

**REGULAMIN KONKURSU OFERT**

**na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej i w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118**

**Pakiet nr 1: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji dziennej na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej**

**Pakiet nr 2: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej**

**Pakiet nr 3: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej**

**Pakiet nr 4: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach ordynacji dziennej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej**

**Pakiet nr 5: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej**

zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej  
(tekst jednolity Dz. U. z 2023r., poz. 991 ze zm.)

**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

**II. PRZEDMIOT KONKURSU**

1. Przedmiotem postępowania konkursowego jest udzielanie pacjentom Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w **zakresie wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej i w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej**, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2023r., poz. 991 ze zm.) - **Pakiet nr 1: W godzinach ordynacji dziennej na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej, Pakiet nr 2: W ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej, Pakiet nr 3: W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej, Pakiet nr 4: W godzinach ordynacji dziennej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej, Pakiet nr 5: W ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej.**

Miejsce udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych: **Oddział Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej, Poradnia Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi**

**Panny w Częstochowie w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118, w niżej wymienionym zakresie:**

1. wykonywania procedur i hospitalizacji na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej – zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Kierownika Oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej i zatwierdzonym przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa,
2. udzielania konsultacji pacjentom przebywającym na innych Oddziałach Szpitala, w tym na SOR w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118, na wezwanie lekarzy tych oddziałów, w terminie niezbędnym dla zachowania ciągłości procesu diagnostyczno – leczniczego z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjentów,
3. udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej zgodnie z harmonogramem ustalonym z Kierownikiem Oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej i zatwierdzonym przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa.
4. wykonywania procedur i hospitalizacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej – zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Kierownika Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i zatwierdzonym przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.

**w wymiarze zatrudnienia:**

**Pakiet nr 1:** w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach ordynacji dziennej od **7:00 do 14:35** – w wymiarze średnio około **1 etatu**, w zależności od potrzeb Udzielającego Zamówienia, jednak Udzielający Zamówienia dopuszcza również inne godziny udzielania świadczeń zdrowotnych, po ich uzgodnieniu z Kierownikiem Oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej;

**Pakiet nr 2:** średnio około maksymalnie **31 dyżurów lekarskich w miesiącu**, pełnionych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach **14:35 do 7:00** dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta oraz dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od **7:00 do 7:00** dnia następnego - w zależności od potrzeb Udzielającego Zamówienia.

**Pakiet nr 3:** średnio około **5 godzin w tygodniu**, w dniach i godzinach wg harmonogramu ustalonego z Kierownikiem Oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej i zatwierdzonym przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa.

Organizacja pełnienia lekarskich dyżurów medycznych oraz sposób wynagradzania:

**Organizacja dyżurów medycznych:**

- a) Codziennie 2 lekarzy na dyżurze w Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej:  
w ramach dyżurów na Oddziale 1 lekarz zapewnia konsultacje w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej dla pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w obszarze chirurgii i traumatologii dziecięcej; dopuszcza się możliwość niezapewnienia obsady dyżurowej stacjonarnie przez 2 lekarzy jednocześnie, jednak maksymalnie do 7 dyżurów w miesiącu, w czasie których lekarz specjalista pozostaje w gotowości do pełnienia dyżurów medycznych. W związku z powyższym w dni, w których nie będą zapewnione podwójne dyżury, nie będą zapewnione konsultacje w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w obszarze chirurgii i traumatologii dziecięcej, poza konsultacjami ratującymi życie.
- b) Pacjenci urazowi – dzieci zgłaszający się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w godzinach dyżurowych, rejestrowani są przez TRIAGE SOR na jednego z lekarzy, którzy w danym dniu pełnią dyżur na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej;
- c) W przypadku obecności tylko jednego lekarza dyżurującego w Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej, pacjenci zgłaszający się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

wymagający zaopatrzenia chirurga dziecięcego, będą rejestrowani na lekarza aktualnie dyżurującego w obszarze SOR ogólnym;

- d) W przypadku, gdy podczas podwójnej odsady lekarskiej na dyżurze, konieczne jest wykonanie zabiegu operacyjnego, do którego zaangażowanych będzie dwóch lekarzy dyżurnych Oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej, wówczas pacjenci zgłaszający się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wymagający zaopatrzenia chirurga dziecięcego, będą rejestrowani na lekarza aktualnie dyżurującego w SOR ogólnym.

#### **Wynagrodzenie:**

Lekarz otrzymuje wynagrodzenie za 1 godzinę dyżuru w wysokości, jak niżej:

- w przypadku pełnienia dyżuru przez 2 lekarzy jednocześnie stacjonarnie – zgodnie ze stawkami określonymi w umowie,
- w przypadku pełnienia dyżuru przez 2 lekarzy, w tym: 1 lekarz pełni dyżur stacjonarnie a drugi pozostaje w gotowości, wówczas wynagrodzenie kształtuje się następująco:
- dla jednego lekarza pełniącego dyżur stacjonarnie – 150% stawki dyżurowej, którą powinni otrzymać łącznie dwaj lekarze pełniący dyżur jednocześnie stacjonarnie,
- dla drugiego lekarza, który pozostaje w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych – 50% stawki dyżurowej, którą powinni otrzymać łącznie dwaj lekarze pełniący dyżur jednocześnie stacjonarnie; gotowość do dyżuru może pełnić wyłącznie lekarz specjalista.

**Pakiet nr 4:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach ordynacji dziennej w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach ordynacji dziennej **od 8:00 do 15:35**, w wymiarze średnio około **1 etatu** – w zależności od potrzeb Udzielającego Zamówienia, jednak Udzielający Zamówienia dopuszcza również inne godziny udzielania świadczeń zdrowotnych, po ich uzgodnieniu z Kierownikiem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

#### **Pakiet nr 5: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**

Średnio około maksymalnie **31 dyżurów medycznych w miesiącu** w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach **od 15:35 do 8:00** dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta oraz dni ustawowo wolne od pracy w godzinach **od 8:00 do 8:00** dnia następnego.

2. Zakres godzinowy udzielania świadczeń zdrowotnych może być dostosowany do pracy Oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej, Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub wymagań *Udzielającego Zamówienia*.

3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie w przypadku otrzymania zmniejszonego kontraktu z NFZ prawo do zmniejszenia ilości godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych, bez ponoszenia z tego tytułu na rzecz *Przyjmującego Zamówienie* jakichkolwiek kosztów.

4. *Udzielający Zamówienia* nie jest zobowiązany do zlecenia *Przyjmującemu Zamówienie* maksymalnej ilości godzin ordynacji dziennej oraz dyżurów w okresie obowiązywania umowy.

5. Świadczenie usług zdrowotnych wykonywane będzie przez *Przyjmującego Zamówienie* zgodnie z wymogami określonymi przez NFZ i zgodnie z warunkami umowy.

### **III. ZASADY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ PRZEZ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

1. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii i traumatologii dziecięcej na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej i w Poradni Chirurgii i Traumatologii dziecięcej oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej, w tym między innymi: diagnostyki, terapii i leczenia, orzekania o stanie zdrowia pacjentów i innych wynikających z realizacji umowy zawartej przez *Udzielającego Zamówienia* z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i w nagłych zachorowaniach.
3. *Przyjmujący Zamówienie* przy realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się także do:
  - 1) Udzielania świadczeń zdrowotnych z najwyższą starannością, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy i sztuki medycznej, etyką zawodu, w poszanowaniu interesów *Udzielającego Zamówienia* i poszanowaniem interesów i praw pacjenta, ochroną danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, normami umożliwiającymi akredytację i certyfikację, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia i umowami zawartymi przez *Udzielającego Zamówienia* oraz postanowieniami niniejszej umowy.
  - 2) Prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej (również w formie elektronicznej) zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz wymogami obowiązującymi u *Udzielającego Zamówienia* oraz do prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej.
  - 3) Przestrzegania wszystkich wewnętrzzakładowych aktów prawnych, instrukcji i zarządzeń obowiązujących u *Udzielającego Zamówienia*, a związanych z udzielaniem świadczeń medycznych objętych przedmiotem niniejszej umowy.
  - 4) Przekazywania *Udzielającemu Zamówienia* danych niezbędnych do dokonania rozliczeń wykonanych świadczeń z NFZ.
  - 5) Udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach ordynacji dziennej na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej.
  - 6) Udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej.
  - 7) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej
  - 8) Udzielania konsultacji lekarskich w danej specjalizacji na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych i innych komórek organizacyjnych działalności podstawowej *Udzielającego Zamówienia*.
  - 9) Podczas pełnienia lekarskich dyżurów medycznych, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do nieopuszczania Oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, dopóki nie stawi się lekarz przejmujący opiekę w Oddziale, tzn. tzw. „zmiennik” lub w sytuacji gdy konieczne jest kontynuowanie czynności medycznych zapobiegających pogorszeniu, utracie zdrowia lub życia pacjentów.
4. *Przyjmujący Zamówienie* oświadcza, iż zna określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia warunki szczegółowe udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy oraz przepisy prawa obowiązujące w tym zakresie, jak również przepisy dotyczące zasad refundacji leków przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz prowadzenia dokumentacji

