



# SP ZOZ KRAKOWSKIE CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII

30-224 Kraków, Al. Modrzewiowa 22

tel. centrala: (+48 12) 425-12-28

tel. sekretariat: (+48 12) 428 73 04

fax: (+48 12) 425-12-28

NIP: 677-17-03-375

e-mail: office@kcr.pl

http://www.kcr.pl

PKO BANK POLSKI S.A.

19 1020 2892 0000 5102 0188 7975

Kraków, dnia 18.12.2017 r.

**Znak postępowania: A.I.4240-14/17**

## Konkurs

na świadczenia zdrowotne udzielane na rzecz pacjentów którzy za udzielone świadczenia zdrowotne zobowiązali się dobrowolnie zapłacić i do których nie stosuje się postanowień umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie:

### Część I:

**Świadczeń zabiegowych wykonywanych w Ortopedycznym Centrum Zabiegowym przez:**

- 1) LEKARZY SPECJALISTÓW w zakresie ortopedii i traumatologii – operator
- 2) LEKARZY specjalistów lub w trakcie specjalizacji zakresie ortopedii w i traumatologii – asysta I, II
- 3) LEKARZY SPECJALISTÓW w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii - anestezjolog
- 4) LEKARZY SPECJALISTÓW w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii lub neurochirurgii – termolezja, termonucleoplastyka
- 5) LEKARZY SPECJALISTÓW w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii lub neurochirurgii – asysta do termonucleoplastyki
- 6) PIEŁĘGNIARKI ANESTEZJOLOGICZNE
- 7) PIEŁĘGNIARKI OPERACYJNE – instrumentariuszka
- 8) TECHNIK ELEKTORADIOLOGII

### Część II:

**Świadczeń zabiegowych wykonywanych w trybie ambulatoryjnym w Centrum Ambulatoryjnym: Poradnia Urazowo – Ortopedyczna przez:**

- 1) LEKARZY specjalistów w zakresie ortopedii i traumatologii
- 2) PIEŁĘGNIARKA - instrumentariuszka

### Część III:

**Porad specjalistycznych/badań udzielanych w Centrum Ambulatoryjnym: Poradnia Urazowo – Ortopedyczna przez:**

- 1) LEKARZY specjalistów lub w trakcie specjalizacji zakresie ortopedii w i traumatologii

## WARUNKI UDZIAŁU

1. Organizatorem konkursu jest: **SP ZOZ KRAKOWSKIE CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII, 30-224 Kraków, Al. Modrzewiowa 22.**
2. Postępowanie konkursowe prowadzone jest w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst. jedn. Dz. U. z 2013 r. nr 217 ze zm.).
3. **Przedmiot konkursu:**

udzielanie świadczeń zdrowotnych w Ortopedycznym Centrum Zabiegowym oraz Centrum Ambulatoryjnym – Poradni Urazowo – Ortopedycznej Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii pacjentom którzy za udzielone świadczenia zdrowotne zobowiązali się dobrowolnie zapłacić i do których nie stosuje się postanowień umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie:

