

## Zmiany w : ogłoszeniu i Specyfikacji Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

I . W ogłoszenia konkursu ofert dokonuje się następujących zmian:

### **Pkt.3 ogłoszenia konkursu ofert otrzymuje brzmienie:**

„3. Przyjmującym Zamówienie – należy przez to rozumieć podmiot, o którym mowa w art. 26 ustawy o działalności leczniczej, posiadające odpowiednie kwalifikacje w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.”

### **II. W Specyfikacji Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert dokonuje się następujących zmian:**

1) pkt. VIII. otrzymuje brzmienie

„ VIII. Wymagane dokumenty:

- 1) aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (ze strony internetowej CEIDG) albo aktualny odpis w formie wydruku z Krajowego Rejestru Sądowego,
- 2) odpis w formie wydruku z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą stosownie do formy organizacyjno-prawnej,
- 3) Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje:
  - a) dyplom ukończenia studiów medycznych,
  - b) prawo wykonywania zawodu,
  - c) dyplom specjalizacji lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń,
- 4) wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz oświadczenie zgodności ww. danych
- 5) kserokopia dowodu zawarcia aktualnie obowiązującej umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),
- 6) aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarz (tzw. zdolność do pracy) oraz zaświadczenia do celów sanitarno epidemiologicznych (możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),
- 7) (kserokopia )certyfikat potwierdzający ukończenie kursu Diagnostyki USG narządu ruchu z elementami reumatologii,
- 8) oświadczenie o posiadania tytułu prawnego do dysponowania artroskopem zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO
- 9) pełnomocnictwo jeżeli oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika

2)w pkt. IX w pdpkt .2 lit. 1 otrzymuje brzmienie :

„1) zapewnienie we własnym zakresie i własny koszt na potrzeby realizacji zamówienia artroskopu do którego przyjmujący zamówienie posiada tytułu prawny do dysponowania artroskopem np: własność , najem , leasing.”

**3) Załącznik n r 1 do Specyfikacji Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert otrzymuje brzmienie:**

**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego Zespołu  
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach  
im. Lecha i Marii Kaczyńskich  
- Pary Prezydenckiej  
  
Bernarda Dudek

„ Załącznik nr 1 do SWKO  
Samodzielny Publiczny  
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach  
im. Lecha i Marii Kaczyńskich -Pary Prezydenckiej  
26-670 Pionki, ul. Sienkiewicza 29( dalej też jako  
SPZZOZ Pionki)

**FORMULARZ OFERTOWY W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE  
PACJENTOM SP ZZOZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE ORTOPEDII I  
TRAUMATOLOGII NARZĄDÓW RUCHU**

**Nazwisko imię / Nazwa oferenta**

.....

adres miejsce zamieszkania / adres miejsca siedziby

Nr NIP ..... NR REGON .....

Nr KRS .....

nr księgi rejestrowej podmiotów prowadzących działalność leczniczą prowadzony przez  
Wojewodę .....

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia SPZZOZ Pionki z dnia .....  
października 2020 r. o konkursie ofert w sprawie udzielenia zamówienia na świadczenia  
zdrowotne.
2. Niniejszym składam ofertę na udzielanie pacjentom SPZZOZ Pionki w Pionkach świadczeń  
zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządów ruchu.
3. Oferuję wykonywanie świadczeń w zakresie określonym powyżej przy użyciu artroskopu,  
do którego mam/mamy tytuł prawny ,umożliwiający bez żadnych przeszkód  
wykonywanie świadczeń objętych ofertą w Oddziale Chirurgii Ogólnej SPZZOZ Pionki  
przez cały okres obowiązywania umowy.
4. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i  
traumatologii narządów ruchu w Oddziale Chirurgii Ogólnej SP ZZOZ Pionki w  
ramach umowy podpisanej z NFZ przez Udzielającego Zamówienie za wynagrodzeniem w  
wysokości ..... % wartości rzeczywiście wykonanej procedury (*proponowane  
wynagrodzenie nie może przekraczać 40% wartości rzeczywiście wykonanej procedury  
w zakresie ortopedii i traumatologii narządów ruchu*). Wynagrodzenie obejmuje  
wszystkie koszty związane z realizacją umowy umowy w tym koszty zapewnienia  
artroskopu do realizacji świadczeń , jego obsługi ,utrzymania , naprawy i  
eksploatacji.

B. Duda

5. Celem zapewnienia dostępności zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym poniżej zakresie:  
..... godz. w tygodniu ( *co najmniej 4 godz. w tygodniu*).
6. Celem zapewnienia ciągłości zamówienia zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym poniżej zakresie:  
.....dni ( *co najmniej jeden dzień w tygodniu*).
7. W przypadku wygrania konkursu zobowiązuję się zawrzeć umowę na wykonanie świadczeń zdrowotnych w okresie wskazanym w ogłoszeniu.
8. Oświadczam, że :
  - 1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO) wzorem umowy (Załącznik nr 2 do SWKO), akceptuję ich treść i nie wnoszę do tych dokumentów żadnych zastrzeżeń,
  - 2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z wzorem umowy, stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO, oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
  - 3) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów postępowania konkursowego, zawarcia i realizacji umowy na udzielanie pacjentom Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządów ruchu działalności gospodarczej, w zależności od formy organizacyjno-prawnej.
  - 4) oświadczam, iż złożone przez mnie dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym.

miejsce i data)

(czytelny podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania oferenta

załączniki:

- 1) aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (ze strony internetowej CEIDG) albo aktualny odpis w formie wydruku z Krajowego Rejestru Sądowego,
- 2) odpis w formie wydruku z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą stosownie do formy organizacyjno-prawnej,
- 3) Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje:
  - 1) dyplom ukończenia studiów medycznych,
  - 2) prawo wykonywania zawodu,
  - 3) dyplom specjalizacji lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń,
- 4) wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz oświadczenie zgodności ww. danych – dotyczy podmiotów leczniczych ,
- 5) kserokopia dowodu zawarcia aktualnie obowiązującej umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),
- 6) aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarz (tzw. zdolność do pracy) oraz zaświadczenia do celów sanitarno

epidemiologicznych (możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),

- 7) (kserokopia) certyfikat potwierdzający ukończenie kursu Diagnostyki USG narządu ruchu z elementami reumatologii,
- 8) świadczenie o posiadania tytułu prawnego do dysponowania artroskopem zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO
- 9) pełnomocnictwo jeżeli oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika.

**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego Zespołu  
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach  
im. Lecha i Marii Kaczyńskich  
- Pary Prezydenckiej  
*B. Dudek*  
Bernarda Dudek