medycznej (również w wersji elektronicznej) i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

#### **IV. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE**

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* posiadający uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, tj.: jako podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2023r., poz. 991 ze zm.) w zakresie zgodnym przedmiotem zamówienia.
2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą muszą być uprawnione do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowane we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP i posiadają uprawnienia do świadczenia usług objętych przedmiotem umowy.
3. Oferent powinien posiadać niezbędną wiedzę, doświadczenie tzn. posiadać doświadczenie zawodowe w prowadzeniu działalności objętej konkursem oraz posiadać niezbędne kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia i określone w Rozdziale VIII niniejszego Regulaminu, w tym posiadać tytuł specjalisty (II<sup>o</sup>) w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub ukończyć pierwszy rok specjalizacji w dziedzinie chirurgii i traumatologii dziecięcej. W przypadku lekarza w trakcie specjalizacji – lekarz ten musi przedstawić do oferty dokument potwierdzający ukończenie pierwszego roku specjalizacji oraz potwierdzenie przez Kierownika specjalizacji w danej dziedzinie lub Konsultanta Krajowego/Konsultanta Wojewódzkiego w danej dziedzinie, wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej oraz w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej. Wzór potwierdzenia stanowi załącznik do formularza ofertowego.
4. Oferent powinien posiadać polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń medycznych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. W przypadku złożenia oferty przez lekarza zatrudnionego u *Udzielającego Zamówienia*, w przypadku wyboru jego oferty, z dniem zawarcia umowy na udzielania świadczeń zdrowotnych, lekarz ten rozwiąże umowę o pracę z *Udzielającym Zamówienia*.
6. *Przyjmujący Zamówienie* 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 (t. j. 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.

#### **V. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **12 miesięcy od daty obowiązywania umowy.**

## **VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Rodzaj Konkursu: otwarty.
2. Forma składania ofert: pisemna.
3. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych na Pakiet nr 1, nr 2, nr 3, nr 4 i nr 5, oraz ofert częściowych w zakresie poszczególnych pakietów.
4. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty zgodnie z przyjętym kryterium oceny ofert, tj.:

**Cena: waga kryterium 100%**

Cena oferty zostanie obliczona, jako średnia arytmetyczna cen jednostkowych wyrażonych w złotych i w procentach.

## **VII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY** – zgodnie z wymogami określonymi w „Regulaminie Konkursu Ofert”, tj.:

1. Oferta winna być sporządzona w języku polskim, napisana czytelnym pismem ręcznym przy użyciu nieścieralnego atramentu, komputerowo lub na maszynie do pisania i podpisana przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu *Oferenta*.
2. Oferta winna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności tzn. oryginały aktualnych dokumentów lub uwierzytelnione przez osoby do tego uprawnione kserokopie aktualnych dokumentów.  
Kopie dokumentów mogą także zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę podpisującą ofertę.
3. Oferta powinna zawierać kwotę wynagrodzenia za 1 godzinę udzielenia świadczeń zdrowotnych oraz stawkę procentową. Wynagrodzenie wskazane w ofercie powinno zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia oraz realizacją przedmiotu zamówienia.
4. Wszystkie miejsca, w których *Oferent* naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
5. *Oferent* winien zamieścić ofertę w zapieczętowanej kopercie, która będzie zaadresowana na *Udzielającego Zamówienia*. Koperta powinna ponadto posiadać następujące oznaczenie:

### **„Konkurs Ofert**

**na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej i w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej oraz w Szpitalnym Oddziale ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118,  
Pakiet nr .....**

**nie otwierać do dnia 20.10.2023r. przed godz. 11:15 – nr postępowania KO/84/2023”**

**z podaniem nazwy i adresu Oferenta.**

6. Poza oznaczeniami podanymi powyżej koperta powinna zawierać nazwę i adres *Oferenta*, aby można było odesłać ofertę w przypadku stwierdzenia, że została złożona po upływie wyznaczonego terminu.
7. *Oferent* nie może wycofać oferty po upływie terminu do składania ofert.
8. *Oferent* ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

## **VIII. INFORMACJE O OFERENCIE**

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:

a) oświadczenie *Oferenta* o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminem Konkursu Ofert”.  
b) dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa oraz dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: aktualny odpis ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) lub KRS, wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od terminu składania ofert.

c) dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osoby, która będzie udzielała świadczeń medycznych, tj.:

c.1. prawo wykonywania zawodu,

c.2. dyplom lekarza,

c.3. dyplom uzyskania tytułu specjalisty (II<sup>o</sup>) w dziedzinie chirurgii dziecięcej - *jeśli dotyczy*.

c.4. dokument potwierdzający ukończenie pierwszego roku specjalizacji w dziedzinie chirurgii i traumatologii dziecięcej – *w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji*.

c.5. potwierdzenie przez Kierownika specjalizacji w danej dziedzinie lub Konsultanta Krajowego/Konsultanta Wojewódzkiego w danej dziedzinie, wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej i w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej - *w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji, według wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego*.

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.

*Oferent*, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy pod rygorem odmowy jej zawarcia przez *Udzielającego Zamówienia*. Kopia formularza polisy OC ubezpieczeniowej stanowić będzie załącznik do umowy.

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) aktualne zaświadczenie lekarskie,

f) aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP,

g) dane lekarza 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.

2. Brak choćby jednego z wymaganych dokumentów mających potwierdzić wiarygodność *Oferenta* lub złożenie dokumentów w niewłaściwej formie, (np. kserokopie niepotwierdzone „za zgodność z oryginałem”, brak podpisu osoby uprawnionej do reprezentowania *Oferenta*) stanowi podstawę wezwania *Oferenta* przez Komisję do usunięcia braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

3. Oferta może zostać odrzucona także w przypadkach wskazanych w art. 149 ust 1 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2022r., poz. 2561 ze zm.).

4. Wzór formularza ofertowego zawiera załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.

## **IX. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ ZAMAWIAJĄCY PRZY WYBORZE OFERTY**

1. Oceny ofert dokonuje Komisja Konkursowa.

2. W pierwszej kolejności sprawdzeniu będzie podlegało spełnienie warunków formalnych.

3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejszą ofertę dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

4. Komisja Konkursowa dokonuje porównania złożonych ofert wg ceny oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej, tj.: najniższej ceny za 1 godz. udzielania świadczeń oraz najniższej stawki % - **(Cena 100%)**.

5. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo wyboru w pierwszej kolejności jako najkorzystniejszej oferty, która zapewni kompleksowość wykonania zamówienia, tj.: oferty, która wyczerpie zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne. Jeżeli zostanie złożonych kilka ofert zapewniających kompleksowość wykonania zamówienia, wówczas o wyborze najkorzystniejszej oferty decyduje najniższa cena brutto.

6. Jeżeli nie wpłynie żadna oferta, która zapewniaby kompleksowość wykonania zamówienia, o której mowa wyżej, wówczas Komisja Konkursowa ma prawo wyboru kilku najkorzystniejszych ofert, a podział godzin pomiędzy *Oferentów* określi Komisja Konkursowa, tzn. każdemu z *Oferentów* zostanie przydzielona ilość godzin wynikająca ze złożonych ofert, przy czym kryterium decydującym będzie najniższa cena w złotych i w %.

7. W przypadku, gdy wybrane oferty nie zapewnią wykonania zamówienia, wówczas *Udzielający Zamówienia* ma prawo ogłosić kolejne postępowanie w celu uzupełnienia brakującej części zamówienia.

8. Oferowane ceny jednostkowe wskazane w ofercie powinny zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.

9. 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.

10. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji w sprawie cen zaoferowanych przez *Przyjmującego Zamówienie*.



