

MCS/ZP/2214-11/2019

## **WARUNKI KONKURSU OFERT**

**W SPRAWIE ZAWARCIA UMOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH PRZEZ PIEŁĘGNIARKI/PIEŁĘGNIARZY  
W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO  
I INTENSYWNEJ OPIEKI W PORADNI CHIRURGII  
STOMATOLOGICZNEJ I PERIODONTOLOGII DLA PACJENTÓW  
MAZOWIECKIEGO CENTRUM STOMATOLOGII  
SP. Z O.O. W WARSZAWIE - W SOBOTY**

Podstawy prawne:

- 1) *ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,*
- 2) *ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,*
- 3) *Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 22.12.2011 r.*

1. Udzielający zamówienia:

Mazowieckie Centrum Stomatologii Spółka z o.o. w Warszawie, 00-301 Warszawa, ul. Nowy Zjazd 1, NIP: 5252465327; REGON: 142049482; tel. 22 556 93 00, fax. 22 556 94 03, www// [mcs-przychodnia.pl](http://mcs-przychodnia.pl), adres e-mail: [sekretariat@mcs-przychodnia.pl](mailto:sekretariat@mcs-przychodnia.pl)

2. Przedmiotem konkursu ofert jest zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki / pielęgniarzy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki w Poradni Chirurgii Stomatologicznej i Periodontologii dla pacjentów Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie - **udzielanie świadczeń zdrowotnych w soboty**

3. O zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych mogą ubiegać się Przyjmujący Zamówienie, którzy spełniają następujące warunki:

- 1) posiadają uprawnienia niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych;
- 2) spełniają i przyjmują kryteria określone w niniejszych Warunkach konkursu ofert oraz we wzorze umowy;
- 3) ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarkę, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki;
- 4) posiadają umowę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 22.12.2011 r.*;
- 5) posiadają aktualne, właściwe terytorialnie prawo wykonywania zawodu pielęgniarki;
- 6) prowadzą działalność gospodarczą;
- 7) posiadają doświadczenie zawodowe w zakresie wykonywania pielęgniarstkich świadczeń zdrowotnych w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki anestezyjologii – minimum 5 lat;
- 8) posiadają aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza medycyny pracy;
- 9) posiadają aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia z zakresu BHP.

4. Przyjmujący zamówienie może złożyć jedną ofertę.

5. Zakres świadczeń zdrowotnych: - **ok. 48 godzin w miesiącu** - zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienia (całkowita pula godzin w miesiącu)

6. Czas obowiązywania umowy: **36 miesięcy od dnia podpisania umowy.**

7. Rozpoczęcie świadczeń: **wrzesień 2019 r.**

8. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Kierownik Udzielającego zamówienia powołał Komisję konkursową.

9. Komisja konkursowa odrzuci oferty w przypadkach określonych w przepisie art. 149 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.*

10. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła 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 wpłynie więcej ofert.

11. Kierownik Udzielającego Zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne na podstawie art. 150 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
12. Przyjmującym Zamówienie, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia zasad postępowania w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w art. 153 i 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
13. Kryteria oceny ofert – Komisja konkursowa dokona wyboru **najkorzystniejszej oferty lub ofert** biorąc pod uwagę następujące kryteria:
  - 1) spełnianie warunków określonych w pkt 3 „Warunków Konkursu Ofert”,
  - 2) najkorzystniejsza (najniższa) cena za 1 godzinę brutto w pln

$$W = 100 \text{ pkt} \times \frac{\text{najniższa cena wśród złożonych ofert}}{\text{wartość procentu danego oferenta}}$$

proponowana cena nie może być wyższa niż 50,00 pln

**Sposób obliczania punktów:**

**Oferta może uzyskać maksymalnie 100 punktów**

W - wartość całej oferty

14. Sposób obliczania wynagrodzenia za wykonane świadczenia zdrowotne - wynagrodzenie godzinowe obliczone jako iloczyn liczby godzin świadczenia usług w miesiącu i oferowanej kwoty brutto za 1 godzinę.
15. Rozstrzygnięcie postępowania
  - 1) Udzielający zamówienia wyłoni Oferenta/Oferentów, których oferta odpowiada wszystkim wymaganiom przedstawionym w WKO oraz przedstawia najkorzystniejszą ofertę, wg podanych kryteriów;
  - 2) komisja w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia korzystniejszej ceny za udzielane świadczenia zdrowotne;
  - 3) do negocjacji zaprasza się Oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru. Komisja przeprowadzi negocjacje co najmniej z dwoma Oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Dopuszczalne są również negocjacje z jednym Oferentem, o ile w konkursie złożono jedną ofertę;
  - 4) do negocjacji kwalifikuje się Oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów konkursowych.
  - 5) przed dokonaniem wyboru komisja może rozszerzyć listę Oferentów zaproszonych do negocjacji;
  - 6) komisja konkursowa dokumentuje przebieg negocjacji z Oferentami w protokole z negocjacji;
  - 7) ustalenie w procesie negocjacji ceny nie oznacza dokonania wyboru Oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy;
  - 8) Udzielający zamówienia zastrzega możliwość wybrania kilku ofert, o największej uzyskanej punktacji, o ile cena ofert nie przekracza kwoty, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na realizację zamówienia, celem zakontraktowania całkowitej puli godzin.
16. W toku postępowania, do czasu zakończenia postępowania, Przyjmujący zamówienie może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
17. Udzielający zamówienia rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłosi niezwłocznie na swojej stronie internetowej oraz na tablicy ogłoszeń, a także przekaże w formie określonej w pkt 25 Warunków Konkursu Ofert wszystkim uczestnikom konkursu ofert.

18. W ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o rozstrzygnięciu konkursu oferent biorący udział w postępowaniu może złożyć do Zarządu Spółki umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu.
- 1) Podpisanie umowy / umów nastąpi w miejscu i czasie określonym przez Udzielającego zamówienia, w jego siedzibie.
  - 2) Przed podpisaniem umowy Oferent winien złożyć dodatkowo następujące dokumenty:
    - kopię zaświadczenia lekarskiego o zdolności do pracy;
    - kopię zaświadczenia o przeszkoleniu BHP;
    - kopię polisy OC, jeżeli nie została złożona w ofercie konkursowej.
19. Do umów na świadczenia zdrowotne stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.
20. Składanie ofert:
- 1) ofertę należy złożyć w formie pisemnej w zamkniętej kopercie pod rygorem nieważności.

**Kopertę należy zaadresować wg wzoru:**

<p>KONKURS W SPRAWIE ZAWARCIA UMOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PIEŁĘGNIARKI/PIEŁĘGNIARZY W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI ANESTEZJOLOGII W PORADNI CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ I PERIODONTOLOGII DLA PACJENTÓW MAZOWIECKIEGO CENTRUM STOMATOLOGII SP. Z O.O. W WARSZAWIE „Nr ref. KO/11/19”</p> <p>NIE OTWIERAĆ PRZED DNIEM .....2019 r. GODZ: 13:00</p>
--

21. **Miejsce i termin składania ofert:**

Ofertę należy złożyć w Sekretariacie pokój 321 Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie **do dnia .....2019 r. do godz. 12:30.**

Otwarcie ofert nastąpi **w dniu .....2019 r. o godz. 13:00** w siedzibie Udzielającego Zamówienia w sali Wykładowej III piętro p. 326.

**Okres związania ofertą wynosi 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.**

22. Ofertę należy złożyć na formularzu ofertowym wg załączonego wzoru – Formularz oferty (załączniki nr 1) oraz pozostałymi dokumentami wymienionymi w pkt 23. Oferta winna być napisana w języku polskim w sposób czytelny, wszystkie strony oferty muszą być podpisane przez osobę uprawnioną do reprezentowania Przyjmującego zamówienie.

23. **Oferta musi zawierać:**

- 1) Formularz oferty (załącznik nr 1.) - złożony w oryginale;
- 2) Kopia prawa wykonywania zawodu ;
- 3) Kopia dyplomu ukończenia szkoły średniej medycznej lub studiów w zakresie pielęgniarstwa;
- 4) Kopia dokumentu potwierdzającego uzyskane kwalifikacje zawodowe;
- 5) Kopia polisy lub pisemne zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej – stosownie do przepisów;
- 6) Oświadczenie o doświadczeniu zawodowym w zakresie wykonywania pielęgniarstwa świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii z podaniem czasu i miejsc tej współpracy – minimum 5 lat - złożone w oryginale;

24. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie przekazywać będą w formie pisemnej lub pocztą elektroniczną.

25. Informacji o przedmiocie konkursu ofert udzielają: w godz. 8:00-16:00 w kwestiach merytorycznych Dyrektor ds. Medycznych tel. 22 55 69 400 w kwestiach formalnych Zespół Zamówień Publicznych tel. 22 556 94 30 [zamowienia@mcs-przychodnia.pl](mailto:zamowienia@mcs-przychodnia.pl)
26. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert bez podania przyczyny.
27. 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:
- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Mazowieckie Centrum Stomatologii Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie 00-301 Warszawa ul. Nowy Zjazd 1, centrala: (022) 556 93 00, sekretariat: (022) 556 94 00, fax (022) 556 94 03, [www.mcs-przychodnia.pl](http://www.mcs-przychodnia.pl), e-mail: [sekretariat@mcs-przychodnia.pl](mailto:sekretariat@mcs-przychodnia.pl)
  - 2) inspektorem ochrony danych osobowych w Mazowieckim Centrum Stomatologii Sp. z o.o. jest Pani Iga Papińska, adres e-mail - [iod@mcs-przychodnia.pl](mailto:iod@mcs-przychodnia.pl), telefon: 22 55 69 400;
  - 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z konkursem ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych (**nr ref. sprawy: KO/11/19**);
  - 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja konkursowa w oparciu o *art. 135 ust. 1 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*;
  - 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, przez okres 5 lat od dnia zakończenia konkursu ofert, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 5 lat, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
  - 4) obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach: *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, związanym z udziałem w konkursie ofert;
  - 6) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
  - 7) posiada Pani/Pan:
    - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
    - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
    - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
    - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
  - 8) nie przysługuje Pani/Panu:
    - w związku z art. 17 ust. 3 lit. d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
    - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
    - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
28. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Konkursu Ofert mają zastosowanie przepisy:
- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,

- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych,
- 3) Kodeksu cywilnego.

29. Warunki Konkursu Ofert zawierają następujące załączniki:

- 1) Formularz oferty - **Załącznik nr 1.**
- 2) Oświadczenie o zatrudnieniu - **Załącznik nr 2.**
- 3) Projekt umowy - **Załącznik nr 3.**

.....  
Przewodniczący Komisji Konkursowej

.....  
Sekretarz Komisji

## Załącznik nr 1 do WKO i UMOWY

.....  
(nazwa Przyjmującego Zamówienie)

### FORMULARZ OFERTY

#### OFERTA

Ja ,

Imię i nazwisko osoby Przyjmującej Zamówienie

działając w imieniu i na rzecz Przyjmującego zamówienie:

Nazwa Przyjmującego zamówienie	
Adres	
NIP	
REGON	
Nr telefonu	
Nr fax	
e-mail	

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na **świadczenia zdrowotne wykonywane przez pielęgniarki/pielęgniarzy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki - w soboty** na rzecz „Mazowieckiego Centrum Stomatologii” Sp. z o. w Warszawie (nr ref. sprawy: KO/11/19), składam ofertę i:

1. Zobowiązuję się do realizacji świadczeń zgodnie z warunkami konkursu ofert.
2. Wartość oferty określám na:  
..... cena za 1 godzinę brutto w pln - proponowana cena nie może być wyższa niż  
**50,00 pln**
3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu, projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam niezbędne informacje do przygotowania oferty.
4. Jestem uprawniony/-na do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
5. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania świadczeń zdrowotnych oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do ich wykonywania.

6. Oświadczam, że złożona oferta odpowiada warunkom konkursu i jest ważna przez okres związania ofertą wynoszący **30 dni** od daty upływu terminu składania ofert.
7. Wyrażam zgodę na podpisanie umowy na okres : 36 miesięcy od dnia podpisania umowy.
8. Zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy od września 2019 r.

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....

Data .....

.....

/Podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie/



.....  
 /pieczęć lub nazwa Przyjmującego zamówienie /

....., dnia.....2019 r.

## OŚWIADCZENIE

Upředzona(-y) o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania oświadczam, że w ostatnich **5. latach**, licząc od daty złożenia oferty w przedmiotowym konkursie **wykonywałam(-em) należycie**, zgodnie z obowiązującą(-ymi) umową(-ami) **świadczenia zdrowotne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki** w następującym(-ch) podmiocie(-ach) leczniczym(-ych):

Lp.	Opis
1.	Nazwa podmiotu leczniczego: ..... Okres realizacji świadczenia: .....
2.	Nazwa podmiotu leczniczego: ..... Okres realizacji świadczenia: .....
3.	Nazwa podmiotu leczniczego: ..... Okres realizacji świadczenia: .....

.....  
 /Podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie/