SP ZOZ KRAKOWSKIE CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII
30-224 Kraków, Al. Modrzewiowa 22

tel. centrala: (+48 12) 428 73 00
tel. sekretariat: (+48 12) 428 73 04 e-mail: office@kcr.pl
fax: (+48 12) 425-12-28 http://www.kcr.pl
NIP: 677-17-03-375 PKO BANK POLSKI S.A. 19 1020 2892 0000 5102 0188 7975

Kraków, dnia 9 lipca 2013r.

Znak postępowania: A.I.271– 37/13

KONKURS OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE DIETETYKI W PORADNI METABOLICZNEJ ORAZ OBJĘCIE OBOWIĄZKÓW DIETETYKA W KRAKOWSKIM CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII

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 (Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654 z późn. zm.).

3. **Przedmiot konkursu:**
   - **udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu dietetyki w Poradni Metabolicznej, na rzecz pacjentów Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, którzy za udzielone im świadczenia zdrowotne zobowiązali się dobrowolnie zapłacić i do których nie stosuje się postanowień umów zawartych z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.**
   - **objecie obowiązków dietetyka w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii.**

   Szczegółowy przedmiot konkursu określa załącznik nr 3 stanowiący wzór umowy.

4. **Termin wykonywania usług wynosi:** od 16.09.2013r. do 31.12.2014r

4.1.. 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.

5. **Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:** Poradnia Metaboliczna Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, al. Modrzewiowa 22 w Krakowie.

6. **W konkursie mogą wziąć udział:**
   Podmioty wykonujące działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654) 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 lub 101ustawy. Na potwierdzenie spełnienia tego warunku Zamawiający wymaga odpis z właściwego rejestru.

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

6.2. Wymagania co do kwalifikacji: **ukończenie studiów wyższych na kierunku dietetyka i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku.**

7. Warunki udzielania świadczeń:

7.1. Szczegółowe warunki wykonywania przedmiotu konkursu określa wzór umowy stanowiący załącznik nr 3 do warunków konkursu.

7.2. Wszystkie osoby wyłonione 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 ponoszą wyłącznie odpowiedzialność za rozpoznanie choroby i wybór metody leczenia.

7.3. Czas pracy poradni: 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 4 godziny dziennie Minimalny czas pracy wskazany przez Oferenta nie może być krótszy niż 1 dzień.

7.4. **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 – zgodnie z zasadami określonymi powyżej. 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.**

8. Przygotowanie oferty:

8.1. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę na w./w zakres świadczeń. Złożenie więcej niż jednej oferty powoduje odrzucenie ofert.

8.2. Wymagane dokumenty:

A. Formularz ofertowy – załącznik nr 1
W formularzu należy wpisać:
- nazwę praktyki/ imię i nazwisko, adres
- - numer rejestrowy zgodny z wpisem w rejestrze, o którym mowa w ustawie o działalności leczniczej (księga rejestrowa),
- nazwa organu, który dokonał wpisu,
- wykształcenie,
- proponowany procentowy udział w cenie porady,
- personel, który będzie udzielał świadczeń – jeżeli dotyczy,

B. Oświadczenie Wykonawcy – załącznik nr 2

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

D. aktualny odpis z właściwego rejestru potwierdzający fakt, że oferent jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą.

E. Dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje:
- odpis dyplomu ukończenia studiów wyższych,

F. 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.

8.3. Wszystkie dokumenty muszą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej 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). **W przypadku Pełnomocnictw** dokument musi być przedłożony wyłącznie w formie oryginału lub kopii poświadczonej przez notariusza.

8.4. 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.

8.5. Termin związania ofertą 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

8.6. W przypadku nie dołączenia do oferty dokumentów wskazanych w pkt. 8.2. 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.

8.7. Ofertę należy złożyć w nieprzejrzystej i trwale zamkniętej kopercie lub opakowaniu. Na kopercie lub opakowaniu należy umieścić następujące informacje:

„Nazwa i adres Oferenta
Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, znak sprawy A.I. 271- 37/13
Oferta w zakresie dietetyki"

9. Kryteria i sposób oceny ofert:

9.1. Oferent powinien wskazać w formularzu ofertowym:

A. Cena - procentowy udział Oferenta w cenie porady – waga kryterium 60%,
W kryterium A punkty będą liczone w następujący sposób:
liczba punktów badanej oferty = (Umin /U bad) x 60 pkt
gdzie: Umin – najniższy procentowy udział spośród badanych ofert
Ubad – procentowy udział oferty badanej