## **X. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI**

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 lub pocztą elektroniczną na adres; jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl lub faksem na nr tel.: 034 367 35 84. 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.
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 Rozdz. X, pkt. 2 i będzie dla nich wiążąca.
5. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

## **XI. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
im. Najświętszej Maryi Panny  
42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/118  
Kancelaria pok. 3.42 (II piętro) Pawilon D**

**Termin składania ofert: 20.10.2023r. do godz. 11:00**

Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.

## **XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

*Oferent* jest związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

## **XIII. INFORMACJE O TRYBIE OTWARCIA OFERT I ICH OCENY**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **20.10.2023r. o godz. 11:15** w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* - Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, **Pawilon D, II piętro pok. 3.02**
2. Komisja Konkursowa przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert dokonuje następujących czynności:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - b) otwiera koperty z ofertami,
  - c) ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu,
  - d) odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom konkursu,
  - e) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez *Oferentów*,
  - f) dokonuje analizy ofert i wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert,

g) ogłasza nazwę Oferenta, którego oferta została wybrana.

3. W toku dokonywania oceny złożonych ofert *Udzielający Zamówienia* może żądać udzielenia przez Oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert.

4. Z przebiegu konkursu sporządzony zostanie protokół.

5. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku, zamieszczając informację o rozstrzygnięciu postępowania na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy.

#### **XIV. 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.

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.

#### **XV. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA SPECJALISTYCZNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

1. *Udzielający Zamówienia* zobowiązany jest zawrzeć, w terminie do 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert z Oferentem, którego oferta jako najkorzystniejsza została wybrana przez Komisję Konkursową, umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania, o treści stanowiącej Załącznik Nr 2 do niniejszego Regulaminu oraz uzupełnienie w/w umowy, tj.: umowę powierzenia danych osobowych o treści stanowiącej Załącznik Nr 3 do niniejszego Regulaminu.

2. W przypadku, gdy umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania, nie zostanie zawarta z winy *Oferenta*, wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie Cywilnym.

3. Wybrany *Oferent* będzie prowadził dokumentację medyczną wymaganą obowiązującymi w tej materii przepisami prawa oraz podda się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na

zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2022r., poz. 2561 ze zm.), w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez *Udzielającego Zamówienia* z NFZ.

4. *Oferent* nie może powierzyć bez zgody *Udzielającego Zamówienia*, wykonywania przedmiotu umowy podmiotom lub osobom trzecim niewyłonionym w niniejszym postępowaniu.

#### **XVI. TRYB POSTĘPOWANIA**

Niniejsze postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie i zgodnie z przepisami:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2023r., poz. 991 ze zm.).
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2022r., poz. 2561 ze zm.).

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

**Załącznik nr 1 do Regulaminu Konkursu Ofert**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur i sprawowania opieki nad chorymi na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej i w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118:**

**Pakiet nr 1: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji dziennej na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej**

**Pakiet nr 2: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej**

**Pakiet nr 3: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej**

**Pakiet nr 4: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji dziennej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej**

**Pakiet nr 5: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej**

zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej  
(tekst jednolity Dz. U. z 2023r., poz. 991 ze zm.)

**NAZWA OFERENTA:**

.....  
**ADRES:**

ulica ..... nr .....

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Oznaczenie organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą .....

Nr wpisu do rejestru/nr Księgi Rejestrowej .....

**NIP** .....

**REGON** .....

**PESEL** .....

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

**SPECJALIZACJA (jeśli dotyczy)** .....

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

Telefon kontaktowy .....

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

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:

**Pakiet nr 1: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji dziennej na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej**

Oferuję wynagrodzenie za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach ordynacji dziennej, tj.: w godz. 07:00 do 14:35 w Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej:

w wysokości ..... zł brutto

(słownie złotych: .....).

Oferuję wymiar zatrudnienia obejmujący udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach ordynacji dziennej, tj.: w godz. 07:00 do 14:35 w Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej, w wymiarze ..... etatu.

**Pakiet nr 2: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej**

Oferuję wynagrodzenie za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych:

• w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 14:35 do 07:00 dnia następnego w wysokości ..... zł brutto (słownie złotych: .....).

• w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 07:00 do 07:00 dnia następnego w wysokości ..... zł brutto (słownie złotych: .....).

Składam ofertę na ..... dyżurów w każdym miesiącu.

**Pakiet nr 3: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej**

Oferuję wynagrodzenie:

.....% **brutto** wartości wykonanej procedury medycznej, przy czym za wartość procedury medycznej rozumie się iloczyn ilości punktów przypisanych danej procedurze i ceny jednostkowej punktu, określonej przez NFZ, zgodnie z cennikiem obowiązującym w danym okresie rozliczeniowym, przy założeniu, że do obliczeń wynagrodzenia za świadczenia wykonane w niniejszej Poradni nie uwzględnia się współczynnika **1,0050**

**Składam ofertę na nie mniej niż ..... godzin w tygodniu, zgodnie z harmonogramem, jak niżej:**

**HARMONOGRAM PRACY LEKARZA W PORADNI CHIRURGII I TRAUMATOLOGII  
DZIECIĘCEJ**

	..... (imię i nazwisko lekarza)
<b>poniedziałek</b>	
<b>wtorek</b>	
<b>środa</b>	
<b>czwartek</b>	
<b>piątek</b>	

**Pakiet nr 4: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji dziennej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej**

Oferuję wynagrodzenie za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach ordynacji dziennej, tj.: w godz. 08:00 do 15:35 w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

w wysokości ..... zł brutto

(słownie złotych: .....).

Oferuję wymiar zatrudnienia obejmujący udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach ordynacji dziennej, tj.: w godz. 08:00 do 15:35 w Szpitalnym Oddziale ratunkowym w wymiarze ..... etatu.

**Pakiet nr 5: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej**

Oferuję wynagrodzenie za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

• w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:35 do 08:00 dnia następnego w wysokości ..... zł brutto (słownie złotych: .....).

• w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 08:00 do 08:00 dnia następnego w wysokości ..... zł brutto (słownie złotych: .....).

Składam ofertę na ..... dyżurów w każdym 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*.

**Do oferty załączam wymagane dokumenty:**

- a) oświadczenie *Oferenta* o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminem Konkursu Ofert”.
- b) dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa oraz wydruk z ewidencji działalności gospodarczej CEIDG lub KRS wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od terminu składania ofert.
- c) dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń medycznych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osoby, która będzie udzielała świadczeń medycznych, tj. :
  - c. 1. prawo wykonywania zawodu,
  - c. 2. dyplom lekarza.
  - c. 3. dyplom uzyskania tytułu specjalisty (II<sup>o</sup>) w dziedzinie chirurgii dziecięcej – *jeśli dotyczy*.
  - c.4 dokument potwierdzający ukończenie pierwszego roku specjalizacji w dziedzinie chirurgii i traumatologii dziecięcej – *dotyczy lekarza w trakcie specjalizacji*.
  - c. 5 potwierdzenie przez Kierownika specjalizacji w danej dziedzinie lub Konsultanta Krajowego/Konsultanta Wojewódzkiego w danej dziedzinie, wiedzy i umiejętności

umożliwiających samodzielną pracę na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej i w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej – w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji, według wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego.

- 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 lekarza 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)** aktualne zaświadczenie lekarskie.
- g)** aktualne zaświadczenie 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)

.....  
podpis i pieczęćka Oferenta



**WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH****Załącznik do Formularza Ofertowego**

**w Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej, w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.**

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
1.								<u>Oddział Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej</u> Ordynacja dzienna ..... godz./tyg. Dyżury lekarskie ..... godz. /tyg. <u>Poradnia Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej</u> ..... godz./tyg. <u>Szpitalny Oddział Ratunkowy</u> Ordynacja dzienna .....godz./tyg. Dyżury lekarskie ..... godz/tyg.				

**Pieczętka , podpis Oferenta**

.....  
Miejscowość

Data

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadczam, że lekarz ....., posiadający PWZ o nr ....., wydane w dniu ..... przez Izbę Lekarską w ....., ukończył w dniu ..... pierwszy rok specjalizacji z dziedziny chirurgii i traumatologii dziecięcej oraz **posiada wiedzę i umiejętności umożliwiające samodzielną pracę na Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej oraz w Poradni Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej.**

.....  
*Podpis i pieczęć Kierownika specjalizacji  
lub*

*Podpis i pieczęć Konsultanta Krajowego  
lub*

*Podpis i pieczęć Konsultanta Wojewódzkiego*