Załącznik nr 1 do Regulaminu

**FORMULARZ OFERTOWY**

.........................................................................................

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

...............................................................................................

Adres podmiotu

..............................................................................................

Rodzaj rejestru, NIP

**Niniejszym składam ofertę** **na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie:**

świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tyś świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym –( zakres wyjazdowy ).

Miesięczna wartość za realizację świadczeń:

........................................................................ zł

1. Zobowiązuję się do udzielania w/w świadczeń na zasadach określonych w:

* Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
* Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnejoraz przepisach odrębnych, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami, z zachowaniem poszanowania praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

1. W przypadku zmiany przepisów prawa, o których mowa w pkt., zobowiązuję się do dostosowania warunków udzielania świadczeń do aktualnych wymogów określonych w/w przepisami w trakcie trwania umowy.

……………………………...

Pieczątka i podpis

Załącznik nr 2 do Regulaminu

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

.........................................................................................

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

...............................................................................................

Adres podmiotu

..............................................................................................

Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

1. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (w przypadku podmiotu leczniczego: oświadczam, że personel medyczny posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia).+
2. Świadczenie usług odbywać się będzie przez lekarzy i pielęgniarki w liczbie minimum 2 zespoły w składzie: lekarz i pielęgniarka, w tym jeden zespół udzielający świadczeń w trybie ambulatoryjnym i jeden zespół udzielający świadczeń w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy. Zespół udzielający świadczeń w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, może być łączony z udzielaniem świadczeń w innym obszarze działania.
3. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym i innymi organami.
4. Zapoznałem się z regulaminem i warunkami konkursu i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
5. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję ją bez zastrzeżeń.
7. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu  
   i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:

1. ……………………………………………..
2. ……………………………………………..
3. ……………………………………………..
4. ……………………………………………..

.............................................. ................................

miejsce i data podpis

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach ul. Korczaka 23, 18-100 Łapy

**Szczegółowe warunki konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, dla potrzeb SP ZOZ w Łapach.**

Konkurs ofert na wykonywanie świadczeń medycznych dla potrzeb SP ZOZ w Łapach ogłoszono na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016, poz. 1638 – j.t.) w związku z art. 146 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.)

**PRZEDMIOT KONKURSU:**

Przedmiotem konkursu jest:

 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w zakresie uzupełnionym na rzecz pacjentów SP ZOZ w Łapach.

**Organizacja Udzielania Świadczeń w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej Nocnej  
i Świątecznej:**

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - w godzinach: od poniedziałku do piątku od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, w godz. od 8:00 dnia danego do godz. 8:00 dnia następnego,
2. Miejsca realizacji świadczeń:  SP ZOZ w Łapach.
3. Udzielający zamówienie wymaga, aby świadczenia były realizowane przez personel posiadający kwalifikacje odpowiadające rodzajowi świadczeń – zgodnie z wymaganiami NFZ oraz zgodnie z ofertą złożoną przez Udzielającego zamówienie, w postępowaniu konkursowym mającym na celu zawarcie umowy z NFZ.
4. Okres realizacji umowy: od 01.10.2017r. do 31.12.2020 r.

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZYGOTOWANIA OFERT:**

1. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić pod rygorem nieważności w języku polskim z możliwością wyłączenia pojęć medycznych.
2. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje osoba(y) uprawniona(e) do reprezentacji lub posiadająca pełnomocnictwo, które należy dołączyć do oferty.
3. Strony oferty oraz miejsca, w których oferent naniósł poprawki, podpisuje osoba(y), która podpisała ofertę. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego zapisu poprawnego. Oferta nie powinna zawierać żadnych dopisków między wierszami, fragmentów wymazanych ani napisanych poza niezbędnymi do poprawy.
4. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
5. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi zamawiającego o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
6. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę zgodnie z postanowieniami punktu - Zasady składania ofert z dopiskiem „Zmiana oferty" lub „Wycofanie oferty”

**ZASADY SKŁADANIA OFERT**:

1. Dokumenty konkursowe należy złożyć w zamkniętej kopercie w sekretariacie SP ZOZ w Łapach . do 27.09.2017r. do 10.00 opatrzone napisem: „Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. Otwarcie ofert nastąpi 27.09.2017r. o godz. 10.30, rozstrzygnięcie 12.00.
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed ustalonym terminem składania ofert zamawiający może zmienić lub zmodyfikować treść wymagań dotyczących składania ofert.
4. O każdej zmianie lub modyfikacji zamawiający zawiadamia niezwłocznie każdego z uczestników konkursu, który poinformował o pobraniu dokumentacji konkursowej.
5. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, zamawiający może przedłużyć termin składania ofert.
6. Wszelka korespondencja (w tym zapytania) do Zamawiającego powinna być kierowana przez Oferentów pisemnie na adres: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach ul. Korczaka 23, 18-100 Łapy.
7. Zamawiający unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:

* nie wpłynęła żadna oferta -wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem, że jeżeli w toku konkursu wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert,
* odrzucono wszystkie oferty -kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
* nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześnie przewidzieć.

**ZAWARTOŚĆ OFERT:**

Dla uznania ważności oferta musi zawierać następujące dokumenty w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez upoważnioną osobę do reprezentowania oferenta:

1. oferta: (odpowiedni druk w zależności od realizowanego świadczenia)  Załącznik nr 1 (oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej)  Załącznik nr 2 (Oświadczenie – wypełniają wszyscy Oferenci)
2. wzór umowy wraz z załącznikami
3. aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej,
4. polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności z rozszerzeniem na choroby zakaźne (w tym WZW i HIV), w wysokości nie niższej niż wynikająca z rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011r. Nr 293, poz. 1729).

**KRYTERIA WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY**

Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Komisja Konkursowa będzie się kierowała następującym kryterium tj.:

cena – 100%

Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo do przesunięcia terminu składania ofert, odwołania lub unieważnienia konkursu na podstawie art. 150 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.), a także do negocjacji cen i wyboru większej ilości ofert celem realizacji całości zamówienia oraz dla zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

**ŚRODKI ODWOŁAWCZE**

Oferentowi przysługuje prawo składania protestów i odwołań dotyczących konkursu zgodnie z zasadami określonymi w art. 152, 153 oraz 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1638).

**POWIADOMIENIE O WYNIKACH**

O rozstrzygnięciu konkursu zamawiający ogłosi na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej