

# SPECYFIKACJA

do postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych lub geriatry, w Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Pododdziale Geriatrii, Poradni Geriatrycznej oraz Izbie Przyjęć i Pomocy Doraźnej Szpitala Samodzielного Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie

## OGÓLNE WARUNKI POSTĘPOWANIA

Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie art. 26 - 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2024.799 ze zm.), zwanej dalej ustawą,

1. **Do konkursu mogą przystąpić odpowiednie podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu Ustawy o działalności leczniczej.**
2. Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych w zakresie podmiotowym.
3. Udzielający zamówienia zastrzega możliwość wybrania kilku ofert w celu wykonania całości zadania.
4. **Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych nie wcześniej niż od 01 października 2024 r.**
5. Umowa zawarta będzie na okres do 30 września 2026 r.

### I. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

**1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych lub geriatry, w Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Pododdziale Geriatrii, Poradni Geriatrycznej oraz Izbie Przyjęć i Pomocy Doraźnej Szpitala Samodzielного Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie,**

CPV 85111200-2 – Medyczne usługi szpitalne

2. Szacunkowa wartość całości w okresie zamówienia wynosi 245 000,00 zł.
3. Szacunkowa liczba godzin udzielania świadczeń:
  - 1) w Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii i Pododdziale Geriatrii od poniedziałku do piątku w godzinach pomiędzy 07:30-15:00 – około 640 godzin miesięcznie oraz od poniedziałku do piątku w godzinach 15:00-07:30 dnia następnego a także w soboty , niedziele, święta i dni wolne od pracy w SP ZOZ MSWiA w Krakowie w godzinach 07:30-07:30 dnia następnego (dyżur w oddziale i pododdziale) – około 480 godzin miesięcznie;
  - 2) w Poradni Geriatrycznej – od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 07:30 – 18:00;
  - 3) w Izbie Przyjęć i Pomocy Doraźnej od poniedziałku do piątku w godzinach pomiędzy 07:30-15:00 – około 20 godzin miesięcznie oraz od poniedziałku do piątku w godzinach 15:00-07:30 dnia następnego a także w soboty , niedziele, święta i dni wolne od pracy w SP ZOZ MSWiA w Krakowie w godzinach 07:30-07:30 dnia następnego – około 80 godzin miesięcznie;

## II. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia zdrowotne będą realizowane w siedzibie Udzielającego zamówienia (Kraków, ul. Kronikarza Galla 25), z wykorzystaniem jego aparatury i sprzętu, zgodnie ze szczegółowymi materiałami informacyjnymi na temat udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna, stosowanymi do umów z NFZ.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane będą:
  - 1) w dni powszednie od godz. 7.30 do 15.00 w Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Geriatrii i Pododdziale Geriatrii oraz od 15.00 do 7.30 dnia następnego oraz soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy u Udzielającego zamówienia w godz. 7.30 do 7.30 dnia następnego w Oddziale oraz Pododdziale według harmonogramu sporządzanego comiesięcznie przez Kierującego Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Geriatrii do 25 dnia każdego miesiąca na następny miesiąc.
  - 2) W Poradni Geriatrycznej w godzinach pomiędzy 07.30 a 18.00 zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z Kierownikiem Przychodni;
  - 3) w Izbie Przyjęć i Pomocy Doraźnej od poniedziałku do piątku w godzinach pomiędzy 07:30-15:00 oraz od poniedziałku do piątku w godzinach 15:00-07:30 dnia następnego a także w soboty , niedziele, święta i dni wolne od pracy w SP ZOZ MSWiA w Krakowie w godzinach 07:30-07:30 dnia następnego według harmonogramu sporządzanego comiesięcznie przez Kierującego Izbą Przyjęć i Pomocy Doraźnej do 25 dnia każdego miesiąca na następny miesiąc.
3. Stawka za świadczenia zdrowotne nie wyższa niż:
  - a) **140,00 zł** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Pododdziale Geriatrii w dni powszednie w godzinach 07:30-15:00 i Poradni Geriatrycznej w godzinach pomiędzy 07:30 a 18:00,
  - b) **140,00 zł** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Pododdziale Geriatrii w dni powszednie w godzinach od 15.00 do 7.30 dnia następnego oraz soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy u Udzielającego zamówienia w godz. 7.30 do 7.30 dnia następnego;
  - c) **140,00 zł** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w IPIPD w dni powszednie od godz. 07.30 do 15.00;
  - d) **200,00 zł** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w IPIPD w dni powszednie od godz. 15.00 do 07.30 dnia następnego oraz w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy u Udzielającego zamówienia w godz. 7.30 do 7.30 dnia następnego
4. Termin płatności wynagrodzenia - do 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do udzielania świadczeń nieprzerwanie przez cały okres trwania umowy.
6. Przyjmujący zamówienie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych osobiście.
7. Zlecenie osobom trzecim przez Przyjmującego zamówienie obowiązków wynikających z umowy lub przekazanie praw z niej wynikających na inne osoby wymaga uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego zamówienia. (dotyczy praktyk lekarskich).
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapłaty kar umownych z tytułu nienależytego wykonywania umowy w wysokości do 15% kwoty faktury miesięcznej;

9. Umowa może być rozwiązana za 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
10. Okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem:
  - 1) przez Udzielającego zamówienia w przypadku wystąpienia u niego sytuacji zagrażającej utratą płynności finansowej zakładu lub konieczności zmiany organizacji świadczeń lub jeśli Przyjmujący zamówienie nie wypełnia podstawowych obowiązków umownych, a w szczególności, gdy:
    - a) ograniczy dostępność w zakresie udzielania świadczeń – nieuzasadniona odmowa przyjęcia pacjenta
    - b) zawęzi zakres udzielania świadczeń;
    - c) będzie wykonywał badania złej jakości (uzasadnione skargi pacjentów oraz fachowych pracowników Zamawiającego);
    - d) nie przedstawi aktualnej polisy ubezpieczeniowej;
    - e) nie będzie przestrzegał ustalonej organizacji udzielania świadczeń;
    - f) nie będzie przestrzegał obowiązujących przepisów prawnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych;
    - g) spowoduje szkodę u Udzielającego zamówienia z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.
  - 2) przez Przyjmującego zamówienie w przypadku opóźnienia przez Udzielającego zamówienia w zapłacie należności, przekraczającego 60 dni.
11. W przypadku zmiany warunków oferowanych przez NFZ lub w przypadku wystąpienia u Udzielającego zamówienia sytuacji zagrażającej utratą płynności finansowej zakładu, mogą zostać zawarte aneksy do umowy uwzględniające nowe warunki, w tym stosowne zmiany wynagrodzenia)
12. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania zasad postępowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, określonych w § 12 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015 r. (Dz.U. 2015.1400) w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
13. Do obowiązków Przyjmującego zamówienie należy w szczególności:
  - a) prowadzenie i archiwizacja dokumentacji medycznej zgodnie z Rozporządzeniem MSWiA z dnia 29 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (tekst jedn. Dz. U. 2022.1957) oraz sprawozdawczości statystycznej w zakresie przedmiotu zamówienia;
  - b) prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej;
  - c) zapewnienie ochrony danych objętych dokumentacją medyczną;
  - d) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych, zasad bezpieczeństwa, higieny pracy, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o działalności leczniczej, regulaminu organizacyjnego, procedur i standardów (w tym akredytacyjnych i ISO) obowiązujących u Udzielającego zamówienia;
  - e) posiadanie aktualnych badań lekarskich wydanych przez komórkę medycyny pracy oraz szkoleń BHP i p/poz. określonych odrębnymi przepisami w zakresie przedmiotu zamówienia;
  - f) należyte i terminowe wykonywanie świadczeń oraz comiesięczne raportowanie wykonania umowy;
  - g) poddawanie się procedurom kontrolnym Udzielającego zamówienia;

1). W Oddziałach: Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Geriatrii oraz Pododdziale Geriatrii:

- a) udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności: badanie podmiotowe i przedmiotowe w celu ustalenia rozpoznania lub kontroli i oceny stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i leczenie pacjentów szpitala;
- b) udzielanie pomocy doraźnej w stanach nagłych, w tym reanimacji, przetaczanie płynów leczniczych i preparatów krwi;
- c) konsultacje w Izbie Przyjęć i Pomocy Doraźnej wraz ze sporządzeniem niezbędnej dokumentacji medycznej pacjentów;
- d) konsultacje w innych oddziałach Udzielającego zamówienia;
- e) udzielanie porad i konsultacji osobom, których stan zdrowia tego wymaga;
- f) udzielanie pacjentom lub osobom uprawnionym przystępnej informacji o stanie zdrowia, ustalonym rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, wynikach leczenia oraz rokowaniach, prawach pacjenta, regulaminie Oddziału;
- g) wybór właściwych badań dodatkowych;
- h) ustalanie diagnozy i rozpoznań różnicowych;
- i) kontrolowanie prawidłowości i terminowości wykonywania zleceń lekarskich przez średni i niższy personel;
- j) zmiana sposobu leczenia zleconego przez kierującego oddziałem tylko w przypadku gdy w przebiegu choroby wystąpiły zmiany wymagające natychmiastowej interwencji a porozumienie z kierującym oddziałem jest niemożliwe;
- k) informowanie kierującego oddziałem o stanie zdrowia pacjentów, wdrożonym postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym;
- l) każdorazowe zasięganie opinii kierującego oddziałem lub innego specjalisty w przypadku wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych (zmiana sposobu leczenia wyłącznie w przypadku gdy w przebiegu choroby wystąpiły zmiany wymagające natychmiastowej interwencji a porozumienie z kierującym oddziałem jest niemożliwe);
- m) zapewnienie pacjentom wsparcia psychicznego w trudnych sytuacjach;
- n) niezwłoczne informowanie kierującego oddziałem o nagłej śmierci pacjenta hospitalizowanego w Oddziale;

2). W Izbie Przyjęć i Pomocy Doraźnej:

- a) udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności: badanie podmiotowe i przedmiotowe w celu ustalenia rozpoznania lub kontroli i oceny stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i leczenie pacjentów szpitala;
- b) udzielanie pomocy doraźnej w stanach nagłych, w tym reanimacji, przetaczanie płynów leczniczych i preparatów krwi;
- c) badanie zgłaszających się lub przewożonych do Izby Przyjęć i Pomocy Doraźnej przez pogotowie, diagnozowanie schorzeń i leczenie w zakresie medycyny stanów nagłych;
- d) udzielanie porad i konsultacji osobom, których stan zdrowia tego wymaga;
- e) udzielanie pacjentom lub osobom uprawnionym przystępnej informacji o stanie zdrowia, ustalonym rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, wynikach leczenia oraz rokowaniach, prawach pacjenta, regulaminie Oddziału;
- f) wybór właściwych badań dodatkowych;
- g) ustalanie diagnozy i rozpoznań różnicowych;
- h) kontrolowanie prawidłowości i terminowości wykonywania zleceń lekarskich przez średni i niższy personel;
- i) zmiana sposobu leczenia zleconego przez kierującego oddziałem tylko w przypadku gdy w przebiegu choroby wystąpiły zmiany wymagające

natychmiastowej interwencji a porozumienie z kierującym oddziałem jest niemożliwe;

- j) informowanie kierującego oddziałem o stanie zdrowia pacjentów, wdrożonym postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym;
- k) każdorazowe zasięganie opinii kierującego IPiPD lub innego specjalisty w przypadku wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych (zmiana sposobu leczenia wyłącznie w przypadku gdy w przebiegu choroby wystąpiły zmiany wymagające natychmiastowej interwencji a porozumienie z kierującym IPiPD jest niemożliwe;
- l) zapewnienie pacjentom wsparcia psychicznego w trudnych sytuacjach;
- m) niezwłoczne informowanie kierującego IPiPD o nagłej śmierci pacjenta hospitalizowanego w IPiPD;
- n) dbanie o prawidłową eksploatację sprzętu medycznego Zamawiającego;
- o) rzetelne prowadzenie raportów z dyżurów lekarskich;
- p) dbanie o prawidłową eksploatację sprzętu medycznego Zamawiającego;
- q) rzetelne prowadzenie raportów z dyżurów lekarskich;

3). W Poradni Geriatrycznej:

- a) udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry w warunkach ambulatoryjnych i domowych;
- b) prowadzenie historii zdrowia i choroby w Poradni Geriatrycznej;
- c) należyte i terminowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych;
- d) udzielanie świadczeń zdrowotnych, stanowiących przedmiot zamówienia zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z kierownikiem Przychodni w Krakowie;

### III. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW

#### A . DOKUMENTY

Dla udokumentowania spełnienia wymaganych warunków oraz uznania formalnej poprawności, oferta musi zawierać następujące dokumenty (odpisy/kserokopie) poświadczające zgodność z oryginałem/wydruki z systemu teleinformatycznego nie wymagającego podpisu. Załączone dokumenty muszą posiadać atrybut aktualności.

Formularz ofertowy
Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i specyfikacją
Dokumenty stwierdzające wpis: - do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego
Dyplom/y lekarza/y
Prawo/a wykonywania zawodu
Dyplom specjalizacji/ kserokopię karty specjalizacyjnej wraz ze zgodą kierownika specjalizacji na udzielanie świadczeń/ zaświadczenie o zdanym egzaminie LEK
Dokumenty potwierdzające ukończenie szkolenia w zakresie higieny rąk oraz RKO lub pisemne zobowiązanie oferenta o dostarczeniu w/w dokumentów do dnia 30.11.2024 r.
Zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy wydane przez Poradnię Medycyny Pracy
Polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta w zakresie prowadzonej działalności leczniczej.
<b>Aktualne zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności</b>

Informacje o ofercie
Inne dokumenty, które oferent uzna za stosowne

**Uwaga:**

1. **Potwierdzenia kserokopii dokumentów dokonuje Oferent lub osoba upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.**
2. **W przypadku ofert zawierających braki formalne lub gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów, zostanie on wezwany przez komisję Udzielającego zamówienia do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.**
3. **W przypadku ofert zawierających oczywiste błędy, pomyłki pisarskie lub rachunkowe, Komisja Udzielającego zamówienia może poprawić je po uzgodnieniu z Oferentem.**
4. **W celu umożliwienia zawarcia umowy o świadczenie usług zdrowotnych , w związku z wejściem w życie przepisów ustawy z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw nakładających na pracodawców i innych organizatorów działalności związanej z m. in. leczeniem małoletnich oraz na osoby zatrudniane i dopuszczane do takiej działalności określonych obowiązków, Przyjmujący zamówienie obowiązany jest dostarczyć do Działu Statystyki i Obsługi Umów Medycznych SP ZOZ MSWiA w Krakowie informacji z Krajowego Rejestru Karnego (tzw. zaświadczenie o niekaralności) w terminie najpóźniej do dnia poprzedzającego dzień zawarcia umowy. Jest to warunek dopuszczenia do pracy.**

**C. POZOSTAŁE WARUNKI:**

1. **Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez oferenta zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą musi odpowiadać przedmiotowi zamówienia.**
2. **Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu zamówienia – 1 lekarzy o których mowa w pkt. 3.**
3. **Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych winien posiadać dyplom specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych lub geriatrici.**
4. **Przyjmujący zamówienie zapewnia ciągłość, kompleksowość, dostępność i jakość udzielanych świadczeń na warunkach określanych w umowach zamawiającego z Narodowym Funduszem Zdrowia zakresie przedmiotu zamówienia.**
5. **Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się przy realizacji umowy nie zatrudniać lekarzy Udzielającego zamówienia na podstawie umów zlecenia lub o dzieło.**

**IV. KRYTERIA OCENY OFERT.**

1. **Ocenie podlegają oferty złożone przez oferentów spełniających warunki w zakresie jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości określone w niniejszej specyfikacji z uwzględnieniem następującego kryterium cenowego:**
  - a. **Cena ofertowa za świadczenia usług w dzień powszedni zgodnie z pkt. II ust. 3a** max.50 pkt

$$\begin{array}{r}
 C_n \\
 \dots\dots\dots \\
 C_o
 \end{array}
 \times 50$$

Gdzie: **Cn** oznacza najniższą zaoferowaną cenę w danym zakresie  
**Co** oznacza cenę zaproponowaną w danej ofercie

- b. Cena ofertowa za świadczenia usług w w dni określone w pkt. II ust . 3b  
max.50 pkt

$$\frac{\text{Cn}}{\text{Co}} \times 50$$

Gdzie: **Cn** oznacza najniższą zaoferowaną cenę w danym zakresie  
**Co** oznacza cenę zaproponowaną w danej ofercie

2. Stawka określona w pkt. II ust. 3c i d są obligatoryjna.
3. W przypadku, kiedy dwie oferty uzyskają tę samą liczbę punktów, o przyjęciu jednej z nich zdecyduje doświadczenie zawodowe oferenta/ personelu.

## **V. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT**

1. Oferty w zaklejonnych kopertach powinny być zaadresowane wg poniższego wzoru:

**SP ZOZ MSWiA w Krakowie**  
**ul. Kronikarza Galla 25, 30 – 053 Kraków**  
**Konkurs ofert nr 29/2024**  
**Nie otwierać przed 09 września 2024 r.**

Ponadto koperta powinna zawierać nazwę i adres Oferenta napisane w lewym górnym rogu.

2. Oferty należy składać w Kancelarii Zakładu przy ul. Kronikarza Galla 25 w Krakowie, do dnia 09 września 2024 r. do godz. 10<sup>00</sup>
3. Oferty złożone po terminie będą zwracane bez otwierania.
4. Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane w ciągłości i podpisane przez Oferenta. Wszystkie strony oferty należy spiąć w sposób uniemożliwiający jej zdekompletowanie.
5. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Oferent.
6. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.

## **VI. DODATKOWE INFORMACJE DLA OFERENTÓW**

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 09 września 2024 r. o godz. 11.00 w Dziale Statystyki i Obsługi Umów Medycznych Udzielającego zamówienia w Krakowie przy ul. Kronikarza Galla 25 (Budynek C, pok. 11). Oferenci mogą uczestniczyć w otwarciu ofert, w trakcie którego zostaną odczytane nazwy oferentów i proponowane stawki.
2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert zostanie ogłoszone na tablicy informacyjnej w siedzibie SP ZOZ MSWiA w Krakowie oraz na stronie internetowej do dnia 12 września 2024 r.
3. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta w terminie 21 dni, licząc od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert, z oferentami niepodlegającymi odrzuceniu, spełniającymi warunki określone w niniejszym postępowaniu, których oferty zostaną uznane za najkorzystniejsze w oparciu o ustalone kryteria oceny.

4. W razie, gdy złożona została tylko jedna oferta, Zamawiający może przyjąć tę ofertę, jeżeli komisja konkursowa stwierdzi, że spełnia ona wymagania.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu i przesunięcia terminu składania ofert.
6. Odrzuca się ofertę :
  - a) złożoną po terminie ,
  - b) zawierającą nieprawdziwe informacje,
  - c) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń,
  - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
  - e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
  - f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną ,
  - g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Zamawiającego w postępowaniu konkursowym.
  - h) złożoną przez oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania została rozwiązana przez Zamawiającego umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn zawnionych przez oferenta.
9. Unieważnia się postępowanie gdy:
  - a) nie wpłynęła żadna oferta, lub wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, nieprzyjęta przez Komisję,
  - b) odrzucono wszystkie oferty,
  - c) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie świadczeń,
  - d) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
10. Dokumenty dotyczące konkursu ofert przechowywane są w siedzibie Udzielającego zamówienia przez okres 5 lat.

## **VII. POSTĘPOWANIE ODWOŁAWCZE.**

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Komisja konkursowa rozpatruje protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie ulega zwieszeniu, chyba, że protest jest oczywiście bezzasadny. Protest wniesiony po terminie nie podlega rozpoznaniu.
3. W terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu, oferent może wnieść do dyrektora SP ZOZ MSWiA w Krakowie odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
4. Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Krakowie rozpatruje odwołanie w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

***Udzielający zamówienia***



KLAUZULA INFORMACYJNA  
INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, dalej RODO), informujemy że w odniesieniu do danych osobowych osób fizycznych reprezentujących kontrahenta oraz osób fizycznych wskazanych przez ten podmiot jako osoby do kontaktu/koordynatorzy/ osoby odpowiednie za wykonanie Umowy/porozumienia/Zamówienia itp.:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie z siedzibą w Krakowie, ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków, NIP: 677-20-75-248, REGON: 350995109;
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych w tym realizacją przysługujących Pani/Panu w tym zakresie praw można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych drogą mailową, pisząc na adres: [iod@zozmswiakrakow.pl](mailto:iod@zozmswiakrakow.pl), drogą listowną, pisząc na adres siedziby administratora lub telefonicznie, dzwoniąc pod numer: +48 663 307 507.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane jedynie w celu i zakresie niezbędnym do wykonania zadań administratora danych osobowych związanych z realizacją Umowy/ Porozumienia/Zamówienia w kategorii dane zwykle – imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer ewidencyjny PESEL, zajmowane stanowisko i miejsce pracy, numer służbowego telefonu, służbowy adres email. Dane osobowe o których mowa w niniejszym punkcie przetwarzane są na podstawie art. 6., ust. 1., pkt b, c, f;
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom wykonującym działalność komercyjną na podstawie umów udostępnienia lub powierzenia przetwarzania danych, zajmujących się naprawą, serwisem i nadzorem autorskim oprogramowania funkcjonującego w siedzibie Administratora w zakresie niezbędnym do usunięcia awarii, podmiotom szkoleniowym, doradczym, konsultacyjnym, w zakresie danych niezbędnych do przeprowadzenia usług, organom nadzorczym, kontrolnym, audytowym;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego;
6. Pani/Pana dane osobowe stanowiące dokumentację dotyczącą wykonania umowy oraz będą przechowywane przez okres 5 lat liczonego od dnia zakończenia obowiązywania umowy;
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu oraz prawo do przenoszenia danych w przypadkach określonych w przepisach RODO;
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia w każdym momencie sprzeciwu na przetwarzanie danych osobowych – z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją np. naruszeniem prywatności;
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
10. Podanie danych osobowych, o których mowa w ust. 1, jest wymagane do zawarcia Umowy/Porozumienia, Zamówienia. Odmowa podania danych osobowych skutkuje niemożnością zawarcia i realizacji Umowy/Porozumienia/Zamówienia;
11. Podane przez Panią/ Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

*Kontrahent zobowiązuje się poinformować wskazane przez siebie osoby fizyczne nie podpisujące Umowy/Porozumienia/ Zamówienia itp., o których mowa w ust. 1, o treści niniejszej klauzuli informacyjnej.*

## KLAUZULA INFORMACYJNA

### INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH OSÓB ZATRUDNIANYCH/WSPÓŁPRACUJĄCYCH, W ZWIĄZKU Z PRZEPISAMI O PRZECIWDZIAŁANIU ZAGROŻENIOM PRZESTĘPCZOŚCIĄ NA TLE SEKSUALNYM

#### ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez SP ZOZ MSWiA w Krakowie z siedzibą w 30-053 Kraków, ul. Kronikarza Galla 25, telefon: +48 12 662 31 50, e-mail: sekretariat@zozmswiakrakow.pl, zwany dalej Administratorem.

#### INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, w tym realizacją przysługujących Pani/Panu w tym zakresie praw:

- drogą mailową, pisząc na adres: iod@zozmswiakrakow.pl,
- telefonicznie, dzwoniąc pod numer: +48 663 307 507, lub
- drogą listowną, pisząc na adres siedziby administratora z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych.

#### CELE I PODSTAWY PRAWNE PRZETWARZANIA DANYCH

Administrator będzie przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu weryfikacji czy osoba ubiegająca się o stanowisko związane z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi, figuruje w Rejestrze Sprawców Przepęstw na Tle Seksualnym lub w innych rejestrach tego typu funkcjonujących w innych państwach, na podstawie art. 10 RODO w związku z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym.

W celu wypełnienia w/w obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, niezbędne będzie pozyskanie od Pani/Pana, z zachowaniem zasady „minimalizacji danych” następujących danych osobowych: danych identyfikujących osobę – nr PESEL, o ile został nadany, pierwsze imię, nazwisko, nazwisko rodowe, imię ojca, imię matki oraz datę urodzenia.

#### PRAWA I OBOWIĄZKI

Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania a także w uzasadnionych przypadkach żądania ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do usunięcia danych.

Administrator przykładą ogromną wagę do bezpieczeństwa Pani/Pana danych osobowych, jeśli jednak uzna Pani/Pan, że przetwarzając dane narusza przepisy, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2).

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest warunkiem nawiązania stosunku / zawarcia umowy o współpracy lub dopuszczenia do innej działalności z małoletnimi. Niepodanie danych osobowych w w/w celu skutkować będzie brakiem możliwości nawiązania stosunku pracy/nawiązania współpracy.

#### ZASADY PRZEKAZYWANIA DANYCH INNYM PODMIOTOM

Administrator może udostępniać Pani/Pana dane osobowe wyłącznie organom publicznym i podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz powierzać podmiotom uczestniczącym w przetwarzaniu danych osobowych w związku z realizacją przez Administratora w/w celów, wyłącznie na podstawie zawartych umów i na jego wyraźne polecenie po uprzedniej weryfikacji wdrożenia przez te podmioty odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych a także zapewnienia przetwarzania zgodnie z przepisami prawa.

#### OKRES PRZETWARZANIA DANYCH

Pani/Pana dane osobowe pozyskane w w/w celu przechowywane będą, w zależności od rodzaju zawartej umowy, w przypadku zawarcia umowy o pracę przez okres wynikający z przepisów Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy z późniejszymi zmianami a w przypadku zawarcia umowy cywilnoprawnej, przez okres wynikający z Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny z późniejszymi zmianami. Po tym okresie dane zostaną bezpowrotnie usunięte / zniszczone.

*Kontrahent zobowiązuje się poinformować wskazane przez siebie osoby fizyczne nie podpisujące Umowy/Porozumienia/ Zamówienia itp., o których mowa w ust. 1, o treści powyższych klauzul Informacyjnych.*

-----  
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

## FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa i adres oferenta

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

2. Data sporządzenia oferty:.....

3. Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii oraz Oddziale Geriatrii, proponuję cenę:

- a. .... **zł za udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w pkt. II 3a, w godzinach od 7.30 do 15.00 poniedziałku do piątku.**
- b. .... **zł za udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w pkt. II 3b. w godzinach 15.00 – 7.30 od poniedziałku do piątku oraz w godzinach od 7.30 – 7.30 następnego dnia w soboty, niedziele, święta oraz dni wolne od pracy u Udzielającego zamówienia**

4. Wykaz załączników do oferty:

- a. ....
- b. ....
- c. ....
- d. ....
- e. ....
- f. ....
- g. ....
- h. ....
- i. ....

5. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję warunek, że nie złożenie przeze mnie żądanych przez Zamawiającego dokumentów może spowodować odrzucenie oferty.

\*niepotrzebne skreślić

Miejsce i data:.....

(podpis)\_\_\_\_\_

-----  
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

Ja (imię i nazwisko)

.....

W imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy (nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

.....

.....

.....

Niniejszym oświadczam, co następuje:

1. Zapewniam jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość udzielanych świadczeń na warunkach określanych w umowach Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie przedmiotu zamówienia.
2. Posiadam/Personel posiada wskazane kwalifikacje zawodowe i doświadczenie w celu przyjęcia obowiązków udzielania określonych w specyfikacji świadczeń zdrowotnych.
3. Znane mi są warunki postępowania konkursowego, przedstawione w specyfikacji warunków przygotowania oferty i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostaję związany przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w przypadku przyjęcia mojej oferty.
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w niniejszym postępowaniu. TAK/NIE\* ?
7. Przyjmuję do wiadomości, iż przed dopuszczeniem do pracy zostaną/osoby zgłoszone zostaną zweryfikowane przez Udzielającego zamówienie w Rejestrze Sprawców Przepęstw na Tle Seksualnym (Rejestr z dostępem ograniczonym lub Rejestr osób w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystywaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydało postanowienie o wpisie w Rejestrze).

Miejsce i data:.....

(podpis)\_\_\_\_\_

## Informacje o ofercie

1. Dokładna nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą

---

---

---

2. numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

---

3. nr wpisu do KRS \_\_\_\_\_

4. osoba upoważniona do występowania w imieniu oferenta \_\_\_\_\_

---

5. Nr rachunku bankowego \_\_\_\_\_

6. NIP \_\_\_\_\_

7. REGON \_\_\_\_\_

8. Adres do korespondencji \_\_\_\_\_

---

9. Adres e-mail \_\_\_\_\_

10. Kontaktowy numer telefonu \_\_\_\_\_

11. Nr fax \_\_\_\_\_

Miejsce i data:.....

(podpis)\_\_\_\_\_