



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

***Ratownika medycznego:***

- a) Kierownika zespołu ratownictwa medycznego;***
- b) Kierowcę zespołu ratownictwa medycznego;***
- c) Członka 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, ratownika medycznego - kierowcę zespołu ratownictwa medycznego oraz ratownika medycznego - członka 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 1 maja 2023 do godz. 07:00 dnia 1 kwietnia 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



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

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

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,
- 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. 2022.1720)
- 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.2022.1720) pełniącego funkcję kierownika zespołu ratownictwa medycznego.



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

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

1.8. „Ratownika medycznego – członka zespołu ratownictwa medycznego” – rozumie się ratownika medycznego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2022.1720), któremu powierzono obowiązki członka zespołu ratownictwa medycznego w harmonogramie pracy.

1.9. „Ratownika medycznego – kierowcę zespołu ratownictwa medycznego” – rozumie się ratownika medycznego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2022.1720) posiadającego uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, któremu powierzono tą czynność w harmonogramie pracy.

### 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 o którym mowa w pkt B1.7., B1.8, B1.9.
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.



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

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

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/2/2023 (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, części B.1.8. niniejszego dokumentu przez ratownika medycznego – członka zespołu ratownictwa medycznego oraz części B.1.9. niniejszego dokumentu przez ratownika medycznego – kierownicę zespołu ratownictwa medycznego w terminie **od godz. 07:00 dnia 1 maja 2023 do godz. 07:00 dnia 1 kwietnia 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.



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

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

- 2.2. W odniesieniu do ratownika medycznego – członka zespołu ratownictwa medycznego, we wzorze umowy, która stanowi załącznik nr 3.
- 2.3. W odniesieniu do ratownika medycznego – kierowcy zespołu ratownictwa medycznego, we wzorze umowy, która stanowi załącznik nr 4
3. W wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego zostaną wybrane oferty, które zawierają propozycje cenowe znajdujące pokrycie w wielkości środków przeznaczonych na 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. **45,00 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;
  - 6.2. **42,00 zł za godzinę** udzielania świadczeń przez *Udzielającego zamówienie* w zespołach ratownictwa medycznego w przypadku pełnienia funkcji o której mowa w punkcie B 1.9. niniejszego dokumentu;
  - 6.3. **40,00 zł za godzinę** udzielania świadczeń przez *Udzielającego zamówienie* w zespołach ratownictwa medycznego w przypadku pełnienia funkcji o której mowa w punkcie B 1.8 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:



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

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

- 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 6463 godzin miesięcznie, udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta w terminie określonym w punkcie A.1.
  - 9.2. **ratowników medycznych – kierowców zespołu ratownictwa medycznego** w celu zabezpieczenia 7470 godzin miesięcznie, udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta w terminie określonym w punkcie A.1.
  - 9.3. **ratowników medycznych – członków zespołu ratownictwa medycznego** w celu zabezpieczenia 2803 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 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 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.
- 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 5 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 6 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 potwierdzającą uzyskane doświadczenie zawodowe, jeśli takowe jest posiadane, potwierdzoną „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 Doskonalenia Zawodowego Ratownika Medycznego*, potwierdzoną „za zgodność z oryginałem” przez *Przyjmującego zamówienie*.
- 2.11. W odniesieniu do ratowników medycznych – kierowców zespołu ratownictwa medycznego, kserokopię „Zezwolenia na prowadzenie pojazdów



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

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

uprzywilejowanych” oraz prawa jazdy potwierdzoną „za zgodność z oryginałem” przez *Przyjmującego zamówienie*.

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”.
13. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych lub alternatywnych.

## F. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT





## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

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

1. Oferty należy składać **do dnia 22.03.2023 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 **22.03.2023 roku o godzinie 12:00**, a rozstrzygnięcie postępowania konkursowego nastąpi **do dnia 29.03.2023 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.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*.
2. Punkty będą przyznawane z uwzględnieniem następujących kryteriów:
  - 2.1. Posiadanego wykształcenia:
    - 2.1.1. Średnie medyczne (policealne) ..... 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 zawodowego 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. Posiadania 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.



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

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

- 2.3.5. Kurs ITLS ..... 0 lub 2 pkt.
- 2.3.6. Kurs PHTLS ..... 0 lub 2 pkt.
- 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 2 pkt. za każde kryterium):
  - 2.5.1. Odpowiedź na pytanie merytoryczne nr 1 ..... 0 lub 3 pkt.
  - 2.5.2. Odpowiedź na pytanie merytoryczne nr 2 ..... 0 lub 3 pkt.
  - 2.5.3. Odpowiedź na pytanie merytoryczne nr 3 ..... 0 lub 3 pkt.
  - 2.5.4. Odpowiedź na pytanie merytoryczne nr 4 ..... 0 lub 3 pkt.
  - 2.5.5. Umiejętność autoprezentacji ..... 0 lub 3 pkt.
  - 2.5.6. Postawa ..... 0 lub 3 pkt.
  - 2.5.7. Znajomość obsługi sprzętu pyt. 1 ..... 0 lub 3 pkt.
  - 2.5.8. Znajomość obsługi sprzętu pyt. 2 ..... 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. Oferty z zaproponowaną łączną ilością godzin poniżej 60 w ciągu miesiąca będą odrzucone.**
- 2.8. *Udzielający Zamówienia* przewiduje możliwość zmiany ilości zadeklarowanych godzin na poszczególne stanowiska wskazane 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.



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

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

4. Maksymalna liczba punktów uzyskana w wyniku oceny oferty złożonej przez *Przyjmującego zamówienie* wynosi 51 pkt.
5. Końcowa liczba punktów będąca podstawą oceny oferty złożonej przez *Przyjmującego zamówienie* jest sumą punktów uzyskanych na podstawie oceny kryteriów wyszczególnionych w punkcie G.2.
6. 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 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

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.
  - k) Została zadeklarowana mniejsza niż 60 liczba godzin w ciągu miesiąca.



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

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

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

1. Rozstrzygnięcia konkursu dokona powołana przez Dyrektora Naczelnego Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego Komisja Konkursowa.
2. Wyniki rozstrzygnięcia konkursu zostaną opublikowane na stronach internetowych *Udzielającego zamówienia* pod adresem [www.wsrn.lodz.pl](http://www.wsrn.lodz.pl)

### 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 **30.04.2023 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 WYJAŚNIENÍ

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.



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

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

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:
  - 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.



## Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

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

### 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: Projekt umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze członka zespołu ratownictwa medycznego.
4. Załącznik nr 4: Projekt umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze kierowcy zespołu ratownictwa medycznego.
5. Załącznik nr 5: Oświadczenie dotyczące zobowiązania do przedłożenia polisy OC.
6. Załącznik nr 6: Oświadczenie dotyczące zobowiązania do przedłożenia polisy ubezpieczenia mienia.

Data utworzenia: 28.02.2023 r.	Data publikacji: 01.03.2023 r.
--------------------------------	--------------------------------