Konkurs nr 08/2018

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Specyfikacja Istotnych Warunków Konkursu Ofert w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Świętokrzyskim Centrum Matki i Noworodka- Szpital Specjalistyczny w Kielcach ul. Prosta 30, 25-371 Kielce

I. Konkurs odbywał będzie się zgodnie z przepisami na świadczenie usług medycznych na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U 2018.160 ze zm.).

II. Przedmiotem Konkursu Ofert jest świadczenie usług medycznych w zakresie:

Pakiet nr 1

Świadczenia usług medycznych w zakresie opieki lekarskiej/dyżury kontraktowe w opieki lekarskiej/dyżury kontraktowe w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym w dni robocze od godz. w dni robocze od godz. 7:00 do 14: 35 oraz od 14:35 do godz. 7:00, a w dni wolne od pracy i święta od godz. 7:00 do godz. 7:00.

Pakiet nr 2

Świadczenia usług medycznych opieki lekarskiej/dyżury kontraktowe w Oddziale Anestezjologii w dni robocze od godz. w dni robocze od godz. 7:00 do 14: 35 oraz od 14:35 do godz. 7:00, a w dni wolne od pracy i święta od godz. 7:00 do godz. 7:00.

Pakiet nr 3

Świadczenia usług medycznych opieki lekarskiej/dyżury kontraktowe w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym – Odcinek Endokrynologii Ginekologicznej w dni robocze od godz. w dni robocze od godz. 7:00 do 14: 35 oraz od 14:35 do godz. 7:00, a w dni wolne od pracy i święta od godz. 7:00 do godz. 7:00.

Pakiet nr 4

Świadczenia usług medycznych w zakresie opieki lekarskiej/dyżury kontraktowe w Oddziale Neonatologicznym i Oddziale Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka w dni robocze od godz. 7:00 do 14: 35 oraz od 14:35 do godz. 7:00, a w dni wolne od pracy i święta od godz. 7:00 do godz. 7:00.

OFERTA POWINNA ZAWIERAĆ:

1. Oświadczenie Wykonawcy o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego (Załącznik nr 1 do konkursu medycznego)
2. Dane o Wykonawcy:

a) Imię i nazwisko, nazwa i adres prowadzonej działalności leczniczej, NIP, Regon, oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.

3. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub ewidencji działalności gospodarczej jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
4. Decyzja Wojewody o wpisie do rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej, Umowę spółki jeśli organem tworzącym jest spółka.
5. Dokument potwierdzający uzyskanie prawa wykonywania zawodu,
6. Dokument potwierdzający posiadania uprawnień w zakresie świadczonych usług,
7. Oświadczenie Wykonawcy zawierające zobowiązanie do ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2018.617 ze zm.).
8. Proponowane wynagrodzenie zgodnie z Pakietem, którego dotyczy.

9. Kserokopie dołączonych do oferty dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie lub osoby uprawnione do reprezentowania Przyjmującego zamówienie.
10. Liczba udzielonych świadczeń związanych z prowadzonym Konkursem medycznym uzależniona będzie od zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne udzielane w Szpitalu w ramach liczby świadczeń zakontraktowanych z NFZ.
11. **Termin składania ofert upływa w dniu 23.10.2018r. o godz. 10:00**. Miejscem składania ofert jest Sekretariat Szpitala w Świętokrzyskim Centrum Matki i Noworodka - Szpitalu Specjalistycznym w Kielcach przy ul. Prostej 30. Budynek Administracji.
12. **Termin otwarcia ofert nastąpi w dniu 23.10.2018r. o godz. 10:30** w siedzibie organizującego konkurs tj. Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka – Szpital Specjalistyczny w Kielcach ul. Prosta 30 – Dział Zamówień Publicznych.
13. Czas trwania umowy: **24 miesiące od daty zawarcia umowy.**
14. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo odrzucenie oferty osób nie odpowiadającym wymogom placówki o III stopniu referencyjności na podstawie negatywnej opinii kierownika oddziału.
15. Osobami upoważnionymi do kontaktu w sprawie konkursu ofert jest:
Anita Cieślik – tel. kontaktowy 41/20-13-815
Marzena Pierzak – tel. kontaktowy 41/20-13-829

Załącznik nr 1 do konkursu medycznego 08/2018

.....
(miejscowość, data)

.....
.....
.....
(Nazwa i adres Przyjmującego zamówienie)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią głoszenia o konkursie wraz ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" w zakresie Pakietu nr .....* oraz projektem umowy i nie zgłaszam w tym zakresie zastrzeżeń.

.....
(podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie)

* wpisać numer Pakietu, którego dotyczy oświadczenie