

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Dotyczy: konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pomocy terapeutyczno-psychologicznej w „Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o. o.

I. Postanowienia ogólne:

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

II. Przedmiot zamówienia:

1. Przedmiot zamówienia obejmuje: udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: pomocy terapeutyczno-psychologicznej w Wojewódzkiej Przychodni Terapii Uzależnień i Współuzależnienia:
 - a) ilość konsultacji jest uzależniona od ilości pacjentów;
 - b) procent nie może przekroczyć 50% ceny jednostkowej punktu określonej w umowie z NFZ;
 - c) maksymalny limit punktów w ramach zawartej umowy wynosi 6000.
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.
2. Oferty należy składać w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 03 marca 2014r. 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 :
Pomocy terapeutyczno-psychologicznej”*

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 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:

1) poświadczona przez Oferenta kserokopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej;

2) oryginały lub poświadczone przez Oferenta kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu, który będzie realizować przedmiot zamówienia (dyplom, inne certyfikaty i zaświadczenia potwierdzające umiejętności, itp.);

4) poświadczona przez Oferenta kserokopia nadania numeru REGON i NIP;

5) poświadczona przez Oferenta kserokopia polisy OC oraz NNW;

6) o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych, oświadczenie, że kandydat wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych w celach przeprowadzenia konkursu na świadczenie zdrowotne w zakresie pomocy terapeutyczn-psychologicznej według **załącznika nr 3** Szczegółowych Warunków Konkursu.

7) oświadczenia oferenta stanowiące **załącznik nr 4**.

2. Do wypełnionego formularza oferty, Oferent załącza dokumenty, o których mowa pkt. 1 niniejszego rozdziału, 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. Ponadto do oferty powinny być załączone:

- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku terapeuta/psycholog.

- aktualna książeczka dla celów sanitarno-epidemiologicznych.

Dokumenty te będą wymagane do przedłożenia, najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy.

4. OKRES ZWIĄZANIA UMOWĄ

Umowy na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne zostaną zawarte na okres 10 miesięcy. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych ustala się na dzień 03 marca 2014r.

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 03 marca 2014 r. o godz. 09:30 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

Dokonując wyboru najkorzystniejszych ofert komisja konkursowa kieruje się następującymi kryteriami:

1. Kryterium oceny ofert – cena 100% z zastrzeżeniem możliwości przeprowadzenia rozmowy kwalifikacyjnej z wybranymi kandydatami, których oferty spełniają wszystkie wymagania z jednakowo proponowaną ofertą cenową.

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.

Wiceprezes Zarządu „DCZP” sp. z o.o.

lek. med. Zbigniew Michał Mładzki

Prezes „DCZP” sp. z o.o.

Leszek Dudek-Dudkowski

Załącznik nr 1
do Szczegółowych warunków konkursu ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
pomocy terapeutyczno-psychologicznej

Formularz ofertowy

do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie : pomocy terapeutycznej w „Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego”
sp. z o.o., 50-226 Wrocław, Wybrzeże J. Conrada – Korzeniowskiego 18,

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pomocy terapeutyczno-psychologicznej
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. Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w roku.....

.....

3. Preferowane miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych (należy wskazać oddział,
poradnię):

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

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

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE POMOCY TERAPEUTYCZNO-PSYCHOLOGICZNEJ**

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

- 1) dyplom;
- 2) 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. Potwierdzoną przez Oferenta za zgodność z oryginałem obowiązkową polisę OC i NNW.

4. Odpisy lub kopie dyplomów innych dokumentów potwierdzających spełnienie warunków, o których mowa w rozdz. III pkt 3 Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pomocy terapeutyczno-psychologicznej.

Załącznik nr 3
do Szczegółowych warunków konkursu ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
pomocy terapeutyczno-psychologicznej

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 (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) w celach przeprowadzenia konkursu na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

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, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.

.....
Podpis Oferenta

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

.....
(znak sprawy)

Data wpłynięcia kompletnego wniosku

1. Przedmiot konkursu:

.....
.....

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

.....

3. Termin wykonania zamówienia: (ilość miesięcy/dni)

4. Ilość świadczeń zdrowotnych:

.....

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:

.....
.....

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

.....

7. Istotne postanowienia umowy:

.....
.....

.....
(Przewodniczący Komisji)

.....
(Zarząd)

Załączniki:

1.

2.

Załącznik nr 6
do Szczegółowych warunków konkursu ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
pomocy terapeutyczno-psychologicznej

**Wniosek
o wyłączenie Członka Komisji ze składu Komisji konkursowej**

Wnoszę o wyłączenie z udziału w konkursie na świadczenia zdrowotne w zakresie

.....

nr postępowania

Panią* (Pana*)

imię i nazwisko

.....

stanowisko służbowe,

pełniącego* funkcje w Komisji konkursowej

(nazwa funkcji)

Powodem wyłączenia, zgodnie z dokumentacją konkursu, jest:

.....

.....

Jednocześnie stwierdzam, że ostatnią czynnością Komisji konkursowej, dokonaną z udziałem Pani* (Pana*), była czynność:

.....

.....

.....

(opis przedmiotowej czynności oraz wskazanie miejsca w protokole konkursu lub dokumentacji podstawowych czynności konkursu, w którym odnotowano fakt wyłączenia członka ze składu Komisji)

Przewodniczący Komisji

* Niepotrzebne skreślić.

.....

**Wniosek
o wyłączenie Członka Komisji ze składu Komisji konkursowej**

Wnoszę o wyłączenie z udziału w konkursie na świadczenia zdrowotne w zakresie

.....

nr postępowania

Panią* (Pana*)

imię i nazwisko

.....

stanowisko służbowe,

pełniącego* funkcję w Komisji konkursowej

(nazwa funkcji)

Powodem wyłączenia, zgodnie z dokumentacją konkursu, jest:

.....

.....

Jednocześnie stwierdzam, że ostatnią czynnością Komisji konkursowej, dokonaną z udziałem Pani* (Pana*), była czynność:

.....

.....

(opis przedmiotowej czynności oraz wskazanie miejsca w protokole konkursu lub dokumentacji podstawowych czynności konkursu, w którym odnotowano fakt wyłączenia członka ze składu Komisji)

Przewodniczący Komisji

* Niepotrzebne skreślić.

.....

