będzie regulował należność Przyjmującemu zamówienie w terminie 14 dni, licząc od dnia otrzymania faktury, przelewem na rachunek bankowy Przyjmującego zamówienie.

Terminem zapłaty jest dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.

## **§6**

1. Przyjmujący zamówienie posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie przedmiotu umowy.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy.

3. W przypadku nieudokumentowania, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy przez Przyjmującego zamówienie, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej umowa ulega rozwiązaniu bez wypowiedzenia.

## **§ 7**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje poddać się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego zamówienia w zakresie prawidłowej realizacji umowy.

## **§ 8**

Przyjmujący zamówienie w czasie realizowania niniejszej umowy nie jest pracownikiem SP ZOZ MPR w Koniecpolu.

## **§ 9**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania tajemnicy informacji organizacyjnych oraz wszelkich innych ustaleń dotyczących Udzielającego zamówienie nie podanych do wiadomości publicznej.

2. W przypadku naruszenia postanowień niniejszego paragrafu umowy Udzielający zamówienie może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym oraz wystąpić o odszkodowanie na zasadach określonych w kodeksie cywilnym.

## **§ 10**

1. Umowa obowiązuje od dnia ..... do dnia .....

2. Umowę można rozwiązać ze skutkiem natychmiastowym jeżeli:

a) Przyjmujący zamówienie utraci uprawnienia konieczne do wykonywania badań objętych niniejszą umową.

3. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron w każdym czasie, gdy zaistnieją okoliczności uniemożliwiające dalsze trwanie umowy, których nie można było przewidzieć w chwili jej zawarcia.

4. Za 2-tygodniowym wypowiedzeniem każda ze stron może rozwiązać umowę, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy, a także gdy poprzez niewykonywanie lub nienależyte wykonywanie umowy naraża zdrowie lub życie pacjentów.

## **§ 11**

1. Wszelkie zmiany w treści niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. Nieważna jest zmiana postanowień umowy oraz wprowadzanie nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru

Przyjmującego zamówienie, chyba, że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

**§ 12**

Bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienia Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osobę trzecią.

**§ 13**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

**§ 14**

Ewentualne spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą w drodze mediacji, a w przypadku niemożności osiągnięcia porozumienia, sprawy sporne będą rozstrzygane na drodze sądowej.

**§ 15**

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z czego 2 egzemplarze dla Udzielającego zamówienia i jeden egzemplarz dla Przyjmującego zamówienie.

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE