

# OGŁOSZENIE

## z dnia 14 września 2011r.

### o konkursie ofert w sprawie udzielania zamówienia na świadczenia zdrowotne

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Rybniku  
przy ulicy Gliwickiej 33

na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej  
(Dz.U. z 2011r. nr 112 poz. 654), art. 146 ust. 1, art. 147 do 150 ust. 1 do 5. art. 152,153  
i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej  
finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

**ogłasza konkurs oraz zaprasza do składania ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie:**

<b>1) <i>Konsultacji medycznych:</i></b> dermatologii, ginekologii, endokrynologii, okulistyki, laryngologii, chorób wewnętrznych (interny), onkologii, neurologii, neurochirurgii, chirurgii, ortopedii, urologii, pulmonologii
<b>2) <i>Badań diagnostycznych przeprowadzanych na terenie placówki Zamawiającego:</i></b>
- znieczulenia do elektrowstrząsów
- ultrasonografia dopplerowska wewnątrzczaszkowa i zewnątrzczaszkowa
- monitorowania zatorów serca i naczyniopochodnych
- konsultacji neurochirurgicznych
<b>3) <i>Badań diagnostycznych:</i></b>
- kolonoskopia, gastroskopia, UKG
- w kierunku lekooporności prątków
- bakteriologiczne w kierunku prątków gruźlicy
- histopatologicznych
- mikrobiologicznych (posiew moczu; posiew krwi; posiew bakteriologiczny płynu mózgowo rdzeniowego; wymazy z ran)
- laboratoryjnych: Lamblie metodą EIA ; Immunoglobuliny IgA, IgG, IgM, IgE; diagnostyka hormonalna; markery nowotworowe; diagnostyka anemii; badania wirusologiczne, serologia grup krwi, diagnostyka mikroorganizmów, monitorowanie starzenia leków, badania toksykologiczne, badania auto immunodiagnostyczne, badania bakteriologiczne, badania alergologiczne
- scyntygrafia kości, scyntygrafia tarczycy jodem
<b>4) <i>Zabiegów stomatologicznych:</i></b> - ekstrakcja, szycie, ekstrakcja z dlurowaniem, opatrunek, dewitalizacja, leczenie zębów 1,2,3 powierzchni , leczenie 1,2,3 kanałowe, leczenie amputacyjne, naprawa protezy – sklejanie, dostosowanie zęba do protezy, zęb proteza

5) <b>Badań radiologicznych:</b> tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i angiografii z kontrastem i bez kontrastu
--

6) <b>Badań i opisów EMG wykonywanych na terenie Zamawiającego</b>
--

1. Proponowany czas trwania Umowy od 01.01.2012 r. do 31.12.2014 r.
2. Formularze ofertowe są do pobrania w siedzibie Udzielającego zamówienie w Budynku Dyrekcji na parterze w pokoju nr 4 tel. kontaktowy 32-43-28-145 oraz na stronie internetowej [www.psychiatria.com](http://www.psychiatria.com)
3. Zainteresowanych zaprasza się do składania ofert w siedzibie Udzielającego zamówienie w sekretariacie na 2 piętrze lub kierować na adres: SP ZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku ul. Gliwicka 33, 44 -201 Rybnik z dopiskiem „**KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE LATA 2012 - 2014**”
4. Formularz oferty wraz z wymaganą dokumentacją należy złożyć w formie pisemnej w zamkniętej kopercie z dopiskiem „**KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE LATA 2012-2014**”
5. Termin składania ofert upływa z dniem: **3 października 2011r. o godz. 09.00**
6. Otwarcie ofert nastąpi w **dniu 3 października 2011r. o godz. 9.30** w siedzibie Udzielającego zamówienie.
7. O wynikach postępowania oferenci zostaną pisemnie poinformowani.
8. Oferent będzie związany ofertą przez okres 30 dni, licząc od dnia upływu złożenia oferty.
9. Udzielający zamówienie dopuszcza możliwość rozpatrywania ofert osobno na każdy oferowany zakres lub poszczególne dziedziny.
10. Jeżeli oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienie wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.
11. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyn.
12. Oferent ma prawo do składania skarg i protestów dotyczących ogłoszonego konkursu, co jest dopuszczalne jedynie przed zawarciem umowy.
13. W toku postępowania konkursowego Oferent ma prawo do składania protestów do Komisji Konkursowej w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności, nie później jednak niż do dnia rozstrzygnięcia konkursu.
14. Oferent ma prawo złożenia odwołania do Dyrektora SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku w terminie do 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

# O F E R T A

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem (łam) się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem(lam) się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi zamówienia.
3. Oświadczam, że uważam się związanym (ną) ofertą przez okres 30 dni.
4. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam że warunki lokalowe oraz aparatura i sprzęt medyczny spełniają wymagania pod względem fachowym i sanitarnym, zgodnie z określonymi dla nich warunkami w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 31 poz. 158). W przypadku diagnostyki laboratoryjnej, laboratorium analityczne wpisane jest do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
7. Oświadczam, że personel realizujący świadczenia zdrowotne posiada wiedzę medyczną potwierdzoną wymaganymi prawem dokumentami oraz doświadczenie gwarantujące najwyższy poziom udzielanych świadczeń.

.....  
data

.....  
podpis

**FORMULARZ OFERTY**  
**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**I. Dane o ofercie:**

1. Pełna nazwa oferenta i adres:

.....  
.....

Adres: ulica.....nr.....

Kod pocztowy:..... Miejscowość:.....

2. Numer wpisu do rejestru

.....  
.....

3. Oznaczenie Organu dokonującego wpisu do rejestru:

.....  
.....

4. NIP

.....

5. REGON

.....

6. Ubezpieczenie OC – wysokość i termin ważności

.....  
.....

7. W przypadku laboratoriów wymagane jest przedstawienie aktualnych certyfikatów potwierdzających udział w kontroli ogólnopolskiej, międzynarodowej oraz wewnątrzlaboratoryjnej – **(kserokopia dokumentu )**

.....

data

.....

podpis

**FORMULARZ OFERTY**  
**ZAŁĄCZNIK NR 2**

<b>a) Konsultacje medyczne w zakresie:</b>	<b>( X )</b>
- dermatologii	
- ginekologii	
- endokrynologii	
- okulistyki	
- laryngologii	
- chorób wewnętrznych	
- onkologii	
- neurologii	
- neurochirurgii	
- geriatry	
- ortopedii	
- chirurgii	
- chorób zakaźnych	
- urologii	
- pulmonologii	
<b>b) Badania diagnostyczne przeprowadzane w siedzibie Udzielającego zamówienia w zakresie:</b>	<b>( X )</b>
- przeprowadzania znieczuleń do zabiegów elektrowstrząsów	
- ultrasonografii dopplerowskiej tętnic zewnątrzczaszkowych – badania typu duplex (wizualizacja z badaniem dopplerowskim)	
- badania dopplerowskiego tętnic wewnątrzczaszkowych	
- monitorowania zatorów serca i naczyniopochodnych	
<b>c) Badania diagnostyczne w zakresie:</b>	
- kolonoskopii,	
- gastrokopii	

- UKG	
- w kierunku lekooporności prątków	
- diagnostyki w zakresie oporności prątków gruźlicy	
- histopatologii	
- mikrobiologii ( posiew moczu; posiew krwi; posiew bakteriologiczny płynu mózgowo rdzeniowego; wymazy z ran)	
- diagnostyka laboratoryjna ( Lamblicie metodą EIA ; Immunoglobuliny, IgG, IgM, IgE;	
- diagnostyki hormonalnej	
- diagnostyki anemii	
- markery nowotworowe	
- badań wirusologicznych	
- serologii grupy krwi	
- diagnostyki mikroorganizmów	
- monitorowania starzenia leków	
- badania toksykologicznego	
- badania auto immunodiagnostycznego	
- badania bakteriologicznego	
- badania alergologicznego	
- badania radiodiagnostycznego	
- scyntygrafii kości	
- scyntygrafii tarczycy jodem	
<b>d) Zabiegi stomatologiczne:</b>	<b>( X )</b>
- ekstrakcja	
- szycie	
- ekstrakcja z dłutowaniem	
- opatrunek	
- dewitalizacja	
- leczenie powierzchni zębów	
- leczenie 1 kanałowe	
- leczenie amputacyjne	
- naprawa protezy – sklejanie	

- dostosowanie zęba do protezy	
- ząb proteza	
<b>e) Badania radiologiczne:</b>	
- badania tomografii komputerowej z kontrastem i bez kontrastu	
- badania rezonansu magnetycznego z kontrastem i bez kontrastu	
- badania angio TK	
- badania angio NMR	
<b>f) Opis badań EMG w siedzibie Udzielającego zamówienia</b>	<b>( X )</b>
- opis badania 1 nerwu – przewodnictwo ruchowe	
- opis badania 1 nerwu – przewodnictwo czuciowego	
- opis badania mięśni przy splocie barkowym	
- opis badania 1 mięśnia	
- wykonanie i opis próby tężyczkowej	
- wykonanie i opis próby miastenicznej	

**X - odpowiednie zaznaczyć**

.....

data

.....

podpis

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Formularz oferty – załącznik nr 1
2. Formularz oferty – załącznik nr 2
3. Formularz oferty – załącznik nr 3
4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych
5. Kserokopia wpisu do rejestru
6. Kserokopia wypisu z KRS lub z ewidencji działalności gospodarczej
7. Kserokopia polisy ubezpieczeniowej OC
8. Kserokopia wpisu do rejestru Indywidualnych Specjalistycznych Praktyk Lekarskich
9. Kserokopia prawa wykonywania zawodu – dot. praktyk lekarskich
10. Kserokopia aktualnych certyfikatów potwierdzających udział w kontroli ogólnopolskiej, międzynarodowej oraz wewnątrzlaboratoryjnej – dotyczy laboratoriów
11. Wykaz telefonów kontaktowych do osób odpowiedzialnych za właściwą realizację umowy

**FORMULARZ OFERTY**  
**ZAŁĄCZNIK NR 3**

1. Zakres oferowanego badania:

.....

2. Dostępność do wykonywania świadczeń (podać dni tygodnia, godziny, telefon kontaktowy):

.....

3. Proponowana cena za badanie lub cennik z wyszczególnieniem badań, który będzie załącznikiem do umowy:

.....

4. Proponowany sposób zabezpieczenia ciągłości świadczeń w trakcie nieobecności oferenta, podać zastępstwo:

.....

.....

5. Czas trwania umowy: od 01.01.2012r. do 31.12.2014r.

6. Czas oczekiwania na wykonanie badania/wynik (podać ilość dni)

.....

7. Sposób dostarczenia materiałów do badań i odbioru wyników:

transport Udzielającego zlecenie.....

transport Przyjmującego zlecenie.....

8. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych

.....

.....

.....

.....

data

.....

podpis

## WARUNKI UCZESTNICTWA W KONKURSE OFERT

### A. PRZYGOTOWANIE OFERTY

1. Oferent składa ofertę na formularzu ofertowym udostępnionym przez Udzielającego zamówienia w siedzibie Udzielającego zamówienie oraz na stronie internetowej udzielającego zamówienie.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta powinna zawierać wszelkie dokumenty i załączniki wymagane w Formularzu oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych, pod rygorem warunkowego przyjęcia oferty złożonej przez Oferenta
4. Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
5. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim pod rygorem odrzucenia Oferty, z wyłączeniem pojęć medycznych.
6. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje oferent lub osoba upoważniona na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza.
7. Oferent może wycofać złożoną ofertę przed upływem terminu składania ofert powiadamiając pisemnie Udzielającego zamówienia
8. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem: **„KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE LATA 2012 - 2014”**

### B. INFORMACJA O DOKUMENTACH ZAŁĄCZONYCH DO OFERTY

1. W celu uznania, że oferta spełnia wymagane warunki, oferent zobowiązany jest dołączyć do oferty dokumenty wskazane w formularzu oferty.
2. Dokumenty oferent przekłada w formie kserokopii poświadczonej przez siebie bądź pełnomocnika „za zgodność z oryginałem”.
3. W celu sprawdzenia autentyczności przedłożonych dokumentów Udzielający zamówienia może zażądać od oferenta przedstawienia oryginału, gdy kserokopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.

### C. INFORMACJE OGÓLNE]

1. Korespondencja dotycząca konkursu powinna być kierowana przez oferenta na adres:

SP ZOZ PAŃSTWOWY SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH  
W RYBNIKU, UL. GLIWICKA 33, 44-201 RYBNIK  
Z DOPISKIEM  
„KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWONE LATA 2012-2014”

2. Do bezpośredniego kontaktowania się z oferentami ze strony Udzielającego zamówienia uprawniona jest Anna Pilat – zastępca kierownika działu statystyki medycznej i dokumentacji chorych – telefon kontaktowy: 32-43-28-145.
3. Ogłaszający konkurs zastrzega sobie prawo do odwołania bądź przesunięcia terminu składania ofert.
4. O odwołaniu konkursu, zawiadamia się oferentów na piśmie bez podania przyczyny.

# W Z Ó R

Umowa Nr LCH/DS/ .....2011

o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Zawarta w dniu ..... w Rybniku pomiędzy:

**SP ZOZ Państwowym Szpitalem dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych**, ul. Gliwicka 33, 44-201 Rybnik, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS 0000057601,  
reprezentowanym przez: **Dyrektora – Andrzeja Krawczyka**  
zwanym w dalszej części umowy „Udzielającym zamówienia”

a

.....

.....

reprezentowanym przez: .....  
zwanym w dalszej części umowy „Przyjmującym zamówienie”.

Na podstawie przeprowadzonego konkursu ofert rozstrzygniętego dnia.....przez Komisję Konkursową, strony zawierają umowę o następującej treści:

## § 1

Celem umowy jest wykonanie przez Przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych na podstawie zamówienia Udzielającego zamówienia w zakresie i na warunkach określonych w niniejszej umowie, dla pacjentów kierowanych przez Udzielającego zamówienie.

## § 2

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie:

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

## § 3

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem wiedzy i umiejętności oraz z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych w oparciu o dokładną i systematyczną dokumentację prowadzoną zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami za pośrednictwem osób mających wiedzę medyczną potwierdzoną

wymaganymi prawem dokumentami oraz doświadczenie, gwarantujące najwyższy poziom udzielanych świadczeń.

3. Udzielający zamówienia zobowiązuje się dostarczać należyłą dokumentację, w tym właściwe skierowanie, niezbędną w celu wykonania świadczeń stanowiących przedmiot umowy przez Przyjmującego zamówienie.
4. Podstawą udzielenia świadczenia będzie prawidłowo wypełniony druk skierowania opatrzony pieczętą Udzielającego zamówienie oraz pieczętą lekarza kierującego.
5. Terminy konsultacji specjalistycznych, badań, zabiegów uzgadniane będą telefonicznie lub faksem- numery telefonów podane w Formularzu Ofertowym.
6. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej. Wartość polisy opiewa na kwotę ..... zł
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy.

#### § 4

Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby trzecie posiadające niezbędną wiedzę oraz uprawnienia umożliwiające ich realizację, które udzielają świadczeń zdrowotnych w zastępstwie Przyjmującego zamówienie.

#### § 5

W celu realizacji świadczeń w siedzibie Udzielającego zamówienie, Udzielający zamówienie zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu zamówienie pełny i nieodpłatny dostęp do środków znajdujących w jego dyspozycji, niezbędnych do wykonania świadczeń określonych w umowie, w szczególności:

1. do urzędów medycznych,
2. do pomieszczeń przeznaczonych do wykonywania świadczeń zdrowotnych,
3. do leków, opatrunków, środków dezynfekcyjnych oraz sprzętu jednorazowego stosowanego podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

#### § 6

1. Rozliczenie za wykonane usługi oparte będzie o cennik świadczeń zdrowotnych stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej umowy, w odniesieniu do rzeczywistej ilości wykonanych świadczeń w okresie miesięcznym, do 10 –go każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, w oparciu o wystawioną Fakturę VAT wraz z załączonym wykazem obejmującym:
  - imię i nazwisko pacjenta
  - imię i nazwisko lekarza kierującego
  - rodzaj wykonanej usługi
2. Należność za wykonanie usług płatna będzie w okresie miesięcznym na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury Udzielającemu zamówienia.
3. Udzielający zamówienia upoważnia Przyjmującego zamówienie do wystawienia faktury VAT bez podpisu osoby upoważnionej do odbierania faktur.

#### § 7

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od 01.01.2012r. do 31.12.2014r.
2. Umowa może zostać rozwiązana z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

3. Udzielający Zamówienia może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
- utraty uprawnień do prowadzenia działalności w zakresie usług medycznych, utraty uprawnień do wykonywania zawodu przez Przyjmującego zamówienie,
  - gdy zajdą okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają dalsze wykonywanie umowy.

#### § 8

Zmiana umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 9

Strony zobowiązują się rozwiązywać spory wynikające z realizacji postanowień niniejszej umowy w drodze negocjacji przez wyznaczonych pełnomocników. W przypadku braku porozumienia między stronami na tle realizacji postanowień niniejszej umowy rozstrzyga sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.

#### § 10

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawa o działalności leczniczej oraz inne przepisy prawa powszechnego znajdujące zastosowanie.

#### § 11

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienie