

Dot. 15/10/2019

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

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

**w sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne z  
podmiotem wykonującym działalność leczniczą, lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych  
kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych**

**w SP ZOZ w Łapach, w zakresie:**

- **Udzielania świadczeń pielęgniarских w zakresie świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie w SP ZOZ w Łapach – w szczególności odział wewnętrzny, chirurgiczny, Izba Przyjęć, Blok Operacyjny**

- Udzielanie świadczeń pielęgniarских stawka - za 1h .

**Wymagania dotyczące personelu:**

- *pielęgniarka posiadająca potwierdzone odpowiednim zaświadczeniem kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe zgodne z profilem ogłoszenia*

*Mile widziane:*

- ✓ *specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub opieki długoterminowej i/lub w trakcie specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub opieki długoterminowej*
- ✓ *kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych i/lub*
- ✓ *kurs specjalistyczny w zakresie wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego i/lub*
- ✓ *specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego (dotyczy bloku operacyjnego)*
- ✓ *specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i/lub*

- ✓ *specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub w trakcie specjalizacji lub kursu w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki*

**Podstawa prawna:**

- art. 26, 26a i 27, ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011, z późniejszymi zmianami, oraz
- w oparciu o ustawę z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z późniejszymi zmianami.

**I. Udzielający zamówienia:**

***Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach***

*ul. Janusza Korczaka 23, 18-100 Łapy*

**II. Przedmiot zamówienia:**

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu z płatnikiem systemowym oraz podmiotami, z którymi Udzielający zamówienie ma podpisane umowy w ramach leczenia stacjonarnej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przez personel medyczny / podmioty wykonujące działalność leczniczą o kwalifikacjach i liczbie wymaganej odrębnymi przepisami niezbędnej do wykonania świadczenia, z nieodpłatnym wykorzystaniem infrastruktury niezbędnej do realizacji umowy, stanowiącej własność Udzielającego zamówienie (w szczególności kwalifikacje osób udzielających świadczeń powinny być zgodne z aktualnymi na dzień składania oferty wymogami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wraz z późniejszymi zmianami).
2. W zakresie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym będą obowiązywały przepisy wewnętrzne Udzielającego zamówienia, w tym w szczególności Statut, regulamin pracy oraz Zarządzenia wewnętrzne.

**III. Okres obowiązywania umowy:**

Umowa zostaje zawarta na okres:

***Od 01.11.2019 r. do 31.12.2020 r., z możliwością jej aneksowania.***

**IV. Konkurs ofert ogłoszono:**

- 1) na tablicy ogłoszeń Udzielającego zamówienie,
- 2) na stronie internetowej Szpitala

**V. Proponowana kwota należności**

Proponowaną kwotę należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert należy uzupełnić w załączniku nr 2 - Formularz ofertowy

**VI. Warunki konkursu ofert**

W celu uznania, że oferta spełnia wymagane warunki, Oferent zobowiązany jest dołączyć do oferty następujące dokumenty:

- 1) wypełniony Formularz Ofertowy, stanowiący Załącznik Nr 1 i 2
- 2) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert, stanowiące Załącznik Nr 3,
- 3) kopię umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami lub pisemne zobowiązanie oferenta do zawarcia takiej umowy i dostarczenia jej kopii przed rozpoczęciem udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienia w przypadku wyboru oferty- Załącznik nr 4.
- 4) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych:
  - ✓ kopię dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów wyższych lub studium zawodowego w zakresie ofertowym
  - ✓ kopię wszystkich wypełnionych stron aktualnego prawa wykonywania zawodu,
  - ✓ kopię dyplomu specjalisty, lub zaświadczenie o terminie rozpoczęcia i zakończenia specjalizacji
  - ✓ kopię ukończenia kursu, lub zaświadczenie o terminie rozpoczęcia i zakończenia specjalizacji
- 5) kopie dokumentów z właściwego samorządu zawodu medycznego dotyczące wykonywania indywidualnej praktyki lub pisemne zobowiązanie oferenta do przedłożenia stosownych dokumentów przed rozpoczęciem udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienia w przypadku wybrania oferty
- 6) kopie dokumentów lub pisemne zobowiązanie oferenta do przedłożenia dokumentów potwierdzających zarejestrowanie działalności gospodarczej przed rozpoczęciem udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienia w przypadku wybrania oferty
- 7) aktualne zaświadczenie:
  - lekarskie – badania profilaktyczne.

