



WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

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

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

### ***lekarza systemu w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego***

#### **A. UWAGI WSTĘPNE**

1. **Niniejsze szczegółowe warunki konkursu ofert, zwane dalej *Szczegółowymi warunkami konkursu ofert*, na zawieranie umów o udzielanie przez lekarza systemu w specjalistycznych zespołach 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. 7:00 dnia 1 września 2022 roku do godz. 7:00 dnia 1 września 2025 roku** określają szczegóły dotyczące:**
  - a) Złożenia konkursu ofert;
  - b) Wymagań stawianych Oferentom;
  - c) Trybu składania ofert;
  - d) Sposobu przeprowadzania konkursu;
2. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty Oferent powinien zapoznać się z 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.2021.1285), 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,

Adres do korespondencji:

90-302 Łódź; ul. Sienkiewicza 137/141



## WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 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 lekarza systemu w specjalistycznym 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. niniejszych „*Szczegółowych warunków konkursu ofert*”.
- 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.2021.2053).
- 1.6. „*Umowie*” – rozumie się przez to umowę, której wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszych „*Szczegółowych warunków konkursu ofert*”.
- 1.7. „*Lekarza systemu*” – rozumie się przez to:
  - a) lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezyjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarza po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lub
  - b) lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, lub
  - c) lekarza, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty.

### **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.

Adres do korespondencji:

90-302 Łódź; ul. Sienkiewicza 137/141



## WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

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

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. 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.
5. *Przyjmujący zamówienie* nie może być osobą skazaną prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo przeciwko zdrowiu i życiu.
6. Korespondencja dotycząca konkursu powinna być kierowana przez *Przyjmującego zamówienie* na adres: Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi, ul. Sienkiewicza 137/141; 90-320 Łódź. Należy ją opatrzyć dopiskiem „Konkurs ofert (tu nazwa stanowiska/stanowisk)”.
7. *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”.
8. 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.1.5. niniejszego dokumentu przez lekarza systemu, o którym mowa w punkcie B.1.7. niniejszego dokumentu w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego **od godz. 7:00 dnia 1 września 2022 roku do godz. 7:00 dnia 1 września 2025 roku.**
2. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej, w celu zabezpieczenia **4240 godzin miesięcznie** udzielania świadczeń zdrowotnych

Adres do korespondencji:

90-302 Łódź; ul. Sienkiewicza 137/141



## WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

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

w dni robocze, soboty, niedziele i święta, w okresie **od godz. 7:00 dnia 1 września 2022 roku do godz. 7:00 dnia 1 września 2025 roku.**

3. Ustalona przez *Udzielającego zamówienia* maksymalna zryczałtowana stawka brutto za udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert wynosi:
  - 3.1. **115,00 zł za godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę medycyny ratunkowej
  - 3.2. **80,00 zł za godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza systemu innego niż wymieniony w ppkt 3.1.
4. Zasady dotyczące sposobu wykonywania przez *Przyjmującego zamówienie* świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem przedstawione zostały we wzorze umowy, która stanowi załącznik nr 2.
5. W wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego zostaną wybrane oferty, które zawierają propozycje cenowe znajdujące pokrycie w wielkości środków przeznaczonych na sfinansowanie przedmiotu konkursu ofert.
6. Szczegółowe warunki świadczeń określają odpowiednie przepisy, w szczególności przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2021.1285), ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2021.2053).
7. Stawki wymienione w punkcie D.3. ulegają podwyższeniu o dodatek wyjazdowy według odrębnych przepisów.

### 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. Kserokopie dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych oraz specjalizacji potwierdzone „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.

Adres do korespondencji:

90-302 Łódź; ul. Sienkiewicza 137/141



- 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 Zamówienia* powstałe w związku z posiadaniem i użytkowaniem mienia *Udzielającego Zamówienia* 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. Zaświadczenia o uzyskaniu doświadczenia zawodowego, jeśli takowe jest posiadane, potwierdzoną „za zgodność z oryginałem” przez *Przyjmującego zamówienie*, lub oświadczenia o doświadczeniu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ustawy z dnia 8 września 2006 roku *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz.U.2021.2053):
  - 2.8. **Kserokopię dokumentów potwierdzających uzyskanie tytułu specjalisty w zakresie medycyny ratunkowej** potwierdzoną „za zgodność z oryginałem” przez *Przyjmującego zamówienie*, jeśli takowe jest posiadane.
  - 2.9. Zaświadczenie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy w zespole ratownictwa medycznego.
  - 2.10. Kserokopię aktualnych dokumentów potwierdzających odbycie kursów certyfikowanych przez *European Resuscitation Council, American Heart Association, International Trauma Life Support*, jeśli takowe są posiadane, potwierdzoną „za zgodność z oryginałem” przez *Przyjmującego zamówienie*.
  - 2.11. Oświadczenie o minimalnej miesięcznej liczbie godzin, jaką przyjmujący zamówienie deklaruje przeznaczyć na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z przyjmującym zamówienie.
3. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
  4. Oferta powinna zawierać wszelkie dokumenty i załączniki określone w załączniku nr 1 do niniejszego dokumentu stanowiącym *Formularz oferty*.

Adres do korespondencji:

90-302 Łódź; ul. Sienkiewicza 137/141



## WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

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

5. Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny, w języku polskim z wyłączeniem pojęć medycznych, pod rygorem odrzucenia oferty.
6. 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*.
7. Strony oferty oraz miejsca, w których naniesione zostały poprawki, podpisuje *Przyjmujący zamówienie* lub osoba, o której mowa w pkt. E.6. niniejszego dokumentu. Poprawki mogą być dokonane jedynie przez przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok czytelnego zapisu poprawnego.
8. Wszystkie zapisane strony oferty wraz z załącznikami winny być ponumerowane i złączone w sposób uniemożliwiający wysunięcie się którejkolwiek ze stron.
9. 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. *Przyjmujący zamówienie* winien okazać *Udzielającemu zamówienie* w dniu zawarcia umowy.
10. *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.
11. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „wycofanie oferty”.
12. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych lub alternatywnych.

### F. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać do dnia **04.08.2022 roku do godziny 10:00** w Sekretariacie Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi przy ul. Sienkiewicza 137/141; 90-320 Łódź.
2. Oferty przesłane na adres *Udzielającego zamówienia* za pośrednictwem operatora pocztowego będą traktowane jako złożone w terminie, jeżeli wpłyną do *Udzielającego zamówienia* przed terminem złożenia ofert określonym w pkt. 1. Oferty, które wpłyną po wyznaczonym terminie, wskazanym w pkt. 1, zostaną zwrócone bez otwierania.
3. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **04.08.2022 roku** o godzinie 12:00, a rozstrzygnięcie postępowania konkursowego nastąpi do dnia **11.08.2022 roku**.

Adres do korespondencji:

90-302 Łódź; ul. Sienkiewicza 137/141



**WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI**

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

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

4. 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.wsrn.lodz.pl](http://www.wsrn.lodz.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* przy czym końcowa liczba punktów uzyskiwana jest w wyniku zsumowania punktów cząstkowych, których waga wynosi 1.

2. Punkty będą przyznawane z uwzględnieniem:

- 2.1. Doświadczenia zawodowego w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ustawy z dnia 8 września 2006 roku *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz.U.2020.2053):

2.1.1.

Powyżej 10 lat ..... 4 pkt.

2.1.2.

Powyżej 5 lat ..... 3 pkt.

2.1.3.

Do 5 lat ..... 2 pkt.

2.2.

Odbycia kursów doskonalących (aktualna ważność certyfikatu):

2.2.1.

Kurs ALC/ACLS ..... 1 pkt.

2.2.2.

Kurs EPLS/PALS ..... 1 pkt.

2.2.3.

Kurs ITLS/PHTLS/ETC ..... 1 pkt.

2.3.

Zaproponowania najniższej stawki godzinowej ..... 0 lub 4 pkt.

3. *Udzielający zamówienia* zastrzega sobie prawo prowadzenia negocjacji z *Przyjmującym zamówienie* przed ogłoszeniem wyników postępowania.

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

Adres do korespondencji:

90-302 Łódź; ul. Sienkiewicza 137/141



## WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

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

5. Za oferty najkorzystniejsze będą uznane oferty, które otrzymają najwyższą punktację. Jeżeli nie będzie można dokonać wyboru ofert najkorzystniejszych ze względu na to, że dwie lub więcej ofert otrzyma jednakową liczbę punktów, *Udzielający zamówienia* zastrzega sobie prawo wyboru w pierwszej kolejności ofert Oferentów, którzy w dniu ogłoszenia konkursu byli zatrudnieni lub wykonywali świadczenia zdrowotne na rzecz Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi.

### H. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Termin związania ofertą wynosi 30 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) nie został określony przedmiot oferty lub nie została podana proponowana liczba lub cena za udzielanie świadczeń zdrowotnych,
  - d) zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
  - e) jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
  - f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
  - g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach
  - h) 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,
  - i) zadeklarowania mniejszej liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w ciągu miesiąca niż wskazana w pkt. D.7.
  - j) sporządzenia oferty niezgodnie z niniejszymi Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert.
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.

### J. ROZSTRZYgniĘCIE KONKURSU

Adres do korespondencji:

90-302 Łódź; ul. Sienkiewicza 137/141





## WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

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

1. Rozstrzygnięcia konkursu dokona powołana przez Dyrektora Naczelnego Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego Komisja Konkursowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w ciągu 7 dni od dnia otwarcia ofert. Wynik postępowania zostanie niezwłocznie umieszczony na stronie internetowej [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 31 sierpnia 2022 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 WYJAŚNIENÍ

1. Oferent może zwracać się do *Udzielającego zamówienia* o wyjaśnienie wszelkich wątpliwości związanych ze *Szczegółowymi warunkami konkursu ofert*, kierując swoje zapytanie na piśmie, faksem na nr (042) 636 14 19 lub mailem na adres: [sekretariat@wsrn.lodz.pl](mailto:sekretariat@wsrn.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:

- o każdej ewentualnej zmianie *Udzielający zamówienia* powiadomi niezwłocznie każdego z Oferentów;

Adres do korespondencji:

90-302 Łódź; ul. Sienkiewicza 137/141



## WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

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

- 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, tel./fax: (042) 636 14 19 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:
  - 1.1. protestu na zasadach określonych w art. 153 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2021.1285),
  - 1.2. 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;
3. Załącznik nr 3: Oświadczenie dotyczące zobowiązania do przedłożenia polisy OC- działalność;
4. Załącznik nr 4: Oświadczenie dotyczące zobowiązania do przedłożenia polisy OC - mienie.

Adres do korespondencji:

90-302 Łódź; ul. Sienkiewicza 137/141



**WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI**

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

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

Data utworzenia: 15.07.2022 r.	Data publikacji: 15.07.2022 r.
--------------------------------	--------------------------------

Adres do korespondencji:

90-302 Łódź; ul. Sienkiewicza 137/141