

SPZLA/DZP/RJ/ 209 /2020

Katowice, dnia 16 listopada 2020r.

Załącznik nr 1 do zmiany ogłoszenia konkursu ofert  
Postępowanie nr ew. 3/ZP/BK/2020

**SZCZEGÓLWE WARUNKI KONKURSU OFERT  
ZWANE DALEJ SWKO  
NA USŁUGI ŚWIADCZONE PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY**

**§1**

**Postanowienia ogólne oraz wymagane warunki kwalifikacyjne od Oferenta.**

1. Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia” przedstawia niniejszym szczegółowe warunki postępowania konkursu ofert **na usługi świadczone przez personel medyczny** w placówce VITA BENE ul. Ordon 3 w Katowicach. zapewniającej opiekę dzienną i całodobową dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem.
2. Usługi będące przedmiotem zamówienia będą współfinansowane z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Oś priorytetowa IX Włączenie społeczne. Działanie 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne. Poddziałanie 9.2.1 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych- ZIT.
3. Szczegółowe warunki konkursu ofert określają:
  - 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
  - 2) warunki wymagane od oferentów,
  - 3) kryteria oceny ofert,
  - 4) tryb składania ofert,
  - 5) sposób przeprowadzenia konkursu,
  - 6) tryb zgłaszania i rozpatrywania środków odwoławczych.
4. Zamówienie udzielane jest w trybie konkursu ofert zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2020r. poz. 295 z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2020.0.1398 z późn. zm.) oraz zgodnie z zasadą konkurencyjności określoną w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Do niniejszego postępowania nie stosuje przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych z 29 stycznia 2004r.(DZ.U. z 2019 poz. 1843).
5. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty, każdy zainteresowany oferent winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
6. Definicje i pojęcia. Ilekroć w szczegółowych warunkach konkursu ofert jest mowa o:
  - 1) **ofercie** – rozumie się przez to ofertę w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego złożoną przez oferenta zgodnie z przedmiotem zamówienia w formie pisemnej.
  - 2) **Przyjmującym zamówienie/Oferencie** - rozumie się przez to podmiot uprawniony do wykonywania działalności leczniczej, tj. podmiot, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 5 ustawy o działalności leczniczej oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.
  - 3) **Udzielającym zamówienia/Beneficjent - Zamawiający** - rozumie się przez to Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia” ul. PCK 1, 40-057 Katowice.



7. Do składania ofert przystąpić mogą osoby fizyczne i prawne, posiadające odpowiednie kwalifikacje i umiejętności do oferowanego stanowiska, na które oferent aplikuje tj.: odpowiadające aktualnym wymogom określonym przepisami w ustawach przywołanych w punkcie 3.

8. Ofertę mogą składać wyłącznie oferenci, posiadający fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny przewidzianego konkursem, do potwierdzenia aktualnym i ważnym dokumentem wymienionym w §4 pkt. 7 ppkt. 2.

9. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

## §2 Opis przedmiotu postępowania

1. Przedmiotem zamówienia są usługi świadczone przez personel medyczny do realizacji w placówce „Vita Bene” ul. Orzona 3 w Katowicach zapewniającej opiekę dzienną i całodobową dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem. Przedmiot zamówienia dzieli się na 12 n/w części:

Część	Stanowisko/specjalista	Czas trwania umowy: okres 22
1	Lekarz internista	Zakres obowiązków: badanie 4 pacjentów leżących 1 x w tygodniu oraz pozostałych wg. potrzeb. Lekarz internista planuje i realizuje kompleksową opiekę lekarską nad podopiecznymi objętymi opieką medyczną oraz udziela informacji opiekunom osób niesamodzielnych w placówce.
2	Lekarz neurolog,	Zakres obowiązków obejmuje konsultacje specjalistyczne dla pacjentów (140 osób w okresie obowiązywania umowy x 2 konsultacje dla każdego podopiecznego). Planuje i realizuje kompleksową opiekę lekarską w zakresie swojej specjalizacji nad osobą objętą opieką medyczną oraz udziela informacji opiekunom osób niesamodzielnych w placówce.
3	Lekarz kardiolog	
4	Lekarz rehabilitacji medycznej	
5	Lekarz geriatra	
6	Pielęgniarka	Zakres obowiązków: <ul style="list-style-type: none"> <li>• planowanie i realizowanie opieki pielęgniarskiej stosownie do stanu zdrowia podopiecznych oraz zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania (indywidualizacja opieki)</li> <li>• wykonywanie czynności diagnostycznych w tym dokonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych</li> <li>• wykonywanie zleceń lekarskich</li> <li>• pobieranie materiałów do badań diagnostycznych</li> <li>• przygotowywanie podopiecznych do badań specjalistycznych</li> <li>• dokumentowanie wszystkich czynności wykonywanych przy podopiecznym oraz rozpoznanych problemów pielęgnacyjnych</li> <li>• uczestnictwo w raportach pielęgniarskich i obchodach lekarskich</li> <li>• edukowanie podopiecznych i ich rodzin (opiekunów)</li> <li>• przestrzeganie praw pacjenta/ podopiecznego i zasad etyki zawodowej</li> <li>• dbałość o czystość i estetykę stanowiska pracy oraz aparaturę i sprzęt medyczny</li> <li>• zgłaszanie pielęgniarce koordynującej /kierownikowi placówki zauważonych usterek i awarii</li> <li>• przestrzeganie standardów postępowania w zakresie profilaktyki</li> </ul>