W celu sprawdzenia autentyczności przedłożonych dokumentów Udzielający zamówienia może zażądać od Oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu, gdy kserokopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości.

Komisja Konkursowa wzywa Oferentów, którzy w określonym terminie nie złożyli wymaganych oświadczeń lub dokumentów albo, gdy oferta zawiera braki formalne do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

- 8) Jeżeli ofertę podpisuje pełnomocnik, do oferty należy załączyć pełnomocnictwo.

W przypadku złożenia oferty **przez podmiot (NZOZ)** dodatkowo należy złożyć:

1. **Załącznik nr 5** - Oświadczenie oferenta dotyczące zapewnienia wyszkolonego i wykwalifikowanego personelu, którego kwalifikacje i liczba określone są w przepisach prawa oraz warunkach określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne z późn. zm. oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego z późn. zm, wraz z Aktami, które go zastępują.
2. Lista osób udzielających świadczeń wraz Oświadczeniami pielęgniarek, którzy udzielać będą świadczeń zdrowotnych w Szpitalu, każdego oddzielnie, że wyrażają zgodę na przetwarzanie ich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu i specjalizacji, telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów realizacji tej umowy oraz ich deklaracje do udzielania świadczeń zgodnie z warunkami konkursu i umowy ze Szpitalem – stanowiącego **załącznik nr 6 i 7**.

## **VII. Opis sposobu przygotowania oferty.**

1. Oferent sporządza ofertę zgodnie z wymogami określonymi w pkt. VI niniejszych warunków.
2. Ofertę należy złożyć na drukach załączonych do niniejszej specyfikacji:

- załączniki 1 – 8
3. Ofertę i wszystkie wymagane dokumenty należy sporządzić w języku polskim, z wyłączeniem pojęć medycznych.
  4. Każdy dokument należy sygnować oryginalnym podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta na zewnątrz, natomiast strony należy zaparafować. Parafowane muszą być wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany.
  5. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Udzielającego zamówienia 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 z dopiskiem "Zmiana oferty" lub "Wycofanie oferty"
  7. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem: „**Konkurs ofert 15/10/2019**”.
  8. Koperta z dokumentacją ofertową może być dostarczona Zamawiającemu: drogą pocztową listem poleconym przez doręczyciela, przez Oferenta zachowując pisemną formę potwierdzenia odbioru. Dostawa dokumentacji następuje na koszt i ryzyko Oferenta.
  9. Oferty nadane, jako przesyłka pocztowa, które wpłyną po terminie składania ofert, jak również oferty złożone w Sekretariacie Szpitala po terminie składania ofert, zostaną odrzucone.
  10. **W przypadku złożenia drugiej bądź kolejnej oferty przez Oferenta w Konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach, Zamawiający dopuszcza złożenie:**
    - a) Oświadczenia w formie Załącznika nr 8 ( w zamian za dokumenty wymienione w pkt VI ppkt 4, 5, 6, 7).
    - b) Załącznik nr 1, 2, 3 i 4.

Ofertę oznaczoną jak wyżej należy złożyć do dnia:

**29.10.2019 r. do godz. 10.00**

w Sekretariacie Szpitala - budynek Administracji Szpitala.

### **VIII. Kryteria wyboru oferty**

1. Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty w oparciu o następujące kryteria:

**Cena: 80 %**

**Doświadczenie zawodowe oraz kwalifikacje w zakresie objętym ofertą: 20 %**

### **IX. Otwarcie ofert.**

Otwarcie kopert nastąpi w siedzibie udzielającego zamówienia w dniu: **29.10.2019 r. o godz. 10.15**

### **X. Tryb i zakres prac Komisji Konkursowej**

1. Konkurs przeprowadza Komisja powołana przez Kierownika Udzielającego Zamówienie.
2. Komisja konkursowa, mając na celu rozstrzygnięcie konkursu ofert, dokonuje następujących czynności:
  - A) Stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu
  - B) Podaje liczbę otrzymanych ofert.

- C) Otwiera koperty z ofertami.
- D) Podaje nazwę oferentów oraz proponowaną kwotę przez Oferenta.
- E) Ustala, które z ofert spełniają warunki określone w niniejszych Warunkach.
- F) Odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom określonym w niniejszych Warunkach lub :
  - ✓ ofertę zgłoszono po wyznaczonym terminie,
  - ✓ oferta zawiera nieprawdziwe informacje,
  - ✓ jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty albo nie podał proponowanej wartości ryczałtowej za udzielanie świadczeń zdrowotnych,
  - ✓ jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych przez Zamawiającego,
  - ✓ nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
  - ✓ jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
  - ✓ złożoną przez świadczeniodawcę, z którym została rozwiązana przez Zamawiającego umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po stronie Oferenta, w zakresie objętym niniejszym postępowaniem.
- G) W przypadku gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja może wezwać oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
- H) Ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w niniejszych Warunkach, a które zostały odrzucone.
- I) Przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów.
- J) Wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

3. Komisja konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów, z wyjątkiem czynności określonych w ust. 2 lit. A), B), C), D).
4. Z przebiegu konkursu komisja konkursowa sporządza protokół, który powinien zawierać:
  - Oznaczenie miejsca i czasu konkursu.
  - Liczbę zgłoszonych ofert.
  - Wskazanie ofert odpowiadających warunkom określonym w powyższych Warunkach.
  - Wskazanie ofert nieodpowiadających warunkom określonym w powyższych Warunkach lub zgłoszonych po terminie (wraz z uzasadnieniem).
  - Wyjaśnienia i oświadczenia Oferentów.
  - Wskazanie najkorzystniejszej dla Udzielającego Zamówienie oferty albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta (wraz z uzasadnieniem).
  - Ewentualne odrębne stanowisko członka komisji konkursowej.
  - Wzmiankę o odczytaniu protokołu.
  - Podpisy członków komisji i przedstawiciela samorządu zawodu medycznego, jeżeli uczestniczy w pracach komisji.
5. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania konkursowego, komisja ogłasza rozstrzygnięcie Konkursu.
6. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie oraz na tablicy ogłoszeń w jego siedzibie.
7. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania konkursowego następuje jego zakończenie i Komisja ulega rozwiązaniu.

#### **XI. Wybór oferenta i ogłoszenie wyniku konkursu.**

Konkurs zostanie rozstrzygnięty do dnia: **30.10.2019 r. do godz. 15.00.**

**Okres związania ofertą wynosi 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.**

## **XII. Środki ochrony prawnej:**

### **ŚRODKI ODWOŁAWCZE**

1. W toku postępowania konkursowego Oferent, którego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienie zasad prowadzenia konkursu, może skorzystać ze środków odwoławczych. Środki odwoławcze nie przysługują na niedokonanie wyboru Przyjmującego zamówienie oraz na unieważnienie postępowania konkursowego.
2. W toku postępowania konkursowego do czasu jego zakończenia Oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od daty jego złożenia i udziela odpowiedzi na piśmie. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. W przypadku uwzględnienia protestu Udzielający zamówienia powtarza zaskarżoną czynność.
5. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
6. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Zakładu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.
8. O rozstrzygnięciu odwołania Oferent informowany jest niezwłocznie.
9. W przypadku uwzględnienia odwołania, przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

### **UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**

1. Udzielający zamówienia unieważnia postępowanie konkursowe w przypadku gdy:
  - a. nie wpłynęła żadna oferta,
  - b. odrzucono wszystkie oferty,
  - c. wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem pkt 2,
  - d. kwota najkorzystniejszej oferty (ofert) przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienie przeznaczył na sfinansowanie zamówienia,
  - e. nastąpiła istotna zamiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie osób będących świadczeniobiorcami w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku Konkursu wpłynęła tylko jedna oferta na dany zakres 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.

## **XIII. Zawarcie umowy:**

1. Kierownik Udzielającego Zamówienie zawiera umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z wybraną przez komisję konkursową najkorzystniejszą ofertą w terminie do 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

2. Projekt umowy na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne stanowi Załącznik do Szczegółowych warunków konkursu.

#### XIV. Postanowienia końcowe

1. Udzielający Zamówienia zastrzega prawo odwołania konkursu ofert oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyn.
2. Dopuszcza się możliwość negocjacji stawek.
3. Udzielający Zamówienia dopuszcza złożenie ofert częściowych.
4. Dokumenty dotyczące postępowania konkursowego przechowywane są w siedzibie Udzielającego zamówienia.

**Zatwierdzam**  
**Dyrektor Szpitala**

  
**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łapoli  
*Urszula Łapińska*

.....  
pieczęć oferenta

*Formularz ofertowy*

**KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE**

.....

1. Nazwa Oferenta .....
2. Adres Oferenta .....
3. Nr telefonu komórkowego .....
4. Adres e-mail .....
5. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej .....
6. REGON .....
7. NIP .....
8. Okres obowiązywania polisy .....

.....  
**(podpis i pieczęć Oferenta)**



## Formularz ofertowy

## KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

.....

WYSZCZEGÓLNIENIE/ PRODUKT zgodny z ogłoszeniem w danym zakresie	CENA / WARTOŚĆ BRUTTO w zł za jedną godzinę

2. Miejsce udzielania świadczeń .....

## 3. Doświadczenie zawodowe:

a) staż pracy jako **lekarz specjalista/ bez specjalizacji** \* w zakresie objętym ofertą  
..... - ..... staż pracy ogólnieb) staż pracy jako **pielęgniarka/ pielęgniarka ze specjalizacją/kursem kwalifikacyjnym\***  
w zakresie objętym ofertą - ..... staż pracy ogólnie

\*niepotrzebne skreślić, w przypadku NZOZ składającego ofertę grupową należy uzupełnić zał. nr 6

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

pieczęć oferenta

Załącznik nr 3

### **OŚWIADCZENIE**

1. *Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.*
2. *Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.*
3. *Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.*
4. *Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego przez SP ZOZ w Łapach dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.*
5. *Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach, nie będę udzielał/-ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.*
6. *Spełniam/ Nie spełniam wymóg, o którym mowa w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej.<sup>1</sup>*

.....  
**(miejsce, data)**

.....  
**(podpis i pieczęć Oferenta)**

---

<sup>1</sup> Art. 26 ust.2.u.o.d.l.: „Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.”

pieczęć oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy z Udzielającym Zamówienie.

.....  
**(miejsowość, data)**

.....  
**(podpis i pieczęć Oferenta)**

.....  
pieczęć oferenta

***OŚWIADCZENIE***

***Zakres udzielanych świadczeń:.....***

Oświadczam, iż zapewniam wyszkolony i wykwalifikowany personelu do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert.

.....  
***(miejsowość, data)***

.....  
***(podpis i pieczęć Oferenta)***

.....  
pieczęć oferenta

*Lista osób udzielających świadczeń w ramach umowy z Oferentem:*

<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>	<i>Specjalizacja/kurs kwalifikacyjny</i>	<i>Specjalizacja zakończona / w trakcie ( data ukończenia specjalizacji/ data otwarcia specjalizacji)  Kurs kwalifikacyjny/w trakcie (data ukończenia / data otwarcia)</i>	<i>Staż pracy jako w zakresie objętym ofertą - ..... / staż pracy ogólnie</i>

*Każda wykazana osoba powinna dostarczyć kopię dokumentów, o których mowa w SIWZ w pkt. VI ppkt. 4-5, 7.*

.....  
.....  
(miejscowość, data)

.....  
.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

Imię i nazwisko: .....

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego przez SP ZOZ w Łapach dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.

2. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach zgodnie z warunkami konkursu i umowy Przyjmującego zamówienie ze Szpitalem oraz na podstawie przedstawionego przez Przyjmującego zamówienie i zatwierdzonego przez Szpital harmonogramu.

3. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach, nie będę udzielał/-ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.

**Podpis Lekarza/Pielegniarki .....**

**Podpis Oferenta .....**

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

**Oświadczam, że:**

- odpisy potwierdzające wpis do właściwych rejestrów – wpis do Okręgowej Izby Lekarskiej/Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych i Ewidencji Działalności Gospodarczej
- dyplom ukończenia studiów
- kopia prawa wykonywania zawodu lekarza/ technika/pielęgniarki
- dyplom uzyskania specjalizacji
- aktualne zaświadczenie lekarskie – badania profilaktyczne

zostały złożone w SP ZOZ Łapy, w Konkursie na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne na rok ....., i stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

.....

**(miejsowość, data)**

.....

**(podpis i pieczęć Oferenta)**