B. Wynagrodzenie za godzinę pełnienia obowiązków dietetyka w KCRiO – waga kryterium 40%
W kryterium A punkty będą liczone w następujący sposób:
liczba punktów badanej oferty = (Umin /U bad) x 40 pkt
gdzie: Umin – najniższy cena za godzinę pracy spośród badanych ofert
Ubad – cena oferty badanej

C. Kwalifikacje personelu – spełniające wymogi określone przepisami prawa niezbędne do udzielania świadczeń objętych przedmiotem konkursu, wskazane w pkt. 6.2
Kryterium określone w pkt. C zostanie ocenione w sposób, spełnia – nie spełnia. Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

D. Dostępność świadczeń – dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wymogami określonymi w pkt 7.3 (minimum 1 dzień udzielania świadczeń zdrowotnych w tygodniu).
Kryterium określone w pkt. D zostanie ocenione w sposób, spełnia – nie spełnia. Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

9.2. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą sumę punktów w kryterium A i B oraz będzie spełniać kryteria określone w punkcie C i D.

9.3. W przypadku uzyskania takiej samej ilości punktów w łącznym kryterium, o którym mowa w pkt 9.2 Zamawiający wezwie Wykonawców do złożenia dodatkowych ofert, jednakże:
- procentowy udział w kryterium A i kwota w kryterium B nie mogą być wyższe od zaproponowanych w pierwszej ofercie

9.4. 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 22.08.2013 r. do godz. 11.00** 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 **22.08.2013 r. o godz. 11.30** 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 30.08.2013 r.**

11.1 **Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w ciągu 30 dni od opływu terminu składania ofert. 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 nr4.**

12. **Środki ochrony prawnej:**
    Środki ochrony prawnej przysługujące Świadczeniodawcą biorącym udział w postępowaniu zgodnie z art. 153 i 154 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027) 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 zmiany terminu składania ofert i 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@kcr.pl. Osobą upoważnioną do kontaktów ze strony Zamawiającego jest Pani Agnieszka Janczar, tel: 12 428 73 82.**

16. Załączniki:
    Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy
    Załącznik nr 2 – Oświadczenie wykonawcy
    Załącznik nr 3 – Wzór umowy

mgr Teresa Zalewińska-Cieślik
Dyrektor
Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii

Załącznik nr 1 konkursu
Znak sprawy: A.I.271 – 37/13

……
(Pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTY

Nazwa Praktyki

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

…….....…

Imię i nazwisko:

…….....…

Adres:

ul. .....

kod ..... miejscowość .....

Telefon: .....

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

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

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

Wykształcenie (dołączyć kserokopię dyplomu/świadectwa):

.....

.....

.....

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dietetyki w Poradni Metabolicznej oraz na stanowisku dietetyka w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii na warunkach:

1. **Proponowany procentowy udział Oferenta w cenie porady określonej Cennikiem Zamawiającego wynosi ……%,**
2. **Proponowane wynagrodzenie za godzinę pełnienia obowiązków dietetyka w KCRiO wynosi …… zł**

Zobowiązuję się pełnić porady specjalistyczne z zakresu dietetyki w następujących godzinach i dniach tygodnia (należy uwzględnić warunki określone w pkt. 7.3. konkursu) : *

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ……...godzina: od …… do ……

Dzień …… godzina: od …….. do …….

***** *Wskazane przez Oferenta w formularzu ofertowym dni i godziny udzielania świadczeń medycznych stanowią propozycję. Zamawiający przed zawarciem umowy ustali dni i godziny udzielania świadczeń z wybranymi Oferentami.*

Wykaz personelu (jeżeli świadczenie będą świadczone przez większą ilość osób)

L.p.	Imię i nazwisko	Wykształcenie
1.		
2.		
3.		
4.		

Ilość stron oferty .....

Wykaz załączników dołączonych do oferty:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

……

Data i podpis
Oferenta

Załącznik nr 2 do konkursu
Znak sprawy: A.I.271 – 37/13

OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na świadczenia zdrowotne z zakresu dietetyki w Poradni Metabolicznej
oraz objęcie stanowiska dietetyka w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii.

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

_____

_____

Adres Oferenta:

_____

_____

Składając ofertę w zakresie dietetyki 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 (Dz. U. 2011 r. nr 112 poz. 654 z późn. zm.) i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
5. Wyrażam zgodę na wykorzystanie informacji złożonych w ofercie, wymaganych do złożenia oferty w postępowaniu prowadzonym przez NFZ na uzyskanie kontraktu do prowadzenia Poradni Metabolicznej.
6. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

……
Data i podpis
Oferenta