

**DYREKCJA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO MIEJSKIEGO  
ZESPOŁU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
w Sanoku ul. Jana Pawła II 38**

ogłasza:

**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych** w zakresie kompetencji lekarza POZ dla pacjentów SPMZPOZ w Sanoku – Przychodnia Zdrowia Nr 2 przy ul. Jana Pawła II 38 (w oparciu o Zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej) i zaprasza do składania ofert.

Umowa o udzielenie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta na okres od dnia 01.01.2023r. do 30.06.2023r.

Udzielający zamówienia informuje, że z udziału w konkursie zostaną wykluczone oferty których proponowana stawka za realizację świadczenia medycznego wyniesie powyżej 51% procent z iloczynu pacjentów wpisanych na listę aktywną do Przyjmującego zamówienie, stawki kapitałowej i współczynników korygujących dla odpowiednich grup wiekowych ustalonych przez NFZ (z wyłączeniem kwot przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń przez NFZ lub Ministerstwo Zdrowia).

**Podmioty zamierzające złożyć ofertę na udzielanie w/w świadczeń zdrowotnych mogą otrzymać obowiązujące formularze oferty w Sekretariacie SPMZPOZ w Sanoku.**

**Oferty należy składać w zamkniętej kopercie do dnia 03.11.2022r. do godz. 8.00 w Sekretariacie SPMZPOZ w Sanoku z dokładnym określeniem nazwy Oferenta i adresem.**

**Oferta winna być opisana:**

**"OFERTA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE -  
W ZAKRESIE KOMPETENCJI LEKARZA POZ**

Otwarcie ofert nastąpi w dniu 03.11.2022r. o godzinie 8:10 w Sekretariacie SPMZPOZ w Sanoku.

Konkurs będzie rozstrzygnięty w dniu 03.11.2022r.

SPMZPOZ w Sanoku zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyn.

Termin związania ofertą – nie dłuższy niż 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Ewentualne skargi należy składać w Sekretariacie SPMZPOZ. W toku postępowania oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

W terminie 7 dni od dnia powiadomienia o rozstrzygnięciu postępowania, oferent ma prawo wnieść do Dyrektora SPMZPOZ w Sanoku odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.

Dyrektor SPMZPOZ w Sanoku

lek. med. Aleksander Korobczenko

.....  
*pieczęć Oferenta*

....., dnia .....

Samodzielny Publiczny Miejski  
Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej  
w Sanoku  
ul. Jana Pawła II 38

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompetencji lekarza POZ dla potrzeb pacjentów SPMZPOZ w Sanoku.**

1. ....  
*(imię i nazwisko Oferenta)*  
oświadczam, iż zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie, który obejmuje przejęcie obowiązków na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompetencji lekarza POZ dla potrzeb pacjentów SPMZPOZ w Sanoku i składam stosowną ofertę.

**DANE O OFERENCIE:**

2.1. Imię i nazwisko: .....  
.....

2.2. Adres: .....  
.....

2.3. Forma prowadzenia działalności z podaniem pełnej nazwy i miejsca prowadzenia działalności, numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu lub podanie informacji o rozpoczęciu procedury rejestracji działalności (potwierdzony przez organ prowadzący ewidencję, wniosek o zgłoszenie działalności gospodarczej): .....  
.....  
.....

2.4. Wskazanie kwalifikacji zawodowych (potwierdzonych niezbędną dokumentacją: dyplom, prawo wykonywania zawodu, zezwolenia na prowadzenie indywidualnej praktyki lekarskiej) .....  
.....

.....  
.....  
3. Określenie miejsca wykonywania usługi.....

.....  
4. Proponowana stawka za realizację świadczenia zdrowotnego - podać procent z iloczynu pacjentów wpisanych na listę aktywną do Przyjmującego zamówienie i stawki kapitałowej i współczynników korygujących dla odpowiednich grup wiekowych ustalonych przez NFZ (z wyłączeniem kwot przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń przez NFZ lub Ministerstwo Zdrowia )- maksymalnie 51%.

.....  
5. Zobowiązuję się do solidarnego pełnienia zastępstw za nieobecnych w danej placówce lekarzy, niezależnie od formy zatrudnienia.

6. Inne informacje .....

7. Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie ..... ponumerowanych i spiętych stron.

....., dnia .....

.....  
*podpis i pieczęć Oferenta*

Załączniki do oferty:

- 1) oświadczenie Oferenta - załącznik nr 1,
- 2) aktualny odpis z właściwego rejestru i/albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej odpis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej,
- 3) aktualna umowa ubezpieczenia OC, zgodna z wymogami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866),
- 4) dokumentacja potwierdzająca posiadanie kwalifikacji niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

....., dnia .....

.....  
*podpis i pieczęć Oferenta*

\* - niepotrzebne skreślić

.....  
*pieczęć Oferenta*

## **Oświadczenie Oferenta**

Przystępując do udziału w postępowaniu konkursowym na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, którego przedmiotem jest świadczenie usług w zakresie kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

oświadczam, że:

1. znana mi jest treść przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 787 z późn. zm.),
2. znana jest mi treść Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 79/2022/DSOZ z dnia 29 czerwca 2022 r.,
3. znana jest mi treść Ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 27 października 2017 r. (t.j. Dz. U. z 2021, poz. 1050),
4. znana mi jest treść umowy na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie lekarz POZ,
5. posiadam(y) uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia,
6. w ramach prowadzonej indywidualnej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em\*,

....., dnia .....

*(miejsowość/*

.....  
*podpis i pieczęć osoby  
uprawnionej do składania  
oświadczenia*

*\*/niepotrzebne skreślić/*