



**„Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o.o.**

Wybrzeże J. Conrada – Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław  
Tel. 71/ 77-66-212 Fax: 71/ 77-66-200 Fax kom. 519-134-307  
e`mail: sekretariat@dczp.wroclaw.pl www.dczp.wroclaw.pl  
Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabryczna VI Wydział Gospodarczy  
NIP:895-196-51-26 KRS:0000348483 REGON:021184819  
Kapitał Zakładowy: 56 809 000,00 zł

Wrocław, dnia 27 kwietnia 2016 r.

**OGŁOSZENIE**

**„Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o.o.,  
50-226 Wrocław, Wybrzeże J. Conrada – Korzeniowskiego 18,  
ogłasza konkurs na świadczenia zdrowotne :  
dla lekarza w Izbie Przyjęć**

1. Wymagane kwalifikacje zawodowe Oferentów:
    - posiadanie wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa kwalifikacji i uprawnień, z zastrzeżeniem, że minimalne wymagania wobec oferentów w zakresie kwalifikacji i uprawnień obejmują:
      - 1) wykształcenie wyższe medyczne;
      - 2) udokumentowany staż pracy w zawodzie;
      - 3) specjalizacja z zakresu psychiatrii lub w trakcie specjalizacji
  2. Umowy na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne zostaną zawarte na okres od 10.05.2016 r. do 31.12. 2017 r.
  3. Szczegółowe Warunki Konkursu (SWK) dotyczące zgłoszenia, materiałów informacyjnych o przedmiocie konkursu oraz wzór formularza oferty są dostępne w Sekcji Kadr i Płac budynek „G” godz. od 8:00 do 14:00; Osoba upoważniona do kontaktu : Sylwia Sawzdzargo - Kierownik, telefon: 505 247 130;
  4. Ofertę należy składać w siedzibie Zamawiającego; „Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o. o., ul. Wybrzeże J. Conrada-Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław; budynek „G”, Sekretariat, do dnia 05.05. 2016r., do godz. 09:00. w zamkniętej kopercie z dopiskiem: „Konkurs na świadczenia zdrowotne dla lekarza w Izbie Przyjęć „DCZP” sp. z o.o.. Nie otwierać do dnia 5 maja 2016 roku, do godz. 10.00”
  5. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego „Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o. o. ul. Wybrzeże J. Conrada-Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław; Budynek „G”; Sekcja Kadr i Płac budynek „G”, sala konferencyjna 5 maja 2016 r. o godz.10:00
  6. Kryterium oceny ofert:
    - 1) cena 80%
    - 2) doświadczenie i kwalifikacje 5%
    - 3) miesięczna liczba godzin 15%.
- Cena za godzinę winna być podana kwotowo z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku albo poprzez określenie procentowe w odniesieniu do wartości punktu określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla Zamawiającego. Cena winna uwzględniać wszystkie elementy kosztotwórcze dla Zamawiającego, w tym wszelkie ewentualne zobowiązania publicznoprawne Zamawiającego.
7. Zamawiający ogłosi o rozstrzygnięciu konkursu ofert do godz. 15.00 dnia 5 maja 2016 roku na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego oraz na stronie internetowej [www.dczp.wroclaw.pl](http://www.dczp.wroclaw.pl).
  8. Okres związania ofertą każdego Oferenta wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.
  9. Do czasu rozstrzygnięcia konkursu Oferentom przysługuje prawo złożenia umotywowanego protestu w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
  10. Odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu może zostać złożone najpóźniej w terminie 7 dni od daty ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.
  11. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert w każdym czasie bez podania przyczyn.

*L. Dykles*

## SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Dotyczy: konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla lekarza w Izbie Przyjęć „Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o. o.

### I. Postanowienia ogólne:

Konkurs ofert prowadzony będzie na podstawie art. 26 i nas. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217, z późn. zm.).

### II. Przedmiot zamówienia:

1. Przedmiot zamówienia obejmuje: udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: dla lekarza w Izbie Przyjęć „DCZP” sp. z o.o., w okresie od 10.05.2016 r. do 31.12.2017 r.
2. Świadczenia udzielane będą w siedzibie Zamawiającego.

### III. Wymagania ogólne dla Oferentów przystępujących do Konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresach wymienionych w Części II

#### 1. PODSTAWOWE ZASADY PRZEPROWADZENIA KONKURSU OFERT

1. Ofertę składa oferent dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym postępowaniem konkursowym, z zastrzeżeniem, że minimalne wymagania wobec oferentów z zakresie kwalifikacji i uprawnień obejmują:

- 1) wykształcenie wyższe medyczne;
- 2) udokumentowany staż pracy w zawodzie;
- 3) specjalizacja z zakresu psychiatrii lub w trakcie specjalizacji

2. Oferty należy składać w nieprzekraczalnym terminie do dnia 5 maja 2016 roku do godz. 09:00 w sekretariacie „Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o. o., ul. Wybrzeże J. Conrada-Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław; budynek „G”, w zamkniętej kopercie z dopiskiem:

**„Konkurs na świadczenia zdrowotne w zakresie :  
dla lekarza w Izbie Przyjęć „DCZP” sp. z o.o.”.  
Nie otwierać do dnia 5 maja 2016 roku do godz. 10:00”**

3. Dokonując wyboru najkorzystniejszych ofert Udzielający zamówienia stosuje zasady określone w niniejszych „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.

4. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny i bez skutków prawnych.

#### 2. PRZYGOTOWANIE OFERTY

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert” na formularzu udostępnianym przez Udzielającego zamówienie, który stanowi załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu ofert.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta powinna zawierać wszelkie dokumenty i załączniki wymagane w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
4. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
5. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim pod rygorem odrzucenia oferty, z wyłączeniem pojęć medycznych.
6. Ofertę oraz każdą z jej stron numeruje i podpisuje oferent.
7. Strony oferty oraz miejsca, w których naniesione zostały poprawki, podpisuje oferent. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego czytelnego zapisu poprawnego.
8. 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.
9. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę z dopiskiem „zmiana oferty” lub „wycofanie oferty”.

### **3. INFORMACJA O DOKUMENTACH ZAŁĄCZANYCH PRZEZ OFERENTA**

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

#### **I Podmioty wykonujące działalność leczniczą:**

- 1) kserokopie dyplomów oraz dokumentów wskazanych, wymienionych w ofercie lekarzy zatrudnionych przez oferenta, mających realizować przedmiot zamówienia, potwierdzające spełnienie wymagań określonych dla niniejszego postępowania;
- 2) kserokopia polisy OC, zgodnej z wymaganiami określonymi przepisami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729);
- 3) kserokopia decyzji nadania numeru NIP;
- 4) wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo Krajowego Rejestru Sądowego nie wcześniejszy niż tydzień od dnia złożenia oferty – *jeśli dotyczy*

- 5) zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 6) oświadczenie oferenta, iż w przypadku wyboru jego oferty i podpisania umowy przedmiot umowy nie będzie realizowany przez pracowników oferenta będących jednocześnie pracownikami Zamawiającego wraz z zobowiązaniem się do wyrównania Zamawiającemu wszelkich kosztów powstałych po jego stronie wynikających z niedotrzymania tego warunku. – *dotyczy podmiotów leczniczych*
- 7) oświadczenia oferenta stanowiące załącznik nr 4.

## **II. Osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą:**

- 1) kserokopie dyplomów oraz dokumentów potwierdzające spełnienie kwalifikacji, doświadczenia i uprawnień wymaganych dla realizacji przedmiotu zamówienia;
- 2) kserokopia polisy OC potwierdzającej ubezpieczenie OC oferenta, w zakresie przedmiotu konkursu, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, minimalną sumę gwarancyjną, wynoszącą równowartość w złotych 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC oferenta. Kwoty, o których mowa powyżej ustalane są przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta. **W przypadku braku polisy OC na dzień składania ofert, oferent obowiązany jest wraz z ofertą do złożenia oświadczenia o zobowiązaniu się do zawarcia umowy ubezpieczenia i przedstawienia polisy OC w dniu ewentualnego podpisania umowy w przypadku wyboru jego oferty.**
- 3) kserokopia decyzji nadania numeru NIP;
- 4) wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej nie wcześniejszy niż tydzień od dnia złożenia oferty;
- 5) oświadczenia oferenta stanowiące załącznik nr 4.

## **III. Osoby fizyczne nie prowadzące działalności gospodarczej:**

- 1) kserokopie dyplomów oraz dokumentów, potwierdzające spełnienie kwalifikacji, doświadczenia i uprawnień wymaganych dla realizacji przedmiotu zamówienia;
- 2) kserokopia polisy OC potwierdzającej ubezpieczenie OC oferenta, w zakresie przedmiotu konkursu, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, minimalną sumę gwarancyjną, wynoszącą równowartość w złotych 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC oferenta. Kwoty, o których mowa powyżej ustalane są przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz

pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta. W przypadku braku polisy OC na dzień składania ofert, oferent obowiązany jest wraz z ofertą do złożenia oświadczenia o zobowiązaniu się do zawarcia umowy ubezpieczenia i przedstawienia polisy OC w dniu ewentualnego podpisania umowy w przypadku wyboru jego oferty;

3) oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wraz z wyrażeniem zgody na wykazywanie oferenta w dokumentacji przedkładanej przez Zamawiającego podmiotom uprawnionych do finansowania świadczeń udzielanych przez Zamawiającego w postępowaniach prowadzonych przez Zamawiającego według załącznika nr 3 Szczegółowych Warunków Konkursu.

4) oświadczenia oferenta według załącznika nr 4 Szczegółowych Warunków Konkursu.

2. Do wypełnionego formularza oferty według załącznika nr 1 Szczegółowych Warunków konkursu, Oferent załącza dokumenty, o których mowa w pkt I albo II albo III w formie kserokopii, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do Szczegółowych warunków konkursu.

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

#### **4. OKRES ZWIĄZANIA UMOWĄ**

Umowy na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne zostaną zawarte na okres od 10.05.2016 r. do 31.12. 2017 r.

#### **5. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Oferent związany jest ofertą do 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

#### **6. KOMISJA KONKURSOWA**

1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Udzielający zamówienia powołuje komisję konkursową. w drodze odrębnej uchwały Zarządu „Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o. o.

2. Członek Komisji konkursowej podlega wyłączeniu od udziału w Komisji konkursowej, gdy pozostaje z Przyjmującym zamówienie w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do ich bezstronności, lub w takim stosunku pozostaje jego małżonek lub osoba, z którą pozostaje on we wspólnym pożyciu lub gdy Przyjmującym zamówienie jest:

- 1) jego małżonek oraz krewny lub powinowaty do drugiego stopnia,
- 2) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
- 3) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
- 4) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty w linii prostej lub w linii bocznej do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
- 5) pozostaje z Przyjmującym zamówienie w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do ich bezstronności, lub w takim stosunku pozostaje jego małżonek lub osoba, z którą pozostaje on we wspólnym pożyciu.

3. Udzielający zamówienia w sytuacji, o której mowa w ust. 3 dokonuje wyłączenia Członka Komisji na formularzu stanowiącym załącznik nr 6 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert, i powołuje nowego Członka Komisji konkursowej w drodze uchwały Zarządu „Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o. o..

4. Wniosek o przeprowadzenie konkursu wypełnia Przewodniczący Komisji konkursowej. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 5 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

## **7. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT ORAZ PRZEBIEG KONKURSU**

1. Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu 5 maja 2016 roku o godz. 10:00 w sali konferencyjnej w „Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o. o., ul. Wybrzeże J. Conrada-Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław; Budynek „G”.

2. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej:

- w części jawnej komisja stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu, liczbę otrzymanych ofert, otwiera koperty z ofertami oraz ogłasza Oferentom, które oferty spełniają warunki konkursu, a które zostały odrzucone;

- w części niejawnej po ustaleniu, które z ofert spełniają warunki konkursu i odrzuceniu ofert nie odpowiadających warunkom konkursu, przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia złożone przez oferentów. Wzór protokołu stanowi załącznik nr 7 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

- Protokół z przebiegu konkursu Komisja przedkłada Zarządowi „Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o. o., który podejmuje decyzję o wyłonieniu najkorzystniejszej oferty.

## **8. KRYTERIA OCENY OFERT**

Kryterium oceny ofert:

- 1) cena 80%
- 2) doświadczenie i kwalifikacje 5%
- 3) miesięczna liczba godzin 15%.

Cena za godzinę winna być podana kwotowo z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku albo poprzez określenie procentowe w odniesieniu do wartości punktu określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla Zamawiającego. Cena winna uwzględniać wszystkie elementy kosztotwórcze dla Zamawiającego, w tym wszelkie ewentualne zobowiązania publicznoprawne Zamawiającego.

## **9. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU, WARUNKI ZAWARCIA UMOWY**

1. Rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert oraz tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego zamówienia.
2. Oferentowi wybranemu w wyniku postępowania konkursowego Udzielający zamówienia wskazuje termin i miejsce zawarcia i podpisania umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych w „Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o. o. we Wrocławiu.

## **10. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

Dokumenty dotyczące postępowania konkursowego przechowywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienia.

Załącznik nr 1  
do Szczegółowych warunków konkursu ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla lekarza w Izbie Przyjęć

**Formularz ofertowy**

do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla lekarza w Izbie Przyjęć w „Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o.o., 50-226 Wrocław, Wybrzeże J. Conrada – Korzeniowskiego 18,

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla lekarza w Izbie Przyjęć  
w „Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o.o., 50-226 Wrocław,  
ul. Wybrzeże J. Conrada – Korzeniowskiego 18,**

1. Dane Oferenta:

.....

(imię i nazwisko/nazwa Oferenta)

.....

(adres/adres siedziby Oferenta)

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres Oferenta w/w)

.....

.....

2. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia w kwocie za godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych:.....

3. Proponuję miesięczną liczbę godzin udzielania przeze mnie świadczeń zdrowotnych:

.....

4. Inne uwagi i dane/informacje istotne dla oceny oferty

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)



Załącznik nr 2  
do Szczegółowych warunków konkursu ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla lekarza w Izbie Przyjęć

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE: dla lekarza w Izbie Przyjęć**

1. Potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu tj.:

- 1) dyplom;
- 2) prawo wykonywania zawodu;
- 3) inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności - w przypadku ich posiadania wymienić jakie:

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

2. Potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów określających status prawny oferenta, tj.:

- 1) zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
- 2) zaświadczenie o nadaniu nr REGON i NIP
- 3) polisa OC
- 4) pozostałe dokumenty, w tym dyplomy i zaświadczenia, wymagane w postępowaniu konkursowym,, bądź przedkładane przez oferenta - wymienić

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

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a .....  
(Imię i Nazwisko)

zamieszkały/a.....  
(Adres Zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym seria.....nr.....wydanym  
przez.....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

oświadczam, że

1. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
2. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych w celach przeprowadzenia konkursu na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne – w zakresie psychiatrii dla lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii oraz dla potrzeb Zamawiającego związanych z postępowaniami celem pozyskania środków finansowych – płatników świadczeń udzielanych przez zamawiającego – w tym Narodowy Fundusz Zdrowia.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis)

**Załącznik nr 4**  
do Szczegółowych warunków konkursu ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
dla lekarza w Izbie Przyjęć

**OŚWIADCZENIA OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zainteresowałam/em się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonywania zamówień na świadczenie zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związana/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia.

.....  
Podpis Oferenta

Załącznik nr 5  
do Szczegółowych warunków konkursu ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla lekarza w Izbie Przyjęć

**Wniosek  
o wyrażenie zgody na przeprowadzenie konkursu  
na świadczenia zdrowotne**

.....  
(znak sprawy)

Data wpłynięcia kompletnego wniosku : 27.04.2016 r.

1. Przedmiot konkursu:

**świadczenia zdrowotne: dla lekarza w Izbie Przyjęć**

2. Opis części zamówienia, jeżeli dopuszczono składanie ofert częściowych:

.....nie dopuszczono.....

3. Termin wykonania zamówienia: 10.05.2016 r. – 31.12.2017 r. (ilość miesięcy/dni)

4. Ilość świadczeń zdrowotnych:

.....1.....

Uwaga: Podać całkowitą ilość uwzględniając okres umowy.

Przygotowano na podstawie:

a) ilości szacunkowych

b) analizy ilości z ubiegłego roku lub poprzednich 12 miesięcy

5. Proponowane warunki udziału wykonawców w konkursie:

.....wskazane w SWK.....

6. Proponowane kryteria oceny ofert wraz z podaniem ich znaczenia:

Cena – 80 %

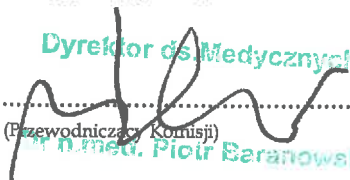
Doświadczenie i kwalifikacje – 5%

Miesięczna liczba godzin – 15 %

7. Istotne postanowienia umowy:

.....  
.....

  
.....  
(Zarząd)

  
.....  
Dyrektor ds. Medycznych  
(Przewodniczący Komisji)  
Dr n.med. Piotr Baranowski

Załączniki:

1. ....

2. ....