

**REGULAMIN KONKURSU OFERT**  
**na wykonywanie świadczeń zdrowotnych**  
**w zakresie świadczeń pielęgniarских polegających na zapewnieniu**  
**opieki pielęgniarской pacjentom Oddziału Kardiologii**  
**Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny**  
**w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118**

---

**I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny  
ul. Bialska 104/118  
42-200 Częstochowa  
Tel. (34) 367 31 04  
Fax. (34) 365 17 56

Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023r., poz. 991), oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2024r., poz. 146).

**II. PRZEDMIOT KONKURSU**

1. Przedmiotem konkursu ofert jest zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa, polegających na zapewnieniu opieki pielęgniarской pacjentom **Oddziału Kardiologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.**
2. Prognozowana, szacunkowa liczba godzin udzielanych świadczeń przez pielęgniarki/pielęgniarzy wynosi **około 500 godzin w miesiącu**, zgodnie z harmonogramem ustalonym z Pielęgniarką Oddziałową i zatwierdzonym przez Naczelną Pielęgniarkę.
3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega, że ilość wskazanych godzin ma charakter orientacyjny i *Udzielający Zamówienia* ma prawo do niezrealizowania umowy w pełnym zakresie, gdy na zmienioną ilość pacjentów, zapotrzebowanie na ilość godzin ulegnie zmianie. Jednocześnie *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do zwiększenia zapotrzebowania większej ilości godzin w miesiącu.
4. Liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniarza będzie uzależniona od potrzeb *Udzielającego Zamówienia*.
5. Oferta *Przyjmującego Zamówienie* w zakresie maksymalnej liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych nie stanowi podstawy roszczenia wobec *Udzielającego Zamówienia* o ich przyznanie w każdym miesiącu lub roszczenia o zapłatę za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Rozkład udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniarza nastąpi w ustalonym co miesiąc przez Pielęgniarkę Oddziałową harmonogramie udzielania świadczeń zdrowotnych.

7. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **12 miesięcy od daty podpisania umowy.**
8. Przedstawiciel *Udzielającego Zamówienia* uprawniony do bezpośredniego kontaktowania się z *Oferentami* w sprawach merytorycznych i formalnych: Pani Justyna Lewandowska Dział Umów Medycznych - telefon kontaktowy: 34 367 37 14.

### **III. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

1. *Udzielający Zamówienia* musi posiadać niezbędną wiedzę, doświadczenie tzn. posiadać doświadczenie zawodowe w prowadzeniu działalności objętej konkursem ofert oraz posiadać niezbędne kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymaganiami NFZ, w szczególności musi łącznie posiadać niżej wymienione uprawnienia oraz posiadać specjalizację z dziedziny pielęgniarstwa:
  - 1) uprawnienia pielęgniarki/pielęgniarsza zgodne z Ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r. (tekst jedn. Dz. U. z 2022r. poz. 2702 ze zm.), potwierdzone dokumentami wystawionymi zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, tj: dyplom ukończenia szkoły oraz prawo wykonywania zawodu pielęgniarki.
  - 2) posiadać niżej wymienione kwalifikacje:
    - a) specjalizację z dziedziny pielęgniarstwa kardiologicznego lub
    - b) specjalizację z dziedziny pielęgniarstwa zachowawczego lub
    - c) specjalizację z dziedziny pielęgniarstwa internistycznego lub
    - d) specjalizację z dziedziny opieki długoterminowej lub
    - e) posiadać rozpoczętą specjalizację z jednej z dziedzin wymienionej w pkt. a, b, c, d lub
    - f) posiadać ukończony kurs kwalifikacyjny z dziedziny wymienionej w pkt. a, b, c, d,
    - g) posiadać co najmniej 5 - letni staż pracy w OINK lub OAiT - dotyczy pielęgniarki/pielęgniarsza udzielających świadczeń w Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego.
2. Posiadać polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. *Przyjmujący Zamówienie* przed rozpoczęciem realizacji umowy ma obowiązek zapoznać się z obowiązującymi w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przepisami wewnętrznymi, w szczególności przepisami PPOŻ, BHP, Regulaminem Organizacyjnym oraz warunkami realizacji świadczeń zakontraktowanych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie z Narodowym Funduszem Zdrowia.
4. Z dokumentami wymienionymi w pkt. 3, *Przyjmujący Zamówienie* może zapoznać się w komórkach organizacyjnych administracji *Udzielającego Zamówienia*, w szczególności Dziale Kontraktów Medycznych, Dziale Organizacyjnym, Dziale Obsługi Pacjenta i Rozliczeń Świadczeń Medycznych oraz w Dziale Umów Medycznych.

### **IV. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. *Oferent* składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w Regulaminie Konkursu Ofert.
2. Każdy *Oferent* może złożyć tylko jedną ofertę.

3. *Oferenci* ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
4. Ofertę należy opracować na druku „FORMULARZ OFERTOWY” stanowiącym załącznik nr 1 do Regulaminu Konkursu Ofert. *Oferentowi* nie wolno dokonywać żadnych zmian merytorycznych we wzorze druku. Wszystkie pola w „FORMULARZU OFERTOWYM” muszą być wypełnione.
5. Oferta pod rygorem jej odrzucenia powinna być napisana w języku polskim (patrz ust. 9), na maszynie, komputerze lub ręcznie nieścieralnym atramentem lub tuszem oraz podpisana przez osobę/osoby upoważnione do złożenia oferty.
6. Oferty złożone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.
7. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem:

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa,  
polegających na zapewnieniu opieki pielęgniarstwu pacjentom Oddziału Kardiologii  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
przy ul. Bialskiej 104/118.  
Nie otwierać przed 04.04.2024r. godz. 10:15 - postępowanie konkursowe nr KO/23/2024”  
z podaniem nazwy i adresu Oferenta**

8. Oferta pod rygorem odrzucenia musi zawierać wszystkie wymagane w Regulaminie Konkursu Ofert dokumenty, zaświadczenia oraz oświadczenia, w tym dokumenty, zaświadczenia oraz oświadczenia, wynikające z treści Rozdziału III niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.
9. Jeśli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – poświadczenia, winien być opatrzony adnotacją „za zgodność z oryginałem” i podpisany przez osobę składającą ofertę.
10. Oferta powinna zawierać cenę brutto jednej godziny udzielania świadczeń zdrowotnych, podaną z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku oraz oferowaną liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych.
11. Cena jednostkowa za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych, określona w pkt. 10, musi zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
12. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę oraz dokonane w taki sposób, aby można było odczytać treść oferty sprzed poprawki lub zmiany.
13. *Udzielający Zamówienia* może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez *Oferenta* kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości, a *Udzielający Zamówienia* nie może sprawdzić jej autentyczności w inny sposób.
14. *Oferent* nie może wycofać oferty po upływie terminu do składania ofert.

## V. WYMAGANIA FORMALNO-PRAWNE STAWIANE OFERENTOM

1. Oferenci muszą być uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP i posiadają uprawnienia do świadczeń usług objętych przedmiotem umowy.
2. Wykazać, że posiadają niezbędną wiedzę, doświadczenie, kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymaganiami NFZ.
3. *Oferent*, którego oferta zostanie wybrana, przed rozpoczęciem realizacji umowy ma obowiązek zapoznać się z obowiązującymi u *Udzielającego Zamówienia* przepisami wewnętrznymi.
4. *Oferent*, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązuje się w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia do ochrony danych osobowych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, niezależnie od sposobu w jaki wszedł w ich posiadanie, w szczególności ustawy o ochronie danych osobowych, tj.: Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r. poz. 1781) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/676 z 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s 1) – RODO oraz ustawy o prawach pacjenta i rzecznika praw pacjenta.
5. W toku realizacji Umowy, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania obowiązujących u *Udzielającego Zamówienia*: Regulaminu Organizacyjnego, innych wewnętrznych regulaminów, zarządzeń, poleceń służbowych, procedur i instrukcji m. in. związanych z wdrożonymi standardami akredytacyjnymi oraz funkcjonującym w szpitalu Zintegrowanym Systemem Zarządzania wg normy ISO 9001:2015 i przyjętej z tym związanej Polityki SZ, która stanowi integralną część umowy. Poza tym, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania przepisów bhp, ppoż. oraz wdrożonych polityk bezpieczeństwa.

### **Oferta powinna zawierać:**

1. Formularz oferty, prawidłowo wypełniony i podpisany przez Oferenta – Załącznik nr 1 do Regulaminu Konkursu Ofert.
2. Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) wydrukowane nie wcześniej niż 6 m-cy od terminu składania ofert dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księgę Rejestrową wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
3. Kopię polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej *Oferenta* za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem konkursu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lub oświadczenie, że będą posiadać aktualną polisę w dniu podpisania umowy. Oferent, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do złożenia w dniu podpisania umowy aktualnej polisy OC. W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy *Przyjmujący Zamówienia* jest obowiązany złożyć oświadczenie, że będzie posiadać polisę OC na okres obowiązywania umowy.
4. Kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do realizacji przedmiotu zamówienia.

5. Kopię aktualnego zaświadczenia o ukończeniu kursu BHP.
6. Dyplom lub świadectwo ukończenia szkoły pielęgniarstwa i uzyskania tytułu pielęgniarza/pielęgniarki.
7. Prawo wykonywania zawodu.
8. Dyplom specjalizacji z dziedziny pielęgniarstwa kardiologicznego lub
9. Dyplom specjalizacji z dziedziny pielęgniarstwa zachowawczego lub
10. Dyplom specjalizacji z dziedziny pielęgniarstwa internistycznego lub
11. Dyplom specjalizacji z dziedziny opieki długoterminowej lub
12. Dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizację z jednej z dziedzin wymienionych w pkt. 8, 9, 10, 11 lub
13. Dokument potwierdzający ukończony kurs kwalifikacyjny z jednej z dziedzin wymienionych w pkt. 8, 9, 10, 11.
14. Dokument lub oświadczenie *Oferenta*, potwierdzające posiadanie co najmniej 5 - letniego stażu pracy w OINK lub OAiT – dotyczy pielęgniarki/pielęgniarza udzielających świadczeń w Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego.
15. Wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do formularza ofertowego.
16. Podpisane przez *Oferenta* oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji – załącznik nr 2 do formularza ofertowego.
17. Podpisane przez *Oferenta* oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji – załącznik nr 3 do formularza ofertowego.

**Obowiązki pielęgniarki/pielęgniarza na Oddziale Kardiologii będą polegały między innymi na:**

1. Wykonywaniu zawodu, z najwyższą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.
2. Ustaleniu, planowaniu i realizowaniu opieki pielęgniarstwa stosownie do stanu zdrowia pacjenta oraz zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania (indywidualizacja opieki).
3. Stałym kontrolowaniu wykonywanych działań i ocenianiu wyników postępowania pielęgnacyjnego.
4. Wykonywaniu czynności diagnostycznych w tym dokonywaniu pomiarów podstawowych parametrów życiowych.
5. Wykonywaniu zleceń lekarskich, poleceń Pielęgniarki Oddziałowej oraz Naczelnej Pielęgniarki.
6. Pobieraniu materiałów do badań diagnostycznych.
7. Przygotowywaniu pacjentów do badań specjalistycznych.
8. Dokumentowaniu wszystkich czynności wykonywanych przy pacjencie oraz rozpoznanych problemów pielęgnacyjnych zgodnie z zakresem kompetencji i obowiązującymi przepisami.
9. Dokumentowaniu i aktualizowaniu stanów magazynowych „apteczki oddziałowej” w systemie informatycznym lub w inny, przyjęty u Udzielającego Zamówienia sposób (w tym w razie awarii systemu informatycznego).
10. Prowadzeniu edukacji zdrowotnej pacjentów i ich rodzin (opiekunów) oraz podejmowaniu działań promujących zdrowie.

11. Dbalności o utrzymanie w należyтым stanie wyposażenia oraz aparatury i sprzętu medycznego.
12. Organizowaniu stanowiska pracy zgodnie z obowiązującymi standardami jakości opieki.
13. Przestrzeganiu standardów postępowania w zakresie profilaktyki zakażeń.
14. Współpracy z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego.
15. Udzielaniu pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi.
16. Zabezpieczeniu i właściwym przechowywaniu leków i środków dezynfekcji zgodnie z obowiązującymi przepisami i aktualną wiedzą.
17. Zgłaszaniu Pielęgniarsce Oddziałowej, Kierownikowi Oddziału lub Lekarzowi Dyżurnemu usterek i awarii oraz braków zaistniałych w oddziale.
18. Wyjaśnianiu z Pielęgniarką Oddziałową, Kierownikiem Oddziału lub Lekarzem Dyżurnym wszelkich wątpliwości i niejasności związanych z wykonywaniem obowiązków.
19. Nadzorze nad pracą personelu pomocniczego.
20. Wykonywaniu innych czynności związanych bezpośrednio z pracą zawodową, nie objętych niniejszym zakresem obowiązków a zleconym przez Pielęgniarkę Oddziałową, Kierownika Oddziału oraz Naczelną Pielęgniarkę.

## **VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Rodzaj konkursu: otwarty.
2. Forma składania ofert: pisemna.
3. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty zgodnie z przyjętym kryterium oceny ofert: **cena 100%**.
4. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych.
5. Oferta złożona przez *Oferenta* zatrudnionego u *Udzielającego Zamówienia* na umowę o pracę, zostanie odrzucona bez rozpatrywania.

## **VII. ZASADY OCENY I WYBORU OFERT**

1. Oceny ofert dokonuje Komisja Konkursowa.
2. W pierwszej kolejności sprawdzeniu będzie podlegało spełnienie warunków formalnych.
3. Komisja Konkursowa wybiera ofertę najkorzystniejszą dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
4. Komisja Konkursowa dokonuje porównania złożonych ofert wg następujących kryteriów:
  - a) ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu,
  - b) najniższej stawki za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych – **Cena 100%**.
5. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, *Udzielający Zamówienia* może przyjąć tę ofertę, jeżeli Komisja Konkursowa stwierdzi, że z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
6. *Udzielający Zamówienia*, zastrzega sobie prawo wyboru oferty jako najkorzystniejszej, która zapewni kompleksowość wykonania zamówienia i oferta ta wyczerpie zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne stanowiące przedmiot konkursu.
7. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do wyboru kilku najkorzystniejszych ofert w celu wykonania całości zamówienia.

## **VIII. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie ul. Bialska 104/118, **Kancelaria, pokój nr 3.42 (II piętro Pawilon D)**.
2. **Termin składania ofert: 04.04.2024r. do godziny 10:00.**
3. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona *Oferentowi* bez otwierania.

## **IX. TRYB WPROWADZANIA EWENTUALNYCH ZMIAN W REGULAMINIE KONKURSU OFERT**

1. *Oferent* może zwracać się do *Udzielającego Zamówienia* odnośnie wszelkich wątpliwości dotyczących Regulaminu Konkursu Ofert kierując swoje zapytania najpóźniej na 2 dni przed terminem składania ofert na adres *Udzielającego Zamówienia* tylko na piśmie pocztą, pocztą elektroniczną ([jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl](mailto:jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl)) lub faksem na nr tel. 34 365 17 56. Kontakt od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 – 14:00.
2. Pisemne odpowiedzi *Udzielający Zamówienia* umieszcza na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści Regulaminu Konkursu Ofert w czasie nie krótszym niż 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.
4. Informacja o wprowadzonych zmianach zostanie niezwłocznie przekazana wszystkim potencjalnym *Oferentom* w formie wskazanej w pkt. 2 i będzie dla nich wiążąca.
5. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji postępowania konkursowego, *Udzielający Zamówienia* może przedłużyć termin składania ofert. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania *Oferenta* i *Udzielającego Zamówienia* będą podlegały nowemu terminowi.

## **X. MIEJSCE I TRYB OTWARCIA OFERT**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* tj. Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie ul. Bialska 104/118 w **pokoju nr 3.02 (II piętro Pawilon D) w dniu 04.04.2024r. o godzinie 10 :15.**
2. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora *Udzielającego Zamówienia*.
3. *Oferenci* zostaną powiadomieni o rozstrzygnięciu postępowania na stronie internetowej *Udzielającego Zamówienia* [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

## **XI. PROTESTY I ODWOŁANIA**

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnej objętych przedmiotem niniejszego postępowania ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu do 7 dni od dnia jego otrzymania

i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

5. Informacje o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej *Udzielającego Zamówienia* – Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118 – zakładka konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

7. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie do 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

## **XII. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE.**

1. *Udzielający Zamówienia* zobowiązany jest zawrzeć umowę w terminie do 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert o treści stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert oraz uzupełnienie niniejszej umowy, tj.: umowę powierzenia danych osobowych o treści stanowiącej załącznik nr 3 do Regulaminu Konkursu Ofert z *Oferentem*, którego oferta jako najkorzystniejsza została wybrana przez Komisję Konkursową.

2. W przypadku, gdy umowa na świadczenia zdrowotne nie zostanie zawarta z winy *Oferenta* wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody wg uregulowań zawartych w Kodeksie Cywilnym.

**XIII.** Postępowanie konkursowe jest prowadzone w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2023r., poz. 991 ze zm.) oraz ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2024r. poz. 146).

Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
Łukasz Połatyński



**FORMULARZ OFERTOWY – KO/23/2024**  
**na wykonywanie świadczeń zdrowotnych**  
**w zakresie świadczeń pielęgniarских polegających na zapewnieniu**  
**opieki pielęgniarской pacjentom Oddziału Kardiologii**  
**Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny**  
**w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118**

**NAZWA OFERENTA:**

.....

**ADRES:**

ulica ..... nr ....., lok. ....

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

**NIP** .....

**REGON** .....

**PESEL** .....

**PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU NR** .....

**SPECJALIZACJA\*** .....

**NR RACHUNKU BANKOWEGO** .....

**Telefon kontaktowy** .....

**Adres e-mail:** .....@.....

*\*jeśli dotyczy*

**1. Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oferuję przyjęcie do wykonania zamówienie w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert:**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniarsza na Oddziale Kardiologii w wysokości ..... zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń (słownie złotych: .....)**

**Oferuję wymiar zatrudnienia obejmujący udzielanie świadczeń zdrowotnych w ilości około ..... godzin w miesiącu.**

2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert, które akceptuję.
3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Regulaminu Konkursu Ofert, którą akceptuję.
4. Oświadczam, że uważam się za związanym/-ą niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu Ofert, tj.: 30 dni od terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału w postępowaniu i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
6. Oświadczam, że zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert projekty umów zostały przez mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego Zamówienia*.
7. Oświadczam, że zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

**Do oferty załączam wymagane dokumenty:**

- a) oświadczenie *Oferenta* o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminem Konkursu Ofert”.
- b) wydruk z ewidencji działalności gospodarczej CEIDG lub KRS wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od terminu składania ofert oraz dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księgę Rejestrową wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
- c) dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń medycznych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osoby, która będzie udzielała świadczeń pielęgniarzkich, tj. :
  - c. 1. prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza
  - c. 2. dyplom pielęgniarki/pielęgniarsza,
  - c. 3. dyplom specjalizacji z dziedziny pielęgniarstwa kardiologicznego lub
  - c. 4. dyplom specjalizacji z dziedziny pielęgniarstwa zachowawczego lub
  - c. 5. dyplom specjalizacji z dziedziny pielęgniarstwa internistycznego lub
  - c. 6. dyplom specjalizacji z dziedziny opieki długoterminowej lub
  - c. 7. dokument potwierdzający rozpoczętą specjalizację z jednej z dziedzin wymienionych w pkt. c.3, c.4, c.5, c.6 lub
  - c.8. dokument potwierdzający ukończony kurs kwalifikacyjny z jednej z dziedzin wymienionych w pkt. c.3, c.4, c.5, c.6
  - c.9. dokument lub oświadczenie *Oferenta* potwierdzający posiadanie co najmniej 5 – letniego staż pracy w OINK lub OAiIT. – dotyczy pielęgniarki/pielęgniarsza udzielających świadczeń w Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego.
- d) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez *Oferenta* umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, *Oferent* dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

W przypadku braku polisy OC *Oferent* może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.
- e) dane pielęgniarki/pielęgniarsza udzielającego świadczenia zdrowotne w formie wykazu ze wskazaniem m. in. numeru prawa wykonywania zawodu, nr dyplomu, uzyskanej specjalizacji i posiadanymi kwalifikacjami, zgodnie z załączonym wzorem do formularza ofertowego.
- f) kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego.
- g) kopię aktualnego zaświadczenia o ukończeniu kursu BHP.

**h)** oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego,

**i)** oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego, zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.

.....dnia .....

Miejscowość, data

.....

Data, podpis i pieczęć Oferenta

WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Załącznik nr 1 do formularza ofertowego

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr dyplomu	Data wydania dyplomu	Nr prawa wykonywania zawodu	Organ wydający prawo wykonywania zawodu i data wydania	Stopień specjalności i data uzyskania specjalności	Wymiar zatrudnienia w wymiarze tygodniowym i miesięcznym	Miejsce i okres zatrudnienia	Określenie grupy zawodowej	Wykształcenie*: 1) wyższe medyczne – tytuł magistra; 2) wyższe medyczne – tytuł licencjata; 3) wyższe; 4) średnie; 5) wyższe – tytuł magistra 6) wyższe – tytuł licencjata  *zaznaczyć prawidłowe	Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/  Doświadczenie

Podpis, pieczęć Oferenta