



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

### SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

#### I. PODSTAWA PRAWNA

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj.Dz.U.2023.991) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U.2022.2561).

#### II. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi ul. Warecka 2, 91-202 Łódź tel.: 42 636 15 65; fax: 42 636 14 19, NIP 947-18-87-289, REGON 473066188.

Konkurs ogłasza Dyrektor Naczelny Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi.

#### III. PRZEDMIOT KONKURSU

1. Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w ramach Izby Przyjęć Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi.

2. Świadczenia, o których mowa w pkt. 1 udzielane będą w Izbie Przyjęć WSRM w Łodzi przy ul. Henryka Sienkiewicza 137/141 zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia i harmonogramem udzielania świadczeń ustalonym przez Dział Planowania i zatwierdzonym przez Dyrektora ds. Medycznych.

3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w pkt. 1 polega na samodzielnym sprawowaniu opieki lekarskiej i obejmuje w szczególności:

a) Diagnostykę, leczenie, sprawowanie opieki nad pacjentami Izby Przyjęć;

b) Kwalifikowanie do udzielania świadczeń przy zastosowaniu procedury medycznej triage;

c) Kwalifikowanie do leczenia szpitalnego ze wskazań nagłych;

d) Zlecenie badań laboratoryjnych i obrazowych;

4. Wykonywanie innych czynności wynikających z Regulaminem Organizacyjnym WSRM w Łodzi oraz współpracę z Dyrektorem ds. Medycznych, Kierownikiem ambulatorium, pracownikami Sekcji Planowania Dyżurów oraz pozostałym personelem zatrudnionym w WSRM w Łodzi. Szczegółowe warunki wykonywania świadczeń określają odpowiednie przepisy, a w szczególności przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty oraz innych przepisów prawnych szczegółowo regulujących pracę lekarza, a nadto zasad etycznych dotyczących pracy lekarza oraz postanowienia umów zawartych przez Wojewódzką Stację Ratownictwa Medycznego w Łodzi, z którymi oferent może się zapoznać w jego siedzibie.

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

5. Udzielający zamówienia zapewni personel pielęgniarski i pomocniczy oraz wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności niezbędne dla realizacji świadczeń będących przedmiotem konkursu.
6. Udzielający zamówienia zapewni odpowiednie warunki lokalowe niezbędne dla realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.
7. **Przewiduje się zawarcie umowy na okres od dnia 01.06.2024 r. godz. 18<sup>00</sup> do dnia 31.01.2025 r. godz. 8<sup>00</sup>.**
8. Projekt umowy stanowi Załącznik nr 6 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO). Zmiany postanowień zawartej umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w stosunku do treści oferty, nie mogą dotyczyć warunków na postawie, których dokonano wyboru Oferenta.
9. Świadczenia, o których mowa w punkcie 1 udzielane będą zgodnie z harmonogramem ustalonym z Sekcją Planowania Dyżurów. Ustalony harmonogram zatwierdza Dyrektor ds. Medycznych.
10. Sposób finansowania usługi świadczonej przez lekarza w Izbie Przyjęć.
  - a) maksymalnie **85,00 zł** za 1 godzinę pracy lekarza udzielającego świadczeń w dni powszednie.
  - b) maksymalnie **100,00 zł** w dni ustawowo wolne od pracy, w soboty, niedzielę i święta inne niż określone w ust. 10 lit. c)
  - c) maksymalnie **119,00 zł** za 1 godzinę pracy lekarza udzielającego świadczeń w dniach 24, 25, 26 i 31 grudnia, 1 stycznia oraz Wielką Sobotę i pierwszy oraz drugi dzień Świąt Wielkiej Nocy.
11. Za godziny pracy, o których mowa w ust. 10 lit. b i c rozumie się udzielanie świadczeń od godz. 0<sup>00</sup> w dzień ustawowo wolny od pracy, w sobotę, niedzielę lub święto do godz. 24<sup>00</sup>.
12. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie odpowiedniej liczby lekarzy w celu zabezpieczenia do 5 952 godzin przez cały okres obowiązywania umowy.
13. Udzielający zamówienia zastrzega, że ilość godzin podana w punkcie 12 jest podana szacunkowo i może ulec zmianie zgodnie z zapotrzebowaniem.
14. Szacunkowa wartość zamówienia wynosi 537.720,00 zł brutto na cały okres określony w punkcie 7 przy założeniu ilości godzin wskazanych w pkt. 12.

#### IV. WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERENTÓW

1. Do konkursu mogą przystąpić lekarze:

- a) Wykonujący swój zawód w ramach działalności gospodarczej na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy, przy czym w rejestrze winien być ujawniony zakres udzielania świadczeń w rodzaju przedmiotu postępowania,

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

b) Legitymujący się posiadaniem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym wyżej zakresie lub określonych dziedzinach medycyny oraz spełniająca warunki określone art. 18 ustawy o działalności leczniczej.

2. Warunki wymagane dla oferentów wykonujących swój zawód w ramach działalności gospodarczej na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej oraz w przepisach odrębnych, którzy świadczyć będą usługi osobiście:

a) W konkursie ofert w myśl art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zamówienie może być udzielone podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych;

b) Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez oferenta, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;

c) Świadczenia zdrowotne wykonywane są przez Udzielającego zamówienia zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla danego rodzaju lub zakresu świadczeń, wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, które to zasady i warunki Oferent zobowiązuje się znać i do nich stosować;

d) Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przy czym prawa i obowiązki Prezesa Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wykonuje kierownik podmiotu leczniczego udzielającego zamówienia;

e) Osoby udzielające świadczeń nie pozostają w stosunku pracy z Udzielającym zamówienie i Oferent zobowiąże się do utrzymania takiego stanu w trakcie trwania umowy, zawartej w wyniku niniejszego konkursu, w zakresie świadczeń zdrowotnych.

W przypadku wyłonienia oferty oferenta związanego stosunkiem pracy z Udzielającym zamówienia w zakresie objętym ofertą, oferent zobowiązuje się do rozwiązania umowy o pracę z dniem zawarcia umowy o świadczenia zdrowotne;

f) Oferent jest zobowiązany do posiadania ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, przez cały czas obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

Do konkursu mogą przystąpić tylko i wyłącznie osoby spełniające wymagania określone w przepisach szczególnych oraz niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (dalej SWKO). W sprawach nieuregulowanych w SWKO stosuje się obowiązujące przepisy prawa.

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

### V. WYMOGI FORMALNE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim zgodnie z niniejszymi Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w formie maszynopisu lub wydruku i uzupełnić wymaganymi załącznikami (dopuszczalne jest wypełnienie załączników przy użyciu długopisu lub pióra czytelnym pismem). Każda zapisana strona oferty powinna być podpisana i/lub opatrzona imienną pieczętką Oferenta. Oferty nieczytelne zostaną odrzucone.
2. Każdy z oferentów może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie większej ilości ofert spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez danego oferenta.
3. Wszelkie poprawki, przekreślenia lub zmiany w tekście powinny być parafowane przez Oferenta.
4. Ofertę należy opracować na załączonym druku „OFERTA”.
5. Oferta pod rygorem odrzucenia musi zawierać wszelkie wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dokumenty.
6. Jeżeli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – poświadczenie, oprócz adnotacji „za zgodność z oryginałem”, musi być opatrzony imienną pieczętką i podpisem Oferenta.
7. Udzielający zamówienie może żądać w trakcie postępowania konkursowego oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu załączonego przez Oferenta wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez Oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej autentyczności.
8. Kompletna oferta powinna posiadać ponumerowane strony i składać się z:
  - 1) strony tytułowej sporządzonej według wzoru stanowiącego załącznik nr 1;
  - 2) formularza ofertowego – załącznik nr 2;
  - 3) oferty cenowej – załącznik nr 3;
  - 4) danych osoby /pełnomocnika/przedstawiciela ubiegającej się o świadczenie usług zdrowotnych – załącznik nr 4;
  - 5) klauzuli informacyjnej RODO – załącznik nr 5;
  - 6) wydruku z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej ([www.firma.gov.pl](http://www.firma.gov.pl)) lub wydruku rejestru KRS;
  - 7) kopii wpisu do rejestru indywidualnych praktyk/indywidualnych specjalistycznych praktyk, prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską;
  - 8) kopii lub odpisu prawa wykonywania zawodu lekarza;
  - 9) kopii dyplomu ukończenia uczelni medycznej;

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

- 10) kopii dyplomu ukończenia określonej specjalizacji;
  - 11) oświadczenie o stażu w pracy lekarza Izby Przyjęć;
  - 12) aktualnej umowy ubezpieczenia lub oświadczenia o zobowiązaniu się do zawarcia umowy ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą, najpóźniej w dniu wykonywania pierwszego świadczenia zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2019.866).
9. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub nadane jako przesyłka pocztowa, niezależnie od daty nadania, nie będą rozpatrywane, jeżeli wpłyną do sekretariatu WSRM w Łodzi (ul. Sienkiewicza 137/141 w Łodzi), po wyznaczonym terminie do składania ofert.
10. Ofertę, przed upływem wyznaczonego terminu do ich składania można zmienić lub wycofać, zgodnie z postanowieniami niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
11. Oferta zawierająca wariantowe propozycje w zakresie objętym określoną pozycją oferty, zostanie odrzucona.

### VI. SPOSÓB DOKONYWANIA ZMIAN I WYCOFANIA OFERT

1. Oferent może wprowadzić zmiany, poprawki, modyfikacje i uzupełnienia do złożonych ofert na tych samych zasadach i w terminie określonym do składania ofert.
2. Wszelkie zmiany, o których mowa w punkcie 1 muszą być złożone według takich samych zasad jak złożona oferta, odpowiednio oznakowanych z dopiskiem "ZMIANA OFERTY".
3. Koperty oznaczone dopiskiem „ZMIANA OFERTY” zostaną otwarte przy otwieraniu oferty Oferenta, który wprowadził korekty i po stwierdzeniu poprawności procedury dokonywania zmian zostaną dołączone do oferty.
4. W przypadku uchybienia terminowi określonemu do składania ofert, koperty z dopiskiem „ZMIANA OFERTY” nie zostaną otwarte oraz uwzględnione w prowadzonym postępowaniu, a następnie zostaną zwrócone Oferentowi bez otwierania.
5. Oferent ma prawo przed upływem terminu składania ofert wycofać się z postępowania konkursowego poprzez złożenie pisemnego powiadomienia, według tych samych zasad jak w przypadku wprowadzania zmian, z napisem na zewnętrznej kopercie „WYCOFANIE OFERTY”.
6. Oferty wycofane nie będą otwierane i zostaną zniszczone komisyjnie.
7. W przypadku uchybienia terminowi określonemu na składanie ofert, koperty z dopiskiem „WYCOFANIE OFERTY” nie zostaną otwarte oraz uwzględnione w prowadzonym postępowaniu, a następnie zostaną zwrócone Oferentowi.

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

### VII. TERMIN, MIEJSCE ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie do **14.05.2024 r. do godz. 10.00** wyłącznie w dni powszednie w sekretariacie WSRM w Łodzi, ul. Sienkiewicza 137/141 w Łodzi
2. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem: **„Oferta konkursowa na świadczenie usług zdrowotnych przez Lekarza Izby Przyjęć. Nie otwierać przed 14.05.2024 r. godz. 11.30”**.
3. Na wniosek, Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty wraz z numerem jakim została oznakowana oferta.
4. W przypadku nadania oferty za pośrednictwem poczty należy ofertę umieścić w zaklejonej i opisanej kopercie w sposób określony powyżej, następnie zaklejoną kopertę włożyć do kolejnej koperty i zaadresować, z dopiskiem

**„Oferta konkursowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych” pod wskazany niżej adres: Wojewódzki Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi ul. Sienkiewicza 137/141, 90-302 Łódź.**

5. W przypadku osobistego złożenia oferty przez Oferenta należy umieścić na kopercie adres zwrotny oraz numer telefonu kontaktowego. Powyższe dotyczy również wewnętrznej koperty oferty złożonej drogą pocztową bez zwrotnego potwierdzenia nadania.
6. Oferta przesłana pocztą złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do WSRM w Łodzi przed upływem terminu określonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu.

### VIII. UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ dot. KONKURSU

1. Oferenci w zakresie Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert mogą zgłaszać pisemnie pytania za pośrednictwem poczty lub składać osobiście w Sekretariacie WSRM w Łodzi.

2. Do kontaktów z Oferentami upoważnione są:

Dyrektor ds. Medycznych, **adres email:** [mariusz.bloch@wsrm.lodz.pl](mailto:mariusz.bloch@wsrm.lodz.pl), **numer telefonu:** 42 635-06-10

oraz St. Inspektor ds. Planowania Dyżurów Inez Jarzęcka, **adres email:** [inez.jarzecka@wsrm.lodz.pl](mailto:inez.jarzecka@wsrm.lodz.pl),

**numer telefonu:** 42 635-06-30.

### IX. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa w **dniu 14.05.2024 r. od godz. 11.30** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia **21.05.2024 r.**

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

### X. KOMISJA KONKURSOWA

1. W celu przeprowadzenia postępowania konkursowego dla świadczeń określonych w opisie przedmiotu zamówienia powoływana jest Komisja Konkursowa.
2. Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi powołuje Komisję Konkursową w składzie co najmniej trzech członków i wyznacza spośród składu Przewodniczącego, który kieruje pracami Komisji.
3. Komisja rozpoczyna pracę nie wcześniej niż po dokonaniu ogłoszenia i kończy pracę z chwilą rozstrzygnięcia konkursu.
4. Komisja podejmuje decyzje zwykłą większością głosów przy obecności pełnego składu.
5. Członek Komisji Konkursowej podlega wyłączeniu od udziału w Komisji, gdy Oferentem jest:
  - 1) jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia;
  - 2) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;
  - 3) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej;
  - 4) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki, kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej;
  - 5) pozostają z Oferentem w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości, co do ich bezstronności.
6. Udzielający zamówienie w sytuacji, o której mowa w pkt 5 dokonuje z urzędu lub na wniosek członka Komisji, Przewodniczącego i Oferenta, wyłączenia i powołuje nowego członka Komisji Konkursowej i/lub występuje do Dyrektora WSRM w Łodzi o zmianę członka komisji.

### XI. KRYTERIA OCENY OFERT

1. Wybór najkorzystniejszej oferty zostanie określony na podstawie maksymalnej liczby punktów z uwzględnieniem aktualnych potrzeb Udzielającego Zamówienia.
2. Punkty będą przyznawane z uwzględnieniem następujących kryteriów:
  - 2.1. Zaproponowanej najniższej stawki godzinowej: 0 - 50 pkt.  
Przy czym za najniższą stawkę godzinową uznaje się stawkę mniejszą o nie mniej niż 15% średniej arytmetycznej sumy stawek deklarowanych przez oferentów w postępowaniu konkursowym.
  - 2.2. Posiadany stopień specjalizacji:
    - 2.2.1. tytuł specjalisty lub II° specjalizacji .....10 pkt.

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP





## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

2.2.2. I° specjalizacji .....5 pkt.

2.2.3. w trakcie specjalizacji .....1 pkt.

2.3. Zaproponowanej liczby dni w tygodniu:

2.3.1. codziennie od poniedziałku do piątku  $\geq$  6 godzin dziennie .....10 pkt.

2.3.2. codziennie od poniedziałku do piątku  $<$  6 godzin dziennie .....5 pkt.

2.3.3.  $<$  5 dni w tygodniu .....1 pkt.

2.4. Doświadczenie zawodowe w pracy lekarza Izby Przyjęć

2.4.1. Powyżej 5 lat .....2 pkt.

2.4.2. Do 5 lat .....1 pkt.

3. W wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego zostaną wybrane najkorzystniejsze oferty, w liczbie zapewniającej ciągłość udzielania świadczeń.

4. Za oferty najkorzystniejsze będą uznane oferty, które otrzymają najwyższą punktację.

5. Oceniane będą tylko te oferty, które spełniają w całości wymagania Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

6. Maksymalna liczba punktów uzyskana w wyniku oceny oferty złożonej przez Oferenta wynosi 72 pkt.

7. Końcowa liczba punktów będąca podstawą oceny oferty złożonej przez Oferenta jest sumą punktów uzyskanych na podstawie oceny kryteriów wyszczególnionych w punkcie XI.2.

8. W przypadku większej liczby ofert niż potrzeby Udzielającego zamówienia oraz w razie, gdy więcej niż jedna oferta uzyska taką samą ilość punktów, Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo wyboru w pierwszej kolejności oferty Oferentów, którzy w dniu ogłoszenia konkursu byli zatrudnieni lub wykonywali świadczenia zdrowotne na rzecz Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi.

## XII. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

1. Komisja Konkursowa dokonując wyboru najkorzystniejszych ofert kieruje się w szczególności: zaoferowaną ceną oraz kwalifikacjami i doświadczeniem zawodowym Oferentów.

2. Komisja Konkursowa niezwłocznie przedstawia Udzielającemu zamówienie (Dyrektorowi WSRM w Łodzi) protokół z przebiegu konkursu.

3. Wyniki konkursu uznaje się za obowiązujące po zatwierdzeniu przez Dyrektora WSRM w Łodzi protokołu z konkursu.

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP





## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

4. Komisja Konkursowa zawiadamia Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej WSRM w Łodzi: [www.wsrmlodz.pl](http://www.wsrmlodz.pl).

5. Oferenci, którzy zostali wybrani w drodze konkursu zobowiązani są do przedłożenia Zamawiającemu polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień zawarcia umowy.

6. Odrzuca się ofertę:

1) złożoną przez Oferenta po terminie;

2) zawierającą nieprawdziwe informacje;

3) jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;

4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;

5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;

6) jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną;

7) jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienie.

### **XIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

Oferent jest związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do jej złożenia.

### **XIV. PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA**

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

2. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu do składania ofert, Udzielający zamówienia może zmodyfikować treść ogłoszenia oraz dokumentów składających się na SWKO dotyczących zmiany terminu składania ofert.

3. O każdej zmianie Udzielający zamówienia zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.

4. Oferta musi wyrażać stanowczą wolę oferenta zawarcia umowy o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługuje status Oferenta.

5. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

### XV. UNIEWAŻNIENIE KONKURSU

Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej gdy:

- 1) nie wpłynęła żadna oferta;
- 2) odrzucono wszystkie oferty;
- 3) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

### XVI. PRAWO OFERENTÓW DO ODWOŁAŃ

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienia zasad przeprowadzania konkursu ofert, przysługują środki odwoławcze w postaci:

- a) protestu na zasadach określonych w art. 153 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- b) odwołania na zasadach określonych w art. 154 ust. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2. Środki odwoławcze nie przysługują na niedokonanie wyboru Oferenta oraz na unieważnienie konkursu.

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

Załącznik nr 1 do SWKO

### STRONA TYTUŁOWA OFERTY

#### O F E R T A

Postępowanie: udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w ramach Izby Przyjęć

Oferent: .....

(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

.....

.....

.....

Miejscowość, data

.....

(podpis i pieczęćka oferenta)

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

Załącznik nr 2 do SWKO

### FORMULARZ OFERTY

Przystępując do konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Izby Przyjęć w ramach kontraktu z NFZ ogłoszonego przez Wojewódzką Stację Ratownictwa Medycznego w Łodzi - z siedzibą przy ul. Wareckiej 2, 91-202 Łódź (adres do korespondencji: ul. Sienkiewicza 131/147, 90-302 Łódź

1. Oświadczam, iż oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia, oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.
4. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
5. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty jakie Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia.
6. Oświadczam, że:
  - a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia i dokumentacją konkursową (SWKO wraz ze wszystkimi załącznikami i projektem umowy ) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
  - b) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty.
  - c) wyrażam, zgodę na przetwarzanie danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji wyłącznie do celów realizacji tej umowy.

.....

(podpis i pieczęćka oferenta)

.....

Miejscowość, data

adres do korespondencji  
**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**  
90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141  
e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)  
ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź ,ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

Załącznik nr 3 do SWKO

.....

.....

.....

(wpisać nazwę i adres oferenta)

### Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w ramach Izby Przyjęć

Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi, z siedzibą przy ul. Wareckiej 2, 91-202 Łódź w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych lekarza Izby Przyjęć

- w cenie.....zł w dni powszednie

(słownie:..... zł) za 1 godzinę pracy

- w cenie.....zł w dni ustawowo wolne od pracy, w soboty, niedzielę i święta

(słownie:..... zł) za 1 godzinę pracy

- praca w soboty, niedziele i święta

TAK / NIE \*niepotrzebne skreślić

.....

Miejscowość, data

.....

(Podpis i pieczętka oferenta)

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź ,ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

Załącznik nr 4 do SWKO

.....

Miejscowość, data

### **Postępowanie: Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w ramach Izby Przyjęć**

Dane osoby/pełnomocnika/przedstawiciela ubiegającej się o świadczenie usług zdrowotnych

1) Imię i nazwisko -.....;

2) Adres zameldowania - .....

3) Adres dla korespondencji: .....

4) Pełna nazwa firmy, pod którą oferent prowadzi działalność gospodarczą:

.....

.....;

5) Adres wykonywania działalności gospodarczej - .....

.....;

6) Telefon - .....tel...komórkowy.....;

7) Posiadane uprawnienia - .....

specjalizacja -.....

w zakresie.....

8) Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu; .....

wydanego przez: .....

9) REGON - .....

10) NIP - .....

11) PESEL - .....

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

91-202 Łódź ,ul. Warecka 2  
NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

12) Numer wpisu do rejestru praktyk lekarski.....

wydany przez Okręgową Izbę Lekarską /Wojskową Radę Lekarską w .....

.....

13) Numer konta bankowego: .....

.....

Podpis i pieczęćka oferenta

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP





## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

Załącznik nr 5 do SWKO

### Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informuję, że:

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi ul. Warecka 2, 91-202 Łódź, tel.: 42 636 15 65; fax: 42 636 14 19 NIP: 947-18-87-289, REGON 473066188.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych to: [iod@wsrm.lodz.pl](mailto:iod@wsrm.lodz.pl). Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia konkursu ofert i realizacji umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO.

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione z przepisów prawa, oraz podmioty z którymi zawarto umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. podmioty uczestniczące w realizacji umowy, firmy IT administrujące, serwisujące systemem IT, firmy prowadzące dokumentację i rozliczające umowy i inne.

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 5 lat / lub w oparciu o uzasadniony interes realizowany przez administratora.

Dane osobowe mogą być przetwarzane w systemach teleinformatycznych, niemniej jednak Pana/Pani dane , nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:

- a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
- b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
- c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych w przypadku gdy: dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane, osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych, osoba, której dane dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, która jest podstawą przetwarzania danych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych, dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem, dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
- d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy: osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych, przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź ,ul. Warecka 2

NIP 947-18-87-289, Regon 473066188

w zamian ich ograniczenia, osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;

e) prawo do przenoszenia danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki: przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tą osobę, przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;

f) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki: zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora, przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu przez Administratora Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.

Łódź, dn. ....

(Data, podpis i pieczęćka oferenta)

adres do korespondencji

**Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi**

90-302 Łódź ul. Sienkiewicza 137/141

e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

ePUAP: /wsrmlodz/SkrytkaESP