  - a) **chirurgii ortopedycznej, chirurgii urazowo – ortopedycznej, ortopedii i traumatologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu,**
  - b) **anestezjologii,**
  - c) **neurochirurgii,**
  - d) **pielęgniarstwa anestezjologicznego,**
  - e) **pielęgniarstwa operacyjnego.**
4. **Warunki udzielania świadczeń:**
  - 4.1. Świadczenia udzielane będą poza godzinami pracy wynikającymi z kontraktu zawartego przez Zamawiającego z Narodowym Funduszem Zdrowia.
  - 4.2. W zakresie części III: Oferent zobowiązany jest wskazać w formularzu ofertowym (załącznik nr 1) dni oraz godziny, w których gotowy jest udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie będącym przedmiotem konkursu. Wskazane przez Oferenta w formularzu ofertowym dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych stanowią propozycję. Zamawiający przed zawarciem umowy ustali dni i godziny udzielania świadczeń z wybranymi Oferentami.
  - 4.3. Świadczenia zlecane będą i rozliczne zgodnie z Regulaminem udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii.
  - 4.4. Szczegółowy przedmiot konkursu określa załącznik nr 4 i 5 stanowiący wzór umowy.
  - 4.4. Zamawiający zastrzega możliwość zlecenia w ramach zawartej z Przyjmującym zamówienie umowy udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych także innych niż wskazane w załączniku do umowy, jeżeli Przyjmujący zamówienie legitymuje się kwalifikacjami zawodowymi wymaganymi do ich udzielania. Wynagrodzenie za udzielenie świadczeń zdrowotnych będzie obliczone w oparciu o ceny podane w Cenniku odpłatnych świadczeń zdrowotnych oraz zasady określone Regulaminem udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii.
  - 4.5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do współdziałania z lekarzami innych specjalności, reprezentującymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii inne podmioty, z którymi Centrum ma zawarte umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów komercyjnych Centrum.
  - 4.6. Wszyscy lekarze wyłonieni w konkursie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, nie podlegają kierownictwu Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, są samodzielni i niezależni od kierownictwa Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii w tym, w zakresie metody leczenia (sztuki lekarskiej) i ponoszą wyłącznie odpowiedzialność za rozpoznanie choroby i wybór metody leczenia.
  - 4.7. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie potwierdzać ilość godzin poświęconych na wykonanie zabiegu, przy założeniu, że czas trwania jednego zabiegu wynosi maksymalnie 5 godzin.
5. **Termin wykonywania usług: od dnia 01.01.2018 r. do dnia 31.12.2018 r.**

5.1. Wskazany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń może zostać zmieniony w przypadku niezakończenia do tego czasu procedury konkursowej lub terminu przewidzianego do wnoszenia środków zaskarżenia postępowania konkursowego

## 6. Miejsce udzielania świadczeń:

**Część I:** Ortopedyczne Centrum Zabiegowe Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, al. Modrzewiowa 22 w Krakowie,

**Część II i III:** Centrum Ambulatoryjne – Poradnia Urazowo – Ortopedyczna, al. Modrzewiowa 22 w Krakowie

## 7. W konkursie mogą wziąć udział:

Lekarze i pielęgniarki/pielęgniarze wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej w formie indywidualnej praktyki w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., nr 1638 z późn. zm.) oraz ich działalność nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100, 101 lub 102 ustawy.

**Na potwierdzenie spełnienia tego warunku Zamawiający wymaga odpisu z właściwego rejestru.**

7.1. Oferent będący osobą prawną lub fizyczną musi być wpisany do odpowiedniego rejestru (CEIDG, KRS).

### 7.2. W zakresie Części I:

Wymagania co do kwalifikacji określone w rozporządzeniu MZ z dnia 06.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2017 r. poz.2295 ze zm.):

#### **7.2.1 lekarzy specjalistów w zakresie ortopedii i traumatologii:**

lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej albo  
lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii urazowo - ortopedycznej albo  
lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii albo  
lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu;

#### **7.2.2 lekarzy specjalistów lub w trakcie specjalizacji zakresie ortopedii w i traumatologii**

lekarzy specjalistów lub w trakcie specjalizacji zakresie ortopedii w i traumatologii

#### **7.2.3. lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii**

lekarz specjalista w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,

#### **7.2.4 lekarzy specjalistów w zakresie neurochirurgii**

lekarz specjalista w zakresie neurochirurgii

#### **7.2.5 pielęgniarka anestezjologiczna**

kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego (intensywnej opieki medycznej i anestezjologii) lub specjalizację w tym zakresie

#### **7.2.6 pielęgniarka operacyjna**

kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego lub specjalizację w tym zakresie

#### **7.2.7 technik elektroradiologii**

tytuł magistra na kierunku elektroradiologia

ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujących co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskanie tytułu licencjata lub inżyniera i 5 lat pracy w zawodzie

### 7.3. W zakresie Części II:

Wymagania co do kwalifikacji określone w rozporządzeniu MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.2016 r. poz. 357 ze zm.)

### **7.3.1. Lekarzy specjalistów w zakresie ortopedii i traumatologii:**

lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej albo  
lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii urazowo - ortopedycznej albo  
lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii albo  
lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu;

### **7.3.2. pielęgniarka ambulatoryjna**

kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego lub specjalizację w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;

### **7.4. W zakresie Części III:**

Wymagania co do kwalifikacji określone w rozporządzeniu MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.2016 r. poz. 357 ze zm.), **Porada specjalistyczna:**

#### **- ortopedia i traumatologia narządu ruchu:**

lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu albo lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii albo lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu albo lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii, lub chirurgii ogólnej z co najmniej 5- letnim doświadczeniem w pracy w oddziale zgodnym z profilem świadczenia.

### **8. Przygotowanie oferty:**

8.1. Zamawiający dopuszcza składanie ofert w konkursie na poszczególne Części.

8.2. W Części I zamówienia: Oferent może złożyć jedną ofertę na dany zakres. Zakres świadczeń został wskazany w załącznikach do formularza ofertowego. Oferent, który złoży więcej niż jedną ofertę w danym zakresie zostanie odrzucony z postępowania.

8.3. Wymagane dokumenty:

#### **A. Formularz ofertowy – załącznik nr 2**

W formularzu należy wpisać:

- nazwę praktyki/ imię i nazwisko, adres
- numer prawa wykonywania zawodu
- numer rejestrowy zgodny z wpisem w rejestrze, o którym mowa w ustawie o działalności leczniczej (księga rejestrowa),
- nazwa organu, który dokonał wpisu,
- posiadany tytuł specjalisty – jeżeli dotyczy,
- nr karty specjalizacji,

#### **B. Oświadczenie Oferenta – załącznik nr 3,**

C. Aktualny **odpis z właściwego rejestru** wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed terminem składania ofert (CEIDG, KRS),

E. Aktualny **odpis z właściwego rejestru** potwierdzający fakt, że wykonawca jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą.

F. Dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje:

- **odpis dyplomu ukończenia studiów medycznych,**
- **odpis dyplomu uzyskania tytułu specjalisty** w zakresie wymaganym w pkt 6.2.,
- **prawo wykonywania zawodu**
- **inne dokumenty** potwierdzające wymagania w pkt 6.2.

G. **Pełnomocnictwo** do reprezentowania Oferenta w postępowaniu albo do reprezentowania

Oferenta w postępowaniu i zawarcia umowy, jeżeli osoba reprezentująca Oferenta w postępowaniu o udzielenie zamówienia nie jest wskazana jako upoważniona do jego reprezentacji we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej.

8.4. Wszystkie dokumenty muszą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do reprezentowania Oferenta na każdej zapisanej stronie poświadczanego dokumentu (poświadczenie za zgodność z oryginałem musi być dokonane przez osoby upoważnione do reprezentowania Oferenta). Wydruki

z właściwych rejestrów nie wymagają potwierdzenia zgodności z oryginałem. W przypadku Pełnomocnictw dokument musi być przedłożony wyłącznie w formie oryginału lub kopii poświadczonej przez notariusza.

- 8.5. Oferta pod rygorem nieważności, powinna być sporządzona w formie pisemnej (na maszynie, komputerze lub czytelnie ręcznie) w języku polskim oraz podpisana przez osoby upoważnione/ą do reprezentowania Oferenta.
- 8.6. Termin związania ofertą 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
- 8.7. W przypadku nie dołączenia do oferty dokumentów wskazanych w pkt. 8.3. Zamawiający wezwie Oferenta do uzupełnienia braków we wskazanym terminie. Nieuzupełnienie braków w terminie powoduje odrzucenie oferty. Brak w ofercie Formularza ofertowego stanowiącego załącznik nr 1 powoduje odrzucenie oferty bez wzywania.
- 8.8. Ofertę należy złożyć w nieprzejrzystej i trwale zamkniętej kopercie lub opakowaniu. Na kopercie lub opakowaniu należy umieścić następujące informacje:

**„Nazwa i adres Oferenta**

**znak sprawy A.I. 4240-14/17**

**Oferta na udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych”**

#### **9. Kryteria i sposób oceny ofert:**

- 9.1. Maksymalne wynagrodzenie za udzielane świadczenia zdrowotne określa stawka złotowa wartości świadczenia podana w Załączniku nr 1 do szczegółowych warunków konkursu. Oferent nie może podać wynagrodzenia wyższego.
- 9.2. Oferent może podać stawkę niższą niż określona w Załączniku nr 1 wpisując na formularzu ofertowym stanowiącym Załącznik nr 2, proponowaną stawkę procentową od maksymalnego wynagrodzenia za udzielane świadczenia.
- 9.3. Oferent w ofercie jest zobowiązany podać zakres, na jaki składa ofertę oraz oświadczenie, że akceptuje podane w Załączniku nr 1 stawki jako wynagrodzenie za udzielone na podstawie podpisanej z nim umowy odpłatne (komercyjne) świadczenia zdrowotne dla pacjentów Centrum, w przypadku gdy nie określi stawki niższej na formularzu stanowiącym Załącznik nr 2.
- 9.4. Złożenie oferty w zakresie – lekarz operator – oznacza jednocześnie zgodę na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie asysta I i II.
- 9.5. W zakresie części III oferent zobowiązany jest wskazać procentowy udział w cenie porady/badania określony w załączniku nr 1 do szczegółowych warunków konkursu.

#### **9.6. Kryterium wyboru:**

Oferent powinien wskazać w formularzu ofertowym:

- A. **Cena** –100%
- B. **Kwalifikacje personelu** - spełniające wymogi określone przepisami prawa niezbędne do udzielania świadczeń objętych przedmiotem konkursu, wskazane w pkt. 6.
- C. **Dostępność świadczeń** – Dotyczy części III, dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych (minimum 1 dzień udzielania świadczeń zdrowotnych w tygodniu). Kryterium określone w pkt. C zostanie ocenione w sposób, spełnia – nie spełnia. Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

- 9.7. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą ilość punktów w kryterium cena oraz będzie spełniać kryteria określone w punkcie B i C.
- 9.8. W przypadku uzyskania takiej samej ilości punktów Zamawiający dokona wyboru ofert o takiej samej ilości punktów.
- 9.9. Zamawiający zastrzega sobie prawo wyboru większej ilości ofert odpowiadających potrzebom Zamawiającego w celu zabezpieczenia prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych.
- 10. Termin, miejsce złożenia i otwarcia ofert:**
- 10.1. Oferty należy złożyć **do dnia 29.12.2017 r. do godz. 12.00** do Sekretariatu Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, Budynek nr 4, Al. Modrzewiowa 22, 30-224 Kraków.  
Sekretariat jest czynny od poniedziałku do piątku w godz. 7.30 -15.00
- 10.2. Otwarcie ofert nastąpi **29.12.2017 r. o godz. 12.15** w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, Budynek nr 4, Al. Modrzewiowa 22, 30 – 224 Kraków.  
Pozostałe informacje:
11. **Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w siedzibie KCRiO przy al. Modrzewiowej 22, do dnia 29.12.2017 r.**
- 11.1 **O wynikach konkursu Zamawiający poinformuje faksowo, e-mailem lub listownie Oferentów biorących udział w konkursie oraz umieści informację na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego w budynku nr 4.**
12. **Środki ochrony prawnej:**  
Środki ochrony prawnej przysługujące Świadczeniodawcom biorącym udział w postępowaniu zgodnie z art. 153 i 154 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) z zastrzeżeniem art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.
13. **Uczestnicy postępowania przekazują sobie informacje pisemnie, e-mailem lub faksem.**
14. **Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przedłużenia terminu składania ofert lub terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny.**
15. **Wszelkie zapytania dotyczące konkursu proszę kierować pisemnie na nr faksu: 12 425-12-28 lub adres e-mail: office@ker.pl. Osobą upoważnioną do kontaktów ze strony Zamawiającego jest Pani Barbara Łysiak, tel.: 12 428 73 83**
16. Załączniki:  
Załącznik nr 1 – Maksymalne stawki i cennik  
Załącznik nr 2 – Formularz ofertowy  
Załącznik nr 3 - Oświadczenie wykonawcy  
Załącznik nr 4 – Wzór umowy 1  
Załącznik nr 5 – Wzór umowy 2

***mgr Teresa Zalewińska-Cieślik***

*Dyrektor*

*Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii*

.....  
(Pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ OFERTY**

**Nazwa praktyki**

(w przypadku innych podmiotów proszę o podanie nazwy placówki, adresu siedziby, danych dotyczących placówki, personelu medycznego, liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń): \*

Nazwa: .....

ul. .... kod ..... miejscowość .....

Telefon: .....

NIP..... REGON ..... PESEL: .....

Adres e-mail:.....

**Nr prawa wykonywania zawodu:** ..... (dołączyć kserokopię)

**Nr wpisu do właściwego rejestru:** ..... (dołączyć kserokopię)

**Nazwa organu, który dokonał wpisu:** .....

**Część I.** Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w Ortopedycznym Centrum Zabiegowym w zakresie (zaznaczyć znak x we właściwej kratce):

**Lekarz Operator** \*

- lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej,
- lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii urazowo – ortopedycznej,
- lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii,
- lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu;

**Lekarz – Asysta I i II**

- lekarz specjalista w zakresie.....
- lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie.....

**Lekarz anestezjolog – zespół zabiegowy**

**Lekarz zabiegi termolezji i termonucleoplastyki (operator, asysta do termonucleoplastyki)**

- lekarz specjalista w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii
- lekarz specjalista w zakresie neurochirurgii

**Pielęgniarka anestezjologiczna**

**Pielęgniarka operacyjna**

\*Złożenie oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarz operator jest równoznaczne ze złożeniem oferty również w zakresie Asysty I i II.

**Część II.** Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w Centrum Ambulatoryjnym w zakresie (zaznaczyć x we właściwej kratce):

**Lekarz Operator**

- lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej,
- lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii urazowo – ortopedycznej,
- lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii,
- lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu;

**Pielęgniarka**

**Część III.** Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych (porad specjalizacyjnych) w Centrum Ambulatoryjnym Poradnia Urazowo – Ortopedyczna w następujących dniach i godzinach (należy uwzględnić warunki określone w pkt. 4.1. warunków)

Dzień.....godziny: od.....do.....

Dzień.....godziny: od.....do.....

Dzień.....godziny: od.....do.....

Dzień.....godziny: od.....do.....

Dzień.....godziny: od.....do.....

**Dotyczy części III:**

**Proponowany udział .....% w cenie porady/badania, określonej w Cenniku Zamawiającego.**

**Dotyczy części I i II:**

**Oświadczam, że akceptuję stawki złotowe wskazane przez Zamawiającego w Regulaminie udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii oraz Procedurach udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych poza systemem powszechnego ubezpieczenia, podane w Załączniku nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu, we wskazanym w ofercie zakresie, jako wynagrodzenie za udzielone na podstawie podpisanej ze mną umowy świadczenia zdrowotne dla pacjentów Zamawiającego.**

**Akceptuję również możliwość wprowadzenia przez Dyrektora Centrum nowych pozycji do Cennika udzielania świadczeń zdrowotnych Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii tj. takich, które nie zostały wskazane w Załączniku nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu oraz fakt, że wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych będzie wówczas wypłacone w wysokości określonej w Regulaminie udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii.**

.....  
Podpis i pieczęć oferenta

**ALBO**

Za udzielane świadczenia zdrowotne proponuję następujące wynagrodzenie:

- 1) Świadczenia zabiegowe wykonywane w trybie hospitalizacji .....% stawki złotowej, o której mowa w załączniku nr 1
- 2) Świadczenia zabiegowe wykonywane w trybie ambulatoryjnym .....% stawki złotowej, o której mowa w załączniku nr 1

.....  
Podpis i pieczęć oferenta



**OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA  
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

**konkursowym na udzielanie lekarskich/pielęgniarskich\* świadczeń zdrowotnych  
w Ortopedycznym Centrum Zabiegowym/Centrum Ambulatoryjnym na rzecz pacjentów  
Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii.**

Imię i Nazwisko / Nazwa Oferenta ubiegającego się o udzielenie zamówienia:

Adres Oferenta:

Składając ofertę na lekarskie/pielęgniarskie\* świadczenia zdrowotne w Ortopedycznym Centrum Zabiegowym, zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższymi warunkami:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, określone w przepisach obowiązującego prawa;
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego
3. Oświadczam, że wzór umowy, stanowiący załącznik do warunków konkursu został przeze mnie zaakceptowany. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Zobowiązuję się, że w razie wybrania mojej oferty przed przystąpieniem do wykonywania pierwszej czynności na rzecz Zamawiającego, ubezpieczę się od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., nr 1638 ze zm.) i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
5. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

.....  
*Data i podpis  
Oferenta*

*\*niepotrzebne skreślić*