		<p>zakażeń</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• współpraca z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego</li> </ul> <p>Praca pielęgniarek zatrudnionych na umowę zlecenie będzie realizowana w celu zapewnienia elastyczności działań w ramach projektu i zapewnienia podopiecznym odpowiedniej do potrzeb pomocy w każdym momencie 24h.</p>
7	Fizjoterapeuta	<p>praca 80 h miesięcznie. Zakres obowiązków:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- przygotowywanie i obsługa sprzętu wykorzystywanego w rehabilitacji</li> <li>- dbanie o higienę stanowisk zabiegowych</li> <li>- przeprowadzenie wywiadu z każdym podopiecznym i wykonanie koniecznych badań w celu określenia wszelkich przeciwwskazań, i na tej podstawie dobrać najodpowiedniejszy zestaw ćwiczeń</li> <li>- przeprowadzanie zabiegów z zakresu kinezyterapii indywidualnej (leczenie ruchem) i fizykoterapii (leczenie środkami fizykalnymi)</li> <li>- odbywanie zabiegów leczniczych,</li> <li>- prowadzenie dokumentacji medycznej podopiecznych</li> <li>- wykonywanie masażu leczniczych</li> <li>- organizowanie ćwiczeń ogólnousprawniających</li> </ul>
8	Masażysta	<p>praca 40 h miesięcznie. Zakres obowiązków: wykonywanie u podopiecznych masażu leczniczych i rehabilitacyjnych całego ciała lub części ciała zgodnie w wymogami wiedzy medycznej, ręczny lub za pomocą właściwych urządzeń.</p>
9	Terapeuta zajęciowy	<p>praca 5 h tygodniowo. Zakres obowiązków obejmuje wykonywanie usług zdrowotnych polegających na zadbaniu o zdrowie psychiczne podopiecznych i ich dobre samopoczucie. na spotkaniach i zajęciach indywidualnych i grupowych które mają na celu pomoc w/w w odnalezieniu się w życiu na nowo.</p> <p>Do zadań terapeuty zajęciowego należą:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu terapeutycznego z podopiecznym oraz jego rodziną, a także środowiskiem i zespołem aktywizująco-terapeutycznym</li> <li>- rozpoznawanie i diagnozowanie potrzeb bio-psycho-społecznych podopiecznego</li> <li>- planowanie grupowego i indywidualnego planu działań terapeutycznych w oparciu o diagnozę, zainteresowania, potrzeby i możliwości podopiecznego</li> <li>- organizowanie w ramach terapii zajęć, których celem jest poprawa stanu fizycznego, psychicznego i społecznego funkcjonowania podopiecznego oraz pomoc w jego integracji w środowisku zawodowym</li> <li>- uczenie podopiecznego posługiwania się podstawowym sprzętem rehabilitacyjnym</li> <li>- dokumentowanie, monitorowanie i ocenianie procesu terapeutycznego</li> <li>- przestrzeganie tajemnicy w zakresie leczenia podopiecznego i jego rodziny</li> <li>- współpraca z lekarzami odpowiedzialnymi za rehabilitację podopiecznego</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- wykonywanie wraz z podopiecznym zajęć o charakterze terapeutycznym, np. krawieckich</li> <li>- przestrzeganie przepisów bhp właściwych podejmowanej aktywności w celu zapewnienia podopiecznemu możliwie najwyższego bezpieczeństwa</li> </ul>
10	Psycholog	<p>praca 10 h miesięcznie. Zakres obowiązków:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- przeprowadzenie wstępnego wywiadu,</li> <li>- określenie podstawowego problemu i możliwości współpracy w procesie badania,</li> <li>- postawienie wstępnych hipotez dotyczących głębokości i typu zaburzeń, ich źródeł i dynamiki zmian,</li> <li>- określenie celu diagnozy i spodziewanych rezultatów,</li> <li>- określenie metod postępowania diagnostycznego i przeprowadzenie badania</li> <li>- przeprowadzanie terapii psychologicznej podopiecznych w zakresie akceptacji choroby oraz pomoc w: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zrozumieniu i akceptacji choroby w jej aktualnej, zmieniającej się postaci,</li> <li>• wytwarzaniu właściwej motywacji do różnych form aktywności,</li> <li>• dokonywaniu niezbędnych na skutek zaistniałej choroby zmian w funkcjonowaniu społecznym,</li> <li>• akceptacji życia z dysfunkcją lub kalectwem,</li> <li>• pomoc w utrzymaniu i rozwijaniu kontaktów społecznych.</li> </ul> </li> </ul>
11	Logopeda	<p>praca 10 godz. miesięcznie. Zakres obowiązków:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- przeprowadzanie badań logopedycznych podopiecznym</li> <li>- ocenianie i interpretowanie wyników badań oraz formułowanie wskazań logopedycznych</li> <li>- ustalanie logopedycznego postępowania korekcyjno-terapeutycznego</li> <li>- ocena, diagnoza i terapia logopedyczna dorosłych</li> <li>- prowadzenie pracy profilaktycznej i terapeutycznej w celu likwidowania lub zmniejszania zaburzeń mowy i zaburzeń komunikacji językowej</li> <li>- prowadzenie pracy profilaktycznej i terapeutycznej w zakresie czytania i pisania</li> </ul>
12	Dietetyk	<p>praca 40 godzin miesięcznie. Zakres obowiązków:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- opracowanie i weryfikacja planu żywieniowego (dla każdego podopiecznego po 2 analizy)</li> <li>- udzielanie porad/konsultacji dietetycznych z chwilą przyjęcia podopiecznego</li> <li>- opracowywanie wytycznych żywieniowych zgodnie z zaleceniami lekarza oraz pozostałych członków zespołu, które umożliwią Wykonawcy prawidłowe wykonywanie usługi żywienia</li> <li>- przygotowanie jadłospisów dla poszczególnych osób</li> <li>- kontrola i w razie konieczności modyfikacja jadłospisów</li> <li>- kontakt z Wykonawcą realizującym usługi żywienia dla podopiecznych</li> <li>- współpraca z wielodyscyplinarnym zespołem terapeutycznym, w tym udział w naradach zespołu</li> <li>- udzielanie porad w zakresie żywienia podopiecznym i ich</li> </ul>



		rodzinom, również przed wypisem do domu - propagowanie zasad racjonalnego żywienia wśród podopiecznych – edukacja - ocena stanu odżywienia po przyjęciu i przed wypisem podopiecznego - rozpoznawanie niedoborów składników odżywczych oraz form niedożywienia i jednocześnie zapobieganie ich występowaniu, a w razie konieczności prowadzenie procesu leczenia; - prowadzenie dokumentacji podopiecznych.
--	--	---

**Kod CPV: 85141000-9 Usługi świadczone przez personel medyczny**

2. Udzielający zamówienia oferuje zatrudnienie na umowę cywilno-prawną lub samozatrudnienie osób posiadających uprawnienia do świadczenia usług medycznych będących przedmiotem zamówienia.

### §3

#### Okres trwania projektu

Projekt będzie realizowany w okresie od dnia 01.01.2021r. do dnia 31.10.2022r.

### §4

#### Sposób przygotowania ofert

1. Oferta, zgłoszona do konkursu jest przygotowana na koszt Oferenta. Oferta winna być złożona w formie pisemnej, na udostępnionym „Formularzu Ofertowym” wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami i kopiami dokumentów, które stanowią integralną jej część, zgodnie z warunkami określonymi w swko.
2. Oferta oraz wszystkie wymagane załączniki muszą być podpisane a kopie dokumentów potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez osobę/y prawnie umocowane do zaciągania zobowiązań, co winno wynikać z dokumentu potwierdzającego osobowość prawną Oferenta.
3. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
4. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent powinien zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania.
5. Udzielający zamówienia :
  - 1) dopuszcza możliwość składania ofert osobno na każde stanowisko wymienione w §2.
  - 2) zastrzega sobie prawo wyboru więcej niż jednego wykonawcy na stanowiska wymienione w §2.
  - 3) zastrzega sobie możliwość zażądania do wglądu oryginałów dokumentów złożonych z ofertą w formie kopii.
6. Wszystkie składane wraz z ofertą zaświadczenia powinny być ważne i aktualne. W przypadku zaświadczeń wystawionych jako terminowe ich aktualność jest uznana, gdy zawiera się w okresie 6 miesięcy od daty ich wystawienia do dnia otwarcia ofert.
7. Do oferty należy załączyć n/w dokumenty:
  - 1) Curriculum vite (CV dot. osób fizycznych) lub KRS lub CEIDG (dot. osób prawnych).
  - 2) dyplomy i zaświadczenia potwierdzające kwalifikacje zawodowe, prawo wykonywania zawodu.
  - 3) oświadczenie o braku powiązań.
  - 4) klauzula informacyjna RODO

5

## § 5

1. Oferent może zwracać się do Udzielającego zamówienie o wyjaśnienie dotyczące wszelkich wątpliwości związanych z treścią swko i sposobem przygotowania oferty, kierując swoje zapytanie w terminie do dnia **26.11.2020 r.** w formie pisemnej na adres e-mail: [jakimar@spzla-katowice.pl](mailto:jakimar@spzla-katowice.pl)
2. Osobą uprawnioną do kontaktu z oferentami jest Pani Ryszarda Jakima adres e-mail jak wyżej.

## § 6

### Termin i miejsce składania ofert

1. Termin składania ofert upływa **dnia 01.12. 2020 r. o godzinie 10:00.**

2. **Ofertę w formie papierowej wraz z załącznikami** należy złożyć w zamkniętej kopercie, na adres Udzielającego zamówienie tj.: Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia” ul. PCK 1, 40-057 Katowice, z dopiskiem: **„Oferta-Konkurs ofert nr 3/ZP/BK/2020. Nie otwierać do dnia 01.12.2020 r. do godz. 10:10”**

3. Ofertę można złożyć w dni robocze, w godzinach 8:00-14:30 **osobiście** w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia” ul. PCK 1, 40-057 Katowice - kancelaria na parterze lub sekretariat na II piętrze  
lub  
za pośrednictwem poczty na adres: Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia” ul. PCK 1, 40-057 Katowice.

4. O terminie wpływu oferty decyduje data wpływu/dostarczenia dokumentów do Udzielającego zamówienie.

5. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **01.12.2020r. o godzinie 10:10** w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia” ul. PCK 1 40-057 Katowice - Dział Zamówień Publicznych (lokal nad apteką).

6. Oferent związany jest ofertą **30 dni** od dnia upływu terminu składania ofert.

## § 7

### Kryteria oceny ofert

1. Oceny ofert dokona Komisja konkursowa na podstawie przyjętych do oceny ofert n/w kryteriów:  
Cena brutto: 100%

2. Do oceny ofert w kryterium **cena** zostanie zastosowany wzór:  
cena brutto najniższa spośród ocenianych ofert  
Kryterium cena =  $\frac{\text{cena brutto najniższa spośród ocenianych ofert}}{\text{cena brutto ocenianej oferty}} \times 100 \times 100\%$

3. Oferta z najniższą ceną otrzyma 100 pkt. a pozostałe oferty proporcjonalnie mniej.

4. Do oceny ofert w niniejszym postępowaniu Komisja Konkursowa zastosuje kryterium „najniższa cena”. Jeżeli nie można będzie dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że zostały złożone oferty o takiej samej cenie, Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty do złożenia ofert dodatkowych w terminie określonym w w/w piśmie. Wykonawcy składający oferty dodatkowe nie mogą zaoferować cen wyższych niż zaoferowane w złożonych pierwotnie ofertach.

## § 8

### Komisja konkursowa badanie i ocena ofert

1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Udzielający zamówienia powołuje Komisję Konkursową, która działając w oparciu o Regulamin konkursu ofert na wybór wykonawców świadczeń zdrowotnych dokona otwarcia, badania i oceny złożonych w postępowaniu ofert.

2. Komisja Konkursowa dokona oceny ofert na podstawie warunków i kryteriów określonych w swko.

3. **Wykluczenia:** Zamówienie nie może być udzielone podmiotom powiązanim z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Udzielającym zamówienia lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Udzielającego zamówienia lub osobami wykonującymi w imieniu Udzielającego zamówienia czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- 1) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- 2) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- 3) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- 4) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli;
- 5) pozostawaniu z Wykonawcą w stosunku prawnym lub faktycznym mogącym budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności stron tego stosunku.

4. W przypadku stwierdzenia w/w powiązań Oferenta z Zamawiającym Oferent zostanie z postępowania wykluczony a oferta zostanie odrzucona.

5. Udzielający zamówienia **odrzuci** ofertę:

- 1) złożoną przez oferenta po terminie.
- 2) zawierającą nieprawdziwe informacje.
- 3) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają warunków określonych przez Udzielającego zamówienie w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
- 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia.
- 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów.
- 6) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną tj. więcej niż jedną ofertę.
- 7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają warunków określonych w przepisach prawa

W/w odrzucenie oferty nastąpi w przypadkach określonych w art. 149 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

6 W przypadku, gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, **komisja konkursowa wzywa oferenta** do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

7. Udzielający zamówienia **unieważnia** postępowanie, gdy:

- 1) nie wpłynęła żadna oferta.
- 2) odrzucono wszystkie oferty.
- 3) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia może przeznaczyć na sfinansowanie usług..
- 4) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było przewidzieć.
- 5) postępowanie jest obciążone wadą niemożliwą do usunięcia.

8. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęłaby tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynęło więcej ofert.

### § 9

#### Rozstrzygnięcie postępowania

1. Informacja o rozstrzygnięciu konkursu zamieszczona będzie na stronie internetowej [www.spzla-katowice.pl](http://www.spzla-katowice.pl) i wysłana pocztą elektroniczną na wskazany w ofercie adres e-mail, za potwierdzeniem odbioru do oferentów, którzy złożyli oferty.

2. Ogłoszenie, o którym mowa w ust. 1 zawiera nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania / adres Oferentów, którzy w postępowaniu złożyli oferty, oraz przyznaną każdej ofercie ilość punktów obliczoną na podstawie przyjętego do oceny ofert kryterium.

4. W zawiadomieniu wysłanym do Oferenta, którego oferta została wybrana, Udzielający zamówienia określi termin i miejsce podpisania umowy.

### § 10

#### Środki odwoławcze przysługujące oferentowi

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienia zasad przeprowadzenia konkursu, przysługują środki odwoławcze, które są rozpatrywane w trybie określonym w art. 153 i art. 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z zastrzeżeniem, że stroną właściwą do kierowania środkami odwoławczymi jest komisja konkursowa i Dyrektor Udzielającego zamówienia na n/w zasadach:

#### 2. Środki odwoławcze nie przysługują na:

- 1) wybór trybu postępowania.
- 2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy.
- 3) unieważnienie konkursu.

3. W toku konkursu ofert, do czasu zakończenia konkursu, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie **7 dni** od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

4. Do czasu rozpatrzenia protestu konkurs ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.

5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu **7 dni** od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej Udzielającego zamówienia – adres [www.spzla-katowice.pl](http://www.spzla-katowice.pl), zakładka KONKURSY.

8. W przypadku uwzględnienia protestu, Komisja powtarza zaskarżoną czynność.

9. Oferent biorący udział w konkursie ofert może wnieść do Udzielającego zamówienia, w terminie **7 dni** od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.





10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie **7 dni** od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

§ 11

Załączniki do swko nr 3/ZP/BK/2020

1. Formularz ofertowy
2. Oświadczenie o braku powiązań
3. Klauzula informacyjna RODO
4. Projekt umowy

D Y R E K T O R  
mgr Czesława Bryła/Kozdraś

.....  
Podpis Beneficjenta/ Zamawiającego

Marcin Prusatek

ADWOKAT

ZASTĘPCA GŁÓWNEGO  
KSIĘGOWEGO

mgr Sonia Czerw-Szczyńska

Numer ewidencyjny postępowania 3/ZP/BK/2020

Załącznik nr 1 do swko nr 3/ZP/BK/2020

### FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Wykonawcy	
Wpisany do rejestru KRS lub COIDG	
Kontakt tel. / fax, adres e-mail:	
NIP.....; Regon..... KRS..... Kapitał zakładowy .....zł, w przypadku osoby fizycznej PESEL.....	

1. Przystępując do udziału w postępowaniu na wykonywanie usług świadczonych przez personel medyczny w placówce „VITA BENE” ul. Ordona 3 w Katowicach, oferuję wykonywanie usług w niżej wymienionym zakresie:

Część	Stanowisko/specjalista	Cena ofertowa :
1	Lekarz internista	Stawka za 1 konsultację: brutto ..... zł, słownie..... zł
2	Lekarz neurolog	Stawka za 1 konsultację: brutto ..... zł, słownie..... zł
3	Lekarz kardiolog	Stawka za 1 konsultację: brutto ..... zł, słownie..... zł
4	Lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej	Stawka za 1 godzinę (60 min) brutto ..... zł, słownie..... zł
5	Lekarz geriatra	Stawka za 1 konsultację: brutto ..... zł, słownie..... zł
6	Pielęgniarka	Stawka za dyżur 12 godzinny brutto .....zł, słownie..... zł
7	Fizjoterapeuta	Stawka za 1 godzinę (60 min) brutto ..... zł, słownie..... zł
8	Masażysta	Stawka za 1 godzinę (60 min) brutto ..... zł, słownie..... zł
9	Terapeuta zajęciowy	Stawka za 1 godzinę (60 min) brutto ..... zł, słownie..... zł
10	Psycholog	Stawka za 1 godzinę (60 min) brutto ..... zł, słownie..... zł
11	Logopeda	Stawka za 1 godzinę (60 min) brutto ..... zł, słownie..... zł
12	Dietetyk	Stawka za 1 godzinę (60 min) brutto ..... zł, słownie..... zł

\*skreślić jeżeli oferta nie dotyczy

2. Oświadczam, że zapoznałem/am się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert ogłoszonego przez Dyrektora SPZLA w Katowicach „Moja Przychodnia” na usługi świadczone przez personel medyczny w placówce VITA BENE oraz, że nie wnoszę do nich zastrzeżeń.



3. Niniejszym oświadczam, że:

- posiadam uprawnienia do prowadzenia działalności zgodne w wszelkimi obowiązującymi przepisami prawa.
- posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania zamówienia.
- znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.

4. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się dostarczyć Zamawiającemu n/w dokumenty:

- 1) zaświadczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do pracy (braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na oferowanym przeze mnie stanowisku pracy).
- 2) kopię ważnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej potwierdzoną przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

5. Oświadczam że poddam się kontroli dokonywanej przez uprawnione podmioty i umożliwię wgląd do prowadzonych przeze mnie dokumentów związanych z realizacją niniejszego zamówienia.

6. Oświadczam, że akceptuję **projekt umowy** stanowiący **załącznik nr 4 do swko** i w przypadku wyboru mojej oferty będę wykonywać usługi zdrowotne zgodnie z postanowieniami zawartymi w tej umowie.

7. Oświadczam, że wszystkie złożone wraz z ofertą dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SPZLA w Katowicach „Moja Przychodnia” dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

9. Oświadczam, że oferta **zawiera/ nie zawiera\*** informacje/i, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą one być ogólnie udostępniane przez Udzielającego zamówienie.

\* jeżeli nie dotyczy należy skreślić

10. Uważam się związanym niniejszą ofertą przez **okres 30 dni licząc** od dnia upływu terminu składania ofert.

11. Oferta zawiera.....stron

12. Załączniki do formularza ofertowego stanowią n/w dokumenty:

- 1) Curriculum vite (CV dotyczy osób fizycznych) lub zaświadczenie o wpisie do KRS lub CEIDG (dotyczy osób prawnych).
- 2) dyplomy i zaświadczenia potwierdzające kwalifikacje zawodowe, prawo wykonywania zawodu.
- 3) oświadczenie o braku powiązań.
- 4) klauzula informacyjna RODO

.....  
Data, podpis i pieczęć oferenta



Załącznik nr 2 do swko nr 3/ZP/BK/2020

## OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Przystępując do udziału w postępowaniu na wykonywanie usług świadczonych przez personel medyczny w placówce „VITA BENE” ul. Ordona 3 w Katowicach,

Ja, niżej podpisany(a) .....

reprezentując firmę .....

oświadczam, że

**jestem / nie jestem\*** powiązany osobowo lub kapitałowo z Udzielającym zamówienie.

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Udzielającym zamówienie lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Udzielającego zamówienie lub osobami wykonującymi w imieniu Udzielającego zamówienie czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli;
- pozostawaniu z Wykonawcą w stosunku prawnym lub faktycznym mogącym budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności stron tego stosunku.

.....  
Data, podpis i pieczęć oferenta

Załącznik nr 3 do swko nr 3/ZP/BK/2020

**KLAUZULA INFORMACYJNA z art. 13 RODO  
w celu związanym z postępowaniem – 3/ZP/BK/2020**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że: administratorem Pani/Pana danych osobowych jest / **Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia” ul. PCK 1, 40-057 Katowice zwany dalej SPZLA.** Tel. 32/ 2595130.

Inspektorem ochrony danych osobowych w / Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach / jest Pan *Artur Kłos*, kontakt: *ido.katowice@gmail.com*

Dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do prowadzenia ewidencji przebiegu współpracy, dokonywania płatności na podstawie wystawianych faktur w zakresie samozatrudnionych (kontrakty).

**Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:** Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (podstawa prawna z art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy (podstawa prawna z art. 6 ust. 1 lit. b RODO).

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1025, z późn. zm.), ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t. j. Dz. U. z 2018, poz. 617), ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2018, poz. 123), ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2195), ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t. j. Dz. U. z 2018, poz. 505), ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (t. j. Dz. U. z 2001 r., Nr 73, poz. 763, z późn. zm.) oraz inne akty prawne w zakresie prowadzenia ewidencji przebiegu współpracy samozatrudnionych (kontrakty).

**Informacje o odbiorcach danych osobowych:** Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są banki, urzędy skarbowe, ZUS, a także podmioty przetwarzające (podmioty, którym powierzono przetwarzanie danych osobowych w zakresie usługi serwisowej modułu kadrowo-płacowego).

**Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:** Dane osobowe samozatrudnionych (kontrakty) są przechowywane przez okres 10 lat zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt dla SPZLA w Katowicach „Moja Przychodnia” oraz dla potrzeb odpowiedzialności z tytułu udzielonych świadczeń zdrowotnych, w związku z art. 33 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 oraz art. 442 (1) Kodeksu cywilnego – 10 lat od zakończenia realizacji umowy).

**Uprawnienia z art. 15-21 RODO:** Przysługują Pani/Panu prawa do żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.

**Prawo do wniesienia skargi:** Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO.

**Obowiązek podania danych:** Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i umownym. Brak podania niniejszych danych uniemożliwi realizację celu związanego z prowadzeniem ewidencji przebiegu współpracy samozatrudnionych (kontrakty).

**Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji :** Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

.....  
Data, podpis i pieczęć oferenta