



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

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

e-mail: office@kcr.pl

<http://www.kcr.pl>

NIP: 677-17-03-375

PKO BANK POLSKI S.A. 19 1020 2892 0000 5102 0188 7975

Kraków, dnia 13.10.2017 r.

Znak postępowania: A.I.4240-8/17

Konkurs ofert

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów
w Oddziale Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Rehabilitacji
nr sprawy A.I.4240-8/17

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 2016 r., nr 1638 z późn. zm.).
3. **Przedmiot konkursu:**
 - **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu na rzecz pacjentów Oddziału Chirurgii Urazowej Ortopedii i Rehabilitacji oraz pełnienie dyżurów medycznych w Oddziale Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Rehabilitacji oraz innych medycznych komórkach organizacyjnych Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii,**

Szczegółowy przedmiot konkursu określa załącznik nr 3 stanowiący wzór umowy.
4. **Termin wykonywania usług wynosi:** od 01.11.2017 r. do 31.12.2017 r.
 - 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:** Oddział Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Rehabilitacji oraz inne medyczne komórki organizacyjne Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii
6. **W konkursie mogą wziąć udział:**

Podmioty wykonujące działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2016, 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 lub 101 ustawy. Na potwierdzenie spełnienia tego warunku Zamawiający wymaga odpisu z właściwego rejestru.
- 6.1. Oferent musi być wpisany do odpowiedniego rejestru (CEIDG, KRS).

6.2. Wymagania co do kwalifikacji określone w rozporządzeniu MZ z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694 późn. zm.):

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

7. Warunki udzielania świadczeń:

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

7.2. 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 zakresie metody leczenia (sztuki lekarskiej) i ponoszą wyłącznie odpowiedzialność za rozpoznanie choroby i wybór metody leczenia.

8. Oferent zobowiązany jest wskazać w formularzu ofertowym (załącznik nr 1) proponowaną zryczałtowaną cenę wykonania usługi za 160 godzin/miesiąc udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Rehabilitacji oraz stawkę godzinową za świadczenia zdrowotne udzielane w ramach dyżuru medycznego.

9. Przygotowanie oferty:

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

9.2. Wymagane dokumenty:

A. Formularz ofertowy – załącznik nr 1

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,
- personel, który będzie udzielał świadczeń – jeżeli dotyczy,

B. Oświadczenie Wykonawcy – załącznik nr 2

C. aktualny odpis z właściwego rejestru (CEIDG, KRS),

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

E. Dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje:

- odpis dyplomu ukończenia studiów medycznych,
- odpis dyplomu uzyskania tytułu specjalisty w zakresie wymaganym w pkt 6.2.1,
- prawo wykonywania zawodu,
- inne dokumenty potwierdzające wymagania w pkt. 6.1.

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.

9.3. 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). Odpisy z rejestrów nie wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem. W przypadku Pełnomocnictw dokument musi być przedłożony wyłącznie w formie oryginału lub kopii poświadczonej przez notariusza.

- 9.4. 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.
- 9.5. Termin związania ofertą 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
- 9.6. W przypadku nie dołączenia do oferty dokumentów wskazanych w pkt. 9.2. 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.
- 9.7. Ofertę należy złożyć w nieprzejrzystej i trwale zamkniętej kopercie lub opakowaniu. Na kopercie lub opakowaniu należy umieścić następujące informacje:

**„Nazwa i adres Oferenta
Konkurs ofert, znak sprawy A.I. 4240-8/17”**

10. Kryteria i sposób oceny ofert:

10.1. Oferent powinien wskazać w formularzu ofertowym:

A. Cena

liczba punktów badanej oferty = $(C_{min} / C_{bad}) \times 100$ pkt

gdzie: C_{min} – najniższa cena spośród badanych ofert
 C_{bad} – cena oferty badanej

B. Kwalifikacje personelu – spełniające wymogi określone przepisami prawa niezbędne do udzielania świadczeń objętych przedmiotem konkursu, wskazane w pkt. 6.2.1
Kryterium określone w pkt. B zostanie ocenione w sposób, spełnia – nie spełnia.
Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

10.2. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą ilość punktów w kryterium A oraz będzie spełniać kryteria określone w punkcie B.

10.3. W przypadku uzyskania takiej samej ilości punktów w łącznym kryterium, o którym mowa w A Zamawiający wezwie Oferentów do złożenia dodatkowych ofert z nowymi cenami jednakże
- cena w kryterium A nie może być wyższa od tej zaproponowanej w pierwszej ofercie, z zastrzeżeniem pkt. 10.4.

10.4. Zamawiający zastrzega sobie prawo wyboru większej ilości ofert odpowiadających potrzebom Zamawiającego w celu zabezpieczenia prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych.

11. Termin, miejsce złożenia i otwarcia ofert:

11.1. Oferty należy złożyć **do dnia 23.10.2017 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

11.2. Otwarcie ofert nastąpi **23.10.2017 r. o godz. 12.30** w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, Budynek nr 4, Al. Modrzewiowa 22, 30 – 224 Kraków.

Pozostałe informacje:

12. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w siedzibie KCRiO przy al. Modrzewiowej 22 do dnia 24.10. 2017 r.

13. 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.

14. 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 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.) z zastrzeżeniem art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

15. Uczestnicy postępowania przekazują sobie informacje pisemnie, e-mailem lub faksem.

16. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przedłużenia terminu składania ofert lub terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny.

17. 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 Barbara Łysiak, tel.: 12 428 73 83.

18. 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

.....
(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): *

.....
Imię i nazwisko:

.....
Adres:

ul.

kod miejscowość

Telefon: , adres e-mail.....

NIP..... REGON PESEL:

Nr prawa wykonywania zawodu: (dołączyć kserokopię)

Nr wpisu do właściwego rejestru: (dołączyć kserokopię)

Nazwa organu, który dokonał wpisu:

Posiadam tytuł specjalisty (dołączyć kserokopię):

.....
Oferuję udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie Oddziału Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Rehabilitacji na warunkach:

1. Proponowana zryczałtowana cena za 160 godzin/miesiąc:.....zł brutto,

(słownie.....złotych),

2. Proponowana stawka za jedną godzinę pełnienia dyżuru w wysokości:.....zł brutto,

(słownie.....złotych).

* 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	Nr wykonywania zawodu	Specjalizacja (nazwa i stopień)
1.			
2.			
3.			
4.			

Ilość stron oferty

Wykaz załączników dołączonych do oferty:

1.
2.
3.
4.

.....
Data i podpis

**OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych
w Oddziale Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Rehabilitacji**

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

Adres Oferenta:

Składając ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych, 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. Oświadczam, że spełniam wymagania określone w rozporządzeniu MZ z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 694 z późn. zm.).
5. 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. 2016 r., nr 1638 ze zm.) i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie informacji złożonych w ofercie, wymaganych do złożenia oferty w postępowaniu prowadzonym przez NFZ w celu uzyskania kontraktu z MOW NFZ na świadczenia zdrowotne.
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

.....
*Data i podpis
Oferenta*

