

Sanok, 2018-12-04

**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 (w oparciu o Zarządzenie Nr 122/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 grudnia 2017 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 01.01.2019 r. do 31.12.2021 r.

**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 07.12.2018 r. do godz. 10.00 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 07.12.2018 r. o godzinie **10.00** w Sekretariacie SPMZPOZ w Sanoku.

Konkurs będzie rozstrzygnięty w dniu 07.12.2018 r.

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 do dnia rozstrzygnięcia postępowania.

W terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wyniku konkursu, oferent ma prawo złożyć umotywowany protest.

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 w procentach wysokość stawki kapitałowej płaconej przez NFZ/
- .....
5. Proponowany czas trwania umowy:.....
6. Zobowiązuję się do solidarnego pełnienia zastępstw za nieobecnych w danej placówce lekarzy, niezależnie od formy zatrudnienia.
7. Inne informacje .....
8. Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie ..... ponumerowanych i spiętych stron.

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

.....  
*podpis i pieczętka 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 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011r. Nr 293, poz. 1729),
- 4) dokumentacja potwierdzająca posiadanie kwalifikacji niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

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

.....  
*podpis i pieczętka 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 12 lipca 2018 r. zmieniające rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2015, poz. 1400),
2. znana jest mi treść Zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu nr 122/2017/DSOZ z dnia 15 grudnia 2017 r., 100/2018/DSOZ z dnia 26 września 2018 r., 101/2018/DSOZ z dnia 28 września 2018r.,
3. znana mi jest treść umowy na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie lekarz POZ,
4. posiadam(y) uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia,
5. 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/*