



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
tel: 42 636 15 65, fax. 636 14 19

### SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ

#### *Ratownika medycznego:*

#### *Kierownika zespołu ratownictwa medycznego;*

#### A. UWAGI WSTĘPNE

1. Niniejsze szczegółowe warunki konkursu ofert, zwane dalej *Szczegółowymi warunkami konkursu ofert*, na zawieranie umów o udzielanie przez **ratownika medycznego - kierownika zespołu ratownictwa medycznego** świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w okresie **od godz. 07:00 dnia 15.10.2023 do godz. 07:00 dnia 15.10.2025 roku** określają szczegóły dotyczące:
  - a) Wymagań stawianych Oferentom;
  - b) Trybu składania ofert;
  - c) Sposobu przeprowadzania konkursu;
2. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty Oferent powinien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w niniejszym dokumencie.
3. Dokonując wyboru oferty *Udzielający zamówienia* stosuje zasady określone w niniejszym dokumencie.
4. Konkurs ofert prowadzony jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku *o działalności leczniczej* (Dz.U.2022.633). 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 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285,), przy czym prawa i obowiązki Prezesa Funduszu i Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wykonuje Dyrektor *Udzielającego zamówienie*.

#### B. DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszym dokumencie oraz jego załącznikach mowa jest o:
  - 1.1. „*Przyjmującym zamówienie*” lub „*Oferencie*” – rozumie się przez to podmiot wykonujący działalność leczniczą, lub osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
tel: 42 636 15 65, fax: 636 14 19

- 1.2. „*Udzielającym zamówienia*” – rozumie się przez to Wojewódzką Stację Ratownictwa Medycznego w Łodzi, ul. Warecka 2, 91-202 Łódź;
- 1.3. „*Przedmiocie konkursu ofert*” – rozumie się przez to udzielanie przez ratownika medycznego w zespole ratownictwa medycznego świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w ramach zespołu ratownictwa medycznego będącego w dyspozycji Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi w terminie wskazanym w punkcie A.1. niniejszej oferty;
- 1.4. „*Formularzu oferty*” – rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez *Udzielającego Zamówienie* i stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych „*Szczegółowych warunków konkursu ofert*”;
- 1.5. „*Świadczeniach zdrowotnych*” – rozumie się przez to medyczne czynności ratunkowe definiowane w sposób szczegółowy przez art. 3 pkt 4 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2023.1541)
- 1.6. „*Umowie*” – rozumie się przez to wzór umowy opracowany przez *Udzielającego Zamówienia*, stanowiący załącznik nr 2, 3 oraz 4 do niniejszych „*Szczegółowych warunków konkursu ofert*”.
- 1.7. „*Ratownika medycznego - Kierownika zespołu ratownictwa medycznego*” – rozumie się przez to ratownika medycznego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2023.1541), któremu powierzono tą czynność w harmonogramie udzielania świadczeń.

### C. PODSTAWOWE ZASADY PRZEPROWADZANIA KONKURSU OFERT

1. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty, Oferent powinien zapoznać się z wszystkimi informacjami zawartymi w niniejszym dokumencie.
2. W celu przeprowadzenia konkursu ofert *Udzielający zamówienia* powołuje komisję konkursową.
3. *Przyjmujący zamówienie* składając ofertę w chwili jej składania musi dysponować odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert, w szczególności wykonywać 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 konkursu ofert.
4. W konkursie ofert mogą wziąć udział oferenci spełniający kryteria oceny ofert dla stanowiska



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
tel: 42 636 15 65, fax. 636 14 19

o którym mowa w pkt B1.7.

5. Wobec *Przyjmującego zamówienie* w chwili składania oferty nie może toczyć się w krajach Unii Europejskiej oraz państwach trzecich postępowanie o pozbawienie prawa do wykonywania zawodu, ani nie może on w żadnym kraju Unii Europejskiej oraz państwach trzecich być pozbawionym prawa do wykonywania zawodu prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją właściwych organów.
6. Przyjmujący zamówienie nie może być osobą skazaną prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo przeciwko zdrowiu i życiu.
7. Przyjmujący zamówienie w dniu podpisania umowy nie może być związany inną formą zatrudnienia z Udzielającym zamówienia, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.
8. *Przyjmujący zamówienie* musi posiadać ważny Certyfikat e-ZLA (ZUS) w celu podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej na potrzeby integracji systemu SWD PRM z systemem P1 (SIM).
9. Korespondencja dotycząca konkursu powinna być kierowana przez *Przyjmującego zamówienie* na adres: **Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi, ul. Sienkiewicza 137/141; 90-302 Łódź, w kopertach podpisanych imieniem i nazwiskiem oraz adresem oferenta, oznaczonych napisem: „Konkurs ofert numer R/6/2023 (tu nazwa stanowiska/stanowisk)”**.
10. *Udzielający zamówienia* zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny. Ogłoszenie w tej sprawie umieszczone zostanie na stronie internetowej *Udzielającego zamówienia* pod adresem [www.wsrmlodz.pl](http://www.wsrmlodz.pl) w zakładce „BIP Biuletyn Informacji Publicznej”.
11. Niezgodność złożonej oferty z niniejszym dokumentem stanowić będzie podstawę do jej odrzucenia.

### D. PRZEDMIOT KONKURSU OFERT

1. Przedmiotem konkursu ofert jest realizacja świadczeń zdrowotnych wymienionych w części B.1.7. niniejszego dokumentu przez ratownika medycznego kierownika zespołu ratownictwa medycznego w terminie **od godz. 07:00 dnia 15.10.2023 do godz. 07:00 dnia 15.10.2025 roku**.
2. Zasady dotyczące sposobu wykonywania przez *Przyjmującego zamówienie* świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem przedstawione zostały:
  - 2.1. W odniesieniu do ratownika medycznego kierownika zespołu ratownictwa medycznego, we wzorze umowy, która stanowi załącznik nr 2.
3. W wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego zostaną wybrane oferty, które zawierają propozycje cenowe znajdujące pokrycie w wielkości środków przeznaczonych na



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
tel: 42 636 15 65, fax. 636 14 19

sfinansowanie przedmiotu konkursu ofert.

4. *Udzielający zamówienia* zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia negocjacji z jednym lub z kilkoma oferentami.
5. Szczegółowe warunki świadczeń określają odpowiednie przepisy, w szczególności przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
6. Ustalona przez *Udzielającego zamówienie* maksymalna zryczałtowana stawka brutto za udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert wynosi:
  - 6.1. **51,00 zł za godzinę** udzielania świadczeń przez *Udzielającego zamówienie* w zespołach ratownictwa medycznego w przypadku pełnienia funkcji o której mowa w punkcie B 1.7. niniejszego dokumentu;
7. Stawki wymienione w punkcie D.6. ulegają podwyższeniu o dodatek wyjazdowy według odrębnych przepisów.
8. Za posiadanie aktualnego certyfikatu wymienionego w pkt. 8.1., 8.2., 8.3. *Przyjmujący Zamówienie* otrzyma dodatkowe wynagrodzenie począwszy od dnia dostarczenia do *Udzielającego Zamówienia* poszczególnych certyfikatów:
  - 8.1.w przypadku posiadania aktualnego certyfikatu kursu *Advanced Life Support Provider Course* certyfikowanego przez *European Resuscitation Council* lub kursu *Advanced Cardiovascular Life Support* certyfikowanego przez *American Heart Association* 1,5 zł/godz. w okresie ważności certyfikatu;
  - 8.2.w przypadku posiadania aktualnego certyfikatu kursu *European Pediatric Life Support* certyfikowanego przez *European Resuscitation Council* lub kursu *Pediatric Advanced Life Support* certyfikowanego przez *European Resuscitation Council* 1,5 zł/godz. w okresie ważności certyfikatu;
  - 8.3.w przypadku posiadania aktualnego certyfikatu kursu *International Trauma Life Support Advanced Provider Course* certyfikowanego przez *International Trauma Life Support* lub kursu *Prehospital Trauma Life Support* certyfikowanego przez *National Association of Emergency Medical Technicians*, lub *European Trauma Course* certyfikowanego przez *European Resuscitation Council* 1,5 zł/godz. w okresie ważności certyfikatu.
9. *Udzielający zamówienia* przewiduje przyjęcie odpowiedniej liczby:
  - 9.1. **ratowników medycznych – kierowników zespołu ratownictwa medycznego** w celu zabezpieczenia 250 godzin miesięcznie, udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta w terminie określonym w punkcie A.1.
10. *Udzielający zamówienia* zastrzega, że ilość godzin podana w punkcie D.9. jest podana



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
tel: 42 636 15 65, fax. 636 14 19

szacunkowo i może ulec zmianie zgodnie z zapotrzebowaniem.

### E. OFERTA

1. *Przyjmujący zamówienie* składa ofertę zgodną z wymaganiami określonymi w niniejszym dokumencie, na formularzu stanowiącym załącznik nr 1.
2. Do oferty należy dołączyć:
  - 2.1. CV;
  - 2.2. Kserokopię dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych potwierdzonych „za zgodność z oryginałem” przez *Przyjmującego zamówienie*.
  - 2.3. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
  - 2.4. Kserokopię aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń zdrowotnych potwierdzoną „za zgodność z oryginałem” przez *Przyjmującego zamówienie* lub podpisane oświadczenie stanowiące załącznik nr 3 do niniejszego dokumentu.
  - 2.5. Kserokopię aktualnej umowy ubezpieczenia mienia obejmującej swoim zakresem szkody na mieniu *Udzielającego Zamówienie* powstałe w związku z posiadaniem i użytkowaniem mienia *Udzielającego Zamówienie* potwierdzoną „za zgodność z oryginałem” przez *Przyjmującego zamówienie* lub podpisane oświadczenie stanowiące załącznik nr 4 do niniejszego dokumentu.
  - 2.6. Zaświadczenie o niekaralności w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
  - 2.7. Kserokopię dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie zawodowe w jednostkach systemu PRM, potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez *Przyjmującego zamówienie*.
  - 2.8. Zaświadczenie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy w zespole ratownictwa medycznego.
  - 2.9. Kserokopię dokumentów potwierdzających posiadane aktualne certyfikaty odbycia kursów wymienionych w punkcie D.8.
  - 2.10. Kserokopię aktualnej Karty Ustawicznego Rozwoju Zawodowego Ratownika Medycznego, potwierdzoną „za zgodność z oryginałem” przez *Przyjmującego zamówienie*.
  - 2.11. Kserokopię dokumentów potwierdzających dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego w poprzednim okresie edukacyjnym, potwierdzone „za zgodność z oryginałem”



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
tel: 42 636 15 65, fax. 636 14 19

przez Przyjmującego Zamówienie lub

- 2.12. Kserokopię dokumentów potwierdzających uzyskanie co najmniej 200 punktów edukacyjnych w aktualnym okresie edukacyjnym, potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Przyjmującego Zamówienie.
- 2.13. Oświadczenie i zobowiązanie do dostarczenia Karty Ustawicznego Rozwoju Zawodowego stanowiące załącznik nr 5 do niniejszego dokumentu.
3. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
4. Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych, dotyczących wykonania jednej lub kilku części przedmiotu zamówienia.
5. Oferta powinna zawierać wszelkie dokumenty i załączniki określone w załączniku nr 1 do niniejszego dokumentu stanowiącym *Formularz oferty*.
6. Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny, w języku polskim z wyłączeniem pojęć medycznych, pod rygorem odrzucenia oferty.
7. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje *Przyjmujący zamówienie* lub osoba upoważniona na podstawie pełnomocnictwa złożonego w formie pisemnej. Do oferty należy załączyć dokument lub pełnomocnictwo, z których wynika uprawnienie osoby (osób) do składania oświadczeń woli i reprezentowania *Przyjmującego zamówienie*.
8. Strony oferty oraz miejsca, w których naniesione zostały poprawki, podpisuje *Przyjmujący zamówienie* lub osoba, o której mowa w pkt. E.7. niniejszego dokumentu. Poprawki mogą być dokonane jedynie przez przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok czytelnego zapisu poprawnego.
9. Wszystkie zapisane strony oferty wraz z załącznikami winny być ponumerowane i złączone w sposób uniemożliwiający wysunięcie się którejkolwiek ze stron.
10. Wszelkie załączone przez *Przyjmującego zamówienie* kopie dokumentów powinny być potwierdzone przez Oferenta „za zgodność z oryginałem”. Oryginały dokumentów określonych w punkcie E.2.2. i E.2.4., E.2.5, E.2.10, E.2.11 *Przyjmujący zamówienie* winien okazać *Udzielającemu zamówienia* w dniu zawarcia umowy.
11. *Przyjmujący zamówienie* może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli pisemnie powiadomi *Udzielającego zamówienia* o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
12. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „wycofanie oferty”.



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
tel: 42 636 15 65, fax. 636 14 19

### F. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać **do dnia 26.09.2023 roku, do godziny 10:00** w Sekretariacie Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi przy ul. Sienkiewicza 137/141; 90-302 Łódź.
2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **26.09.2023 roku o godzinie 12:00**, a rozstrzygnięcie postępowania konkursowego nastąpi **do dnia 03.10.2023 roku**.
3. Komisja Konkursowa poinformuje wszystkich Oferentów, które z ofert spełniają warunki udziału w konkursie, a które zostały odrzucone oraz rozstrzygnięciu konkursu i jego wyniku na stronie internetowej [www.wsrmlodz.pl](http://www.wsrmlodz.pl) w zakładce „BIP Biuletyn Informacji Publicznej”.

### G. 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. Posiadane wykształcenie:

2.1.1. Średnie medyczne (policjalne) .....1 pkt.

2.1.2. Wyższe I stopnia (licencjat) .....2 pkt.

2.1.3. Wyższe II stopnia (magister) .....3 pkt.

2.1.4. Wyższe 4 stopnia (doktorat) .....4 pkt.

#### 2.2. Doświadczenia zawodowe w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2022, poz. 1720).

2.2.1. Do 5 lat.....0 pkt.

2.2.2. 5-10 lat.....1 pkt.

2.2.3. Powyżej 10 lat.....2 pkt.

#### 2.3. Posiadanie aktualnych certyfikatów potwierdzających odbycie certyfikowanych kursów (po dwa punkty za każdy certyfikat):

2.3.1. Kurs ALS .....0 lub 2 pkt.

2.3.2. Kurs ACLS .....0 lub 2 pkt.

2.3.3. Kurs EPLS.....0 lub 2 pkt.

2.3.4. Kurs PALS .....0 lub 2 pkt.

2.3.5. Kurs ITLS.....0 lub 2 pkt.

2.3.6. Kurs PHTLS .....0 lub 2 pkt.



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
tel: 42 636 15 65, fax. 636 14 19

- 2.3.7. Kurs ETC .....0 lub 2 pkt.
- 2.4. Zaproponowanej liczby godzin:
- 2.4.1. 60 - 80 godzin w ciągu miesiąca .....1 pkt.
- 2.4.2. 81-160 godzin w ciągu miesiąca.....2 pkt.
- 2.4.3.  $\geq 161$  godzin w ciągu miesiąca .....3 pkt.
- 2.5. Pozytywnego wyniku rozmowy kwalifikacyjnej (po trzy punkty za każde kryterium):
- 2.5.1. Test .....0 lub 3 pkt.
- 2.5.2. Umiejętności manualne.....0 lub 3 pkt.
- 2.5.3. Scenariusz ALS .....0 lub 3 pkt.
- 2.5.4. Scenariusz EPALS .....0 lub 3 pkt.
- 2.5.5. Scenariusz ITLS.....0 lub 3 pkt.
- 2.6. Zaproponowania najniższej stawki godzinowej: .....0 lub 4 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.
- 2.7. *Udzielający zamówienia* zastrzega możliwość odrzucenia **oferty z zaproponowaną łączną ilością godzin poniżej 60 w ciągu miesiąca.**
- 2.8. *Udzielający Zamówienia* przewiduje możliwość zmiany ilości zadeklarowanych godzin na stanowisku wskazanym w formularzu ofertowym stanowiącym załącznik nr 1, w ramach łącznej miesięcznej zadeklarowanej liczby godzin, w przypadku wystąpienia takiej potrzeby po stronie *Udzielającego Zamówienie*.
3. *Udzielający zamówienia* zakłada możliwość zwolnienia z rozmowy kwalifikacyjnej i przyznania maksymalnej liczby punktów za rozmowę kwalifikacyjną osobom, które były zatrudnione na podstawie umowy o pracę, świadczyły usługi na rzecz *Udzielającego zamówienie* na podstawie umowy cywilno-prawnej.
4. W przypadku, o którym mowa w pkt E ppkt. 2.13. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie dodatkową weryfikację wiedzy Oferenta w Szkole Ratownictwa Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi. Oferent jest zobowiązany stawić się w uzgodnionym terminie celem weryfikacji wiedzy, pod rygorem odrzucenia oferty.
5. Maksymalna liczba punktów uzyskana w wyniku oceny oferty złożonej przez Przyjmującego





## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
tel: 42 636 15 65, fax. 636 14 19

zamówienie wynosi 42 punkty.

6. Końcowa liczba punktów będąca podstawą oceny oferty złożonej przez Przyjmującego zamówienie jest sumą punktów uzyskanych na podstawie oceny kryteriów wyszczególnionych w punkcie G.2.

### H. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

1. Termin związania ofertą wynosi 60 dni od daty upływu terminu składania ofert.

### I. KRYTERIA ODRZUCENIA OFERTY

1. Udzielający zamówienie odrzuca ofertę w następujących przypadkach:
  - a) oferta została złożona po terminie,
  - b) zawiera nieprawdziwe informacje,
  - c) oferta nie zawiera wszystkich wskazanych dokumentów,
  - d) nie został określony przedmiot oferty lub nie została podana proponowana liczba lub cena za udzielanie świadczeń zdrowotnych,
  - e) zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
  - f) jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
  - g) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
  - h) jeżeli oferent nie stawił się na rozmowę kwalifikacyjną,
  - i) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach,
  - j) złożenia przez oferenta, z którym została rozwiązana przez *Udzielającego zamówienie* umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
2. W przypadku gdy braki, o których mowa w ust. 1, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.
3. W przypadku gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty bez zachowania okresu wypowiedzenia lub za wypowiedzeniem, z przyczyn leżących po stronie oferenta.
4. Udzielający zamówienia zastrzega, że może nie podpisać umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Oferentem, na którego nałożone zostały kary umowne na podstawie zapisów umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w okresie trzech lat od złożenia oferty.



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
tel: 42 636 15 65, fax. 636 14 19

### J. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

1. Rozstrzygnięcia konkursu dokona powołana przez Dyrektora Naczelnego Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego Komisja Konkursowa.
2. W przypadku gdy w konkursie zostały złożone oferty z dokumentem, o którym mowa w pkt E ppkt. 2.13 rozstrzygnięcie konkursu następuje po dodatkowej weryfikacji Oferentów, którzy złożyli przedmiotowy dokument.
3. Wyniki rozstrzygnięcia konkursu zostaną opublikowane na stronach internetowych *Udzielającego zamówienia* pod adresem [www.wsrn.lodz.pl](http://www.wsrn.lodz.pl) w zakładce „BIP Biuletyn Informacji Publicznej”.

### K. ZAWARCIE UMOWY

1. Umowa na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie będącym przedmiotem konkursu ofert zostanie zawarta z Oferentem wybranym w postępowaniu konkursowym do dnia **14.10.2023 r.**
2. Jeżeli Oferent, którego oferta została przyjęta zrezygnuje z zawarcia umowy, zobowiązany jest do naprawienia spowodowanej tym szkody.
3. Jeżeli Oferent, którego oferta została przyjęta, uchyli się od zawarcia umowy, *Udzielający zamówienia* wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

### L. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ

1. Oferent może zwracać się do *Udzielającego zamówienia* o wyjaśnienie wszelkich wątpliwości związanych ze *Szczegółowymi warunkami konkursu ofert*, kierując swoje zapytanie na piśmie lub mailem na adres: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)
2. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje przekazane za pomocą faksu lub drogą elektroniczną uważa się za złożone w terminie, jeżeli ich treść dotarła do adresata przed upływem terminu i została niezwłocznie potwierdzona pisemnie.
3. *Udzielający zamówienia* udzieli odpowiedzi na wszelkie zapytania niezwłocznie, jeżeli prośba o wyjaśnienie treści „Szczegółowych warunków konkursu ofert” lub treści ogłoszenia wpłynęła do *Udzielającego zamówienia* na nie mniej niż 2 dni robocze przed terminem składania ofert.
4. *Udzielający zamówienia* przekaże jednocześnie treść wyjaśnienia wszystkim Oferentom, bez ujawniania źródła zapytania, poprzez zamieszczenie odpowiedzi na stronie internetowej *Udzielającego zamówienia* [www.wsrn.lodz.pl](http://www.wsrn.lodz.pl)
5. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, *Udzielający zamówienia* może zmodyfikować treść dokumentów składających się na „Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert” oraz treść ogłoszenia, z zastrzeżeniem, że:



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2  
tel: 42 636 15 65, fax. 636 14 19

- a) o każdej ewentualnej zmianie *Udzielający zamówienia* powiadomi niezwłocznie każdego z Oferentów;
  - b) w przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, *Udzielający zamówienia* przedłuży termin składania ofert z uwzględnieniem czasu niezbędnego do wprowadzenia w ofertach zmian wynikających z modyfikacji treści „Szczegółowych warunków konkursu ofert” lub treści ogłoszenia. W tym przypadku wszelkie prawa i zobowiązania Oferenta i *Udzielającego zamówienia* odnośnie wcześniej ustalonych terminów będą podlegały nowemu terminowi.
6. Osoba uprawnioną do kontaktów z ramienia *Udzielającego zamówienia* jest: Dyrektor ds. Medycznych lub osoba wyznaczona przez Dyrektora ds. Medycznych tel.: (042) 635 06 10 e-mail: [sekretariat@wsrm.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrm.lodz.pl)

### M. POUCZENIE O ŚRODKACH ODWOŁAWCZYCH

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 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na niedokonanie wyboru Oferenta oraz na unieważnienie konkursu.

### N. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Dokumenty dotyczące postępowania konkursowego przechowywane są u *Udzielającego Zamówienia*.
2. Dokumenty dotyczące postępowania konkursowego przechowywane będą u *Udzielającego Zamówienia* przez okres 30 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu. Nieodebranie dokumentacji w tym terminie będzie skutkowało jej zniszczeniem.

### O. ZAŁĄCZNIKI

1. Załącznik nr 1: Formularz ofertowy.
2. Załącznik nr 2: Projekt umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze kierownika zespołu ratownictwa medycznego.
3. Załącznik nr 3: Oświadczenie dotyczące zobowiązania do przedłożenia polisy OC.
4. Załącznik nr 4: Oświadczenie dotyczące zobowiązania do przedłożenia polisy ubezpieczenia



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel: 42 636 15 65, fax: 636 14 19

mienia.

5. Załącznik nr 5: Oświadczenie i zobowiązanie do dostarczenia Karty Ustawicznego Rozwoju Zawodowego.

Dyrektor Naczelny WSRM w Łodzi

Krzysztof Janecki

*/dokument podpisany elektronicznie/*

Data utworzenia: 08.09.2023 r.	Data publikacji: 08.09.2023 r.
--------------------------------	--------------------------------