

**OGŁOSZENIE**  
**O konkursie ofert Nr KO 13 /2023**  
**Dyrektor Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie**

działając na podstawie art. 46 w związku z art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej tj. Dz.U. 2023 poz. 991 ze zm.

**OGŁASZA**

konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań EMG.

Niniejszy konkurs ofert skierowany jest do osób nieudzielających świadczeń zdrowotnych w ramach umowy o pracę w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie z chwilą podpisania umowy cywilno – prawnej.

Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta będzie po rozstrzygnięciu konkursu na okres:  
**od 01.10.2023r. do 31.12.2024r.**

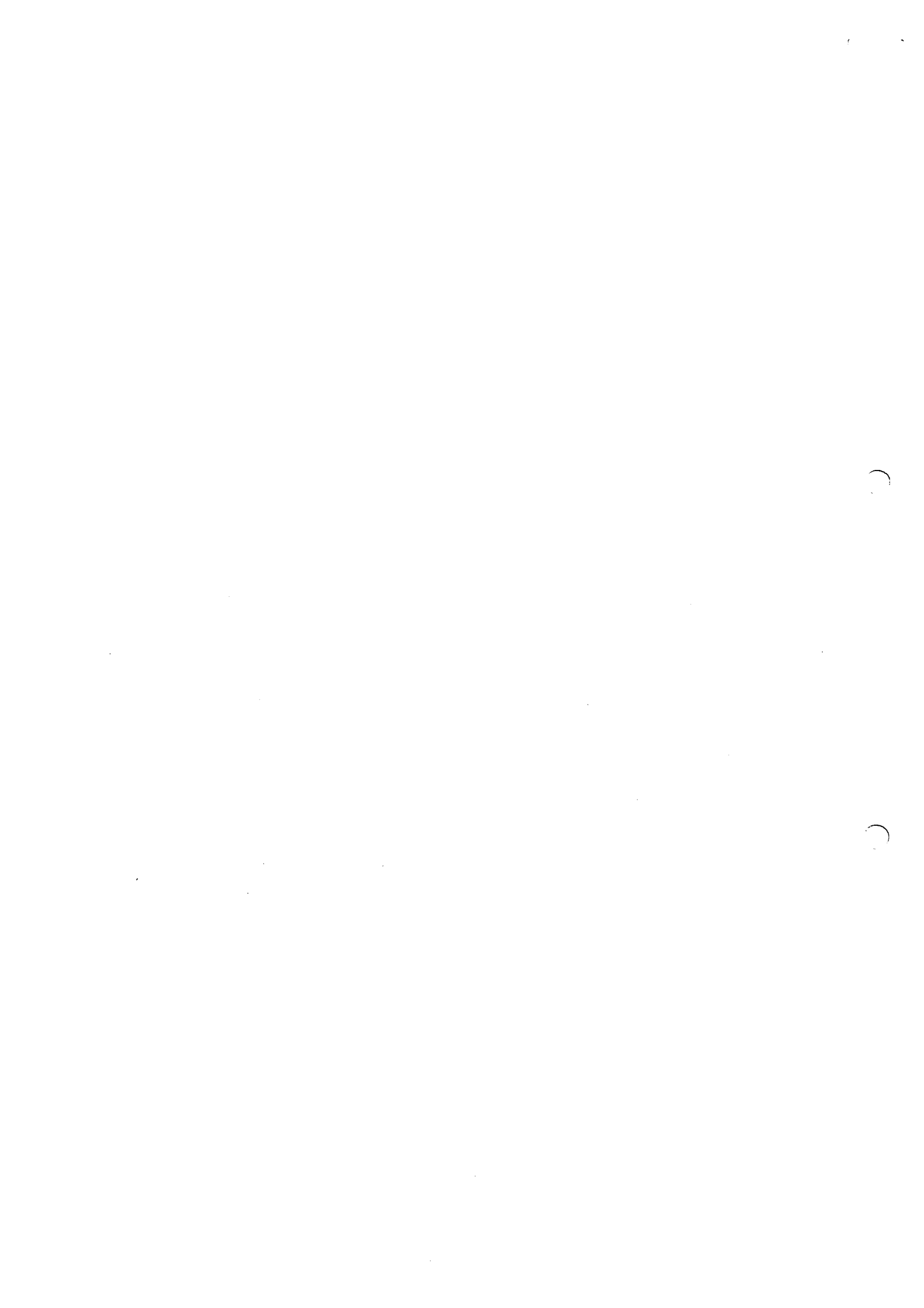
Ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu można zapoznać się w Dziale Organizacji i Rozliczeń Usług Medycznych, tel. 023 67 30 242 oraz na stronie internetowej Szpitala - [www.szpitalciechanow.com.pl](http://www.szpitalciechanow.com.pl).

Składanie ofert i rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w siedzibie zamawiającego w terminach:

- Składanie ofert - **do 31.08.2023r. do godz. 11.00** Kancelaria Szpitala
- Otwarcie ofert - **01.09.2023 r. godz. 12.00** Sala Seminaryjna Szpitala
- Rozstrzygnięcie konkursu ofert - **01.09.2023 r. godz. 15<sup>00</sup>**

Zamawiający zastrzega sobie prawo odwołania konkursu w całości lub wybranego zakresu oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podawania przyczyn

DYREKTOR  
  
Andrzej Juliusz Kamasa



## SPECYFIKACJA

### Podstawa prawna:

art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2023, poz. 991 ze zm.)

### I. Postanowienia ogólne

Dyrektor Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie zaprasza do udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie wykonywania badań EMG.

1.1. Od osób składających oferty wymagane jest posiadanie licencji PTNK (Polskiego Towarzystwa Neurofizjologii Klinicznej).

#### 1.1.1. Do obowiązków lekarza należy:

a) udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na wykonywaniu badań diagnostycznych EMG

b) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

1.2. Niniejszy konkurs ofert skierowany jest do osób, które nie udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach umowy o pracę w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie.

1.3. Rozliczenie kontraktu będzie odbywało się na podstawie wykonanych świadczeń zdrowotnych.

1.4. Nie można łączyć udzielania świadczeń zdrowotnych wyłonionych w drodze niniejszego konkursu ofert z pracą w ramach umowy o pracę w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie.

1.5. Każdy przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej.

1.6. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do nie podpisania umowy z przyjmującym zamówienie w przypadku, nie podpisania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

1.7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

A/ przestrzegania przepisów bhp i p/poż obowiązujących na terenie zakładu

B/ przestrzegania regulaminów i przepisów wewnętrznych, w tym zatwierdzonych wewnętrznych procedur postępowania.

### II. Materiały konkursowe

2.1. Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych powinna zawierać n/w dokumenty:

1) wypełniony formularz ofertowy (Załącznik Nr 1)

2) przebieg pracy zawodowej

3) kserokopie:

- dyplomu ukończenia uczelni

- zaświadczenia o posiadanych specjalizacjach

- zaświadczenia o odbytych kursach potwierdzających umiejętności

- zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej,

- wpisu do właściwych rejestrów

- dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu

- Aktualne zaświadczenie lekarskie o dopuszczeniu do pracy na danym stanowisku

- Aktualne zaświadczenia bhp i p/poż

- Aktualna polisa ubezpieczeniowa.

2.2. Komisja konkursowa w części jawnej może zażądać przedstawienia do wglądu oryginałów przedstawionych kserokopii.

### III. Składanie ofert

3.1. Oferty należy składać do Kancelarii Zamawiającego na adres: Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów, w zamkniętych kopertach **do dnia 31.08.2023r. godz. 11.00**

**3.2. Na kopercie należy umieścić oznaczenie:**

Imię, nazwisko, adres oferenta

OFERTA NA KONKURS OFERT  
na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

.....  
(PRZEDMIOT KONKURSU OFERT)

- 3.3. Oferty złożone po wyznaczonym terminie w pkt. 3.1. uznane będą za nieważne.
- 3.4. Oferent może zmodyfikować lub wycofać ofertę za pomocą pisemnego powiadomienia przed datą składania ofert.
- 3.5. Termin związania ofertą 5 dni.
- 3.6. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu w całości lub w danym zakresie i do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

**4. Otwarcie ofert i ich ocena**

- 4.1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **01.09.2023r. o godz. 12.00** w sali seminaryjnej Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie ul. Powstańców Wielkopolskich 2,
- 4.2. Kryteria oceny:
- proponowana stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych
  - wiarygodność oferenta (kwalifikacje, umiejętności, posiadane doświadczenie)
- 4.3. W przypadku gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne komisja może zobowiązać oferenta do usunięcia braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

**5. Wybór oferenta**

- 5.1. Zamawiający wybierze oferenta, który posiada kwalifikacje zgodne z wymaganymi oraz przedstawił najkorzystniejszą ofertę. W przypadku przedstawienia przez oferenta wyższej stawki od możliwości finansowania przez zamawiającego, mogą być prowadzone negocjacje w sprawie ceny.
- 5.2. Powiadomienie o wyborze oferenta nastąpi niezwłocznie po zakończeniu konkursu ofert.
- 5.3. Powiadomienie oferenta o przyjęciu jego oferty oznaczać będzie, że z nim zostanie zawarta umowa.
- 5.4. Zamawiający przedstawi na tablicy ogłoszeń oferentów, których oferty nie zostały przyjęte.
- 5.5. Oferent może złożyć do Udzielającego zamówienia umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 5 dni od daty otrzymania zawiadomienia.
- 5.6. Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta będzie po rozstrzygnięciu konkursu na okres od dnia, **od dnia 01.10.2023r. do 31.12.2024r.**
- 5.7. W przypadku zakończenia obowiązywania umów pomiędzy Zamawiającym a Narodowym Funduszem Zdrowia, warunki finansowe z wybranym oferentem renegotjowane będą od początku obowiązywania nowej umowy pomiędzy Zamawiającym a Narodowym Funduszem Zdrowia.
- 5.8. Z wybranym oferentem zostanie podpisana umowa w terminie 5 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert..
- 5.9. Nie podpisanie umowy przez oferenta w uzgodnionym terminie będzie wystarczającym powodem do anulowania wyboru tego oferenta.

DYREKTOR  
  
Andrzej Juliusz Kamasa

**O F E R T A**  
o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie wykonywania badań EMG.

**Dane adresowe**

Imię i nazwisko (nazwa podmiotu leczniczego).....

Adres .....

Telefon .....

Posiadane specjalizacje .....

Numer właściwego rejestru .....

NIP.....

REGON .....

Nr działalności gospodarczej .....

**Oferta cenowa**

Przedmiot zamówienia zobowiązuję się wykonywać badania za następujące kwoty:

- zespół cieśni nadgarstka – jedna ręka –
- nerw strzałkowy –
- diagnostyka opadania stopy –
- nerw promieniowy –
- diagnostyka opadania ręki –
- próba tężyczkowa –
- badanie 1 mięśnia metodą ilościową –
- badanie 1 mięśnia metodą jakościową –
- badanie 1 nerwu – włókna czuciowe, ruchowe + fala F –
- polineuropatia –
- splot barkowy, splot lędźwiowo-krzyżowy –
- SLA –
- uszkodzenie korzeni –
- koszt jednorazowej elektrody igłowej koncentrycznej –

**Oświadczenia**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie łącznie ze stażem podyplomowym wynosi :.....lat.
3. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności, świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na okres obowiązywania umowy.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

Ciechanów dnia .....

.....  
(podpis)



wzór  
**UMOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

zawarta w dniu ..... w Ciechanowie

pomiędzy: Specjalistycznym Szpitalem Wojewódzkim w Ciechanowie zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym pod nr 0000008892 prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieście XX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego posiadającym NIP 566-10-19-200 oraz REGON 000311622 reprezentowanym przez: **Andrzeja Juliusza Kamasę - Dyrektora** zwanym dalej **Udzielającym zamówienia**

a

.....  
zwanym dalej **Przyjmującym zamówienie**

*Podstawą prawną do zawarcia umowy jest art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2023 r. poz.991 ze zm.)*

**§1**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie zamówienia na wykonywanie **badania diagnostycznych EMG**, zwanych dalej świadczeniami zdrowotnymi. Szacunkowa ilość ubezpieczonych uprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych obejmuje liczbę ok. 300 tys. osób.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przestrzegania regulaminów i przepisów wewnętrznych, w tym zatwierdzonych wewnętrznych procedur postępowania.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych zawartych w dokumentach aplikacyjnych przez Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów w celu realizacji umowy.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do bieżącego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów którym zostało udzielone świadczenie a także dokonywania zapisów w systemie informatycznym AMMS oraz innej dokumentacji do której prowadzenia zobowiązany jest Udzielający zamówienie.

**§ 2**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 niniejszej umowy i oświadcza, iż wykonywać je będzie z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną i standardami postępowania, na zasadach wynikających z ustawy o zawodzie lekarza, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i innych przepisów prawa.

**§ 3**

1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową udzielane będą przez **Przyjmującego zamówienie** w siedzibie **Przyjmującego zamówienie** przy użyciu sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej, stanowiących własność **Przyjmującego zamówienie**. Świadczenia zdrowotne w uzasadnionych przypadkach będą również udzielane w Pracowni EMG **Udzielającego Zamówienia**.
2. **Przyjmujący zamówienie** zapewni personel medyczny do realizacji świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
3. **Przyjmujący zamówienie** może powierzyć wykonanie niniejszej umowy osobie trzeciej po uzyskaniu pisemnej zgody **Udzielającego zamówienie**.
4. Wyniki badań na bieżąco będą przesyłane do **Udzielającego Zamówienie** listem poleconym na jego adres. Dopuszcza się dostarczenie wyników w inny sposób uzgodniony między stronami.

**§4**

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia **04.09.2023r.** do dnia **31.12.2023r.**

**§5**

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowemu Funduszowi Zdrowia w zakresie świadczeń medycznych będących przedmiotem umowy.

**§6**

**Przyjmujący zamówienie** jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U.2020 poz. 666).

**§7**

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do składania miesięcznych sprawozdań z wykonania umowy

wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

2. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1 wysyłane są w terminie do 3 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni listem poleconym do siedziby Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie.

#### § 8

1. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie w kwocie: .....
2. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy **Udzielający zamówienie** wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie do 14 dni po dniu dostarczenia przez **Przyjmującego zamówienie** faktury/rachunku wraz z zatwierdzonym sprawozdaniem, o którym mowa w § 7.
3. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę, niedzielę lub inny dzień wolny od pracy, to płatności dokonuje się następnego dnia roboczego.
4. Należność za wykonane świadczenia zdrowotne zostanie przekazana **Przyjmującemu zamówienie** na jego rachunek bankowy wskazany na fakturze/ rachunku. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego zamówienie**.

#### § 9

1. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że wykonywane usługi określone w § 1 umowy wchodzi w zakres prowadzonej przez **Przyjmującego zamówienie** pozarolniczej działalności gospodarczej.
2. Przyjmujący zamówienie ponosi ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną przez niego działalnością.
3. **Przyjmujący zamówienie** samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i inne tytuły wpłat) oraz z Urzędem Skarbowym.

#### § 10

Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie **Udzielający zamówienia** i **Przyjmujący zamówienie**.

#### § 11

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do:

1. ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
2. złożenia polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 1 najpóźniej w terminie 30 dni od daty podpisania umowy, w razie zawarcia nowego ubezpieczenia do złożenia nowej polisy w terminie 7 dni od daty zawarcia ubezpieczenia,
3. utrzymywania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia,
4. wykonania we własnym zakresie i na własny koszt aktualnych szkoleń z zakresu bhp i aktualnych badań profilaktycznych, a także niezwłocznego złożenia ich **Udzielającemu Zamówienie**.

#### § 12

Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:

1. z upływem czasu, na który została zawarta,
2. na mocy porozumienia stron,
3. w wyniku oświadczenia **Udzielającego zamówienia** z zachowaniem tygodniowego okresu wypowiedzenia, z przyczyn leżących po stronie **Przyjmującego zamówienie**, a dotyczących:
  - a) ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich niewłaściwej ilości i jakości;
4. Uzasadnionych skarg pacjentów, jeśli związane są one z naruszeniem postanowień niniejszej umowy lub przepisów prawa regulujących zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych.

#### § 13

**Udzielający zamówienia** uprawniony jest do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli **Przyjmujący zamówienie**:

1. utracił prawo wykonywania zawodu lub prawo to zostało w stosunku do niego zawieszona,
2. przeniósł prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy na osobę trzecią bez zgody **Udzielającego zamówienia**,
3. nie dotrzymał warunków określonych w § 11 niniejszej umowy dotyczących ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
4. w sposób rażąco naruszył postanowienia niniejszej umowy.



#### §14

**Udzielający zamówienia** uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia w przypadku, w którym ulegnie rozwiązaniu umowa zawarta przez **Udzielającego zamówienia** z Narodowym Funduszem Zdrowia. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy w tym trybie **Udzielający zamówienia** złoży Przyjmującemu zamówienie na piśmie, niezwłocznie po uzyskaniu stosownej informacji.

#### §15

**Przyjmujący zamówienie** uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku zwłoki w wypłacie wynagrodzenia, o którym mowa w § 8 przekraczającej 14 dni lub w przypadku rażącego naruszenia innych postanowień umowy, po uprzednim pisemnym wezwaniu i udzieleniu 14 dni na zaniechanie naruszeń i zapłatę.

#### §16

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie m.in. przepisy ustawy o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2023r. poz. 991 ze zm.), ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej sfinansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. 2021 poz.1285 z późn. zm.) , ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz. U. 2021, poz. 290 z późn. zm.) oraz Kodeksu cywilnego.
2. Specyfikacja konkursowa stanowi załącznik do niniejszej umowy dookreślający jej zakres.

#### § 17

Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji ( tj. Dz. U. z 2020 poz. 1913 ze zm.) oraz podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.

#### §18

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

#### §19

Zmiany do umowy dokonywane są w formie pisemnego aneksu, pod rygorem nieważności.

#### § 20

Spory powstałe na tle realizacji niniejszej umowy rozpatruje Sąd właściwy dla siedziby **Udzielającego zamówienia**.

**Przyjmujący zamówienie**

**Udzielający zamówienia**

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA UMOWY**

Za miesiąc.....rok 2023

.....  
(imię i nazwisko lekarza)

lp.	Imię i nazwisko	Pesel	Skierowanie	Data wykonania	Nazwa badania
Razem:					

.....  
pieczęć i podpis lekarza

.....  
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej