

MCS/ZP/2214-12/2025

(podpis i pieczęć Kierownika Udzielającego Zamówienia)

WARUNKI KONKURSU OFERT

W SPRAWIE ZAWARCIA UMOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE ORTODONCJI PRZEZ LEKARZA DENTYSTĘ W PORADNI ORTODONCJI SPÓŁKI NA RZECZ PACJENTÓW MAZOWIECKIEGO CENTRUM STOMATOLOGII SP. Z O. O. W WARSZAWIE.

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, adres e-mail: sekretariat@mcs-przychodnia.pl

2. Przedmiotem konkursu ofert jest zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ortodoncji przez lekarza dentystę w Poradni Ortodoncji Spółki na rzecz pacjentów Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie.
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) posiadają aktualne, właściwe terytorialnie prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty;
 - 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) prowadzą działalność gospodarczą;
 - 6) posiadają doświadczenie zawodowe w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia ortodontycznego – minimum 5 lat;
 - 7) posiadają zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego: Kartoteka karna i Kartoteka nieletnich.
4. Przyjmujący Zamówienie może złożyć tylko jedną ofertę, złożenie dwóch ofert spowoduje ich odrzucenie.
5. Zakres świadczeń zdrowotnych: leczenie stomatologiczne – szacunkowa liczba pacjentów w ok. 100 osób miesięcznie.
6. Czas obowiązywania umowy: 36 miesięcy od dnia podpisania umowy.
7. Rozpoczęcie świadczeń: styczeń 2026 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 2011r. o działalności leczniczej.*
13. Kryteria oceny ofert – Komisja konkursowa dokona wyboru **najkorzystniejszej oferty** biorąc pod uwagę następujące kryteria:

- 1) spełnianie warunków określonych w pkt. 3 Warunków konkursu ofert,

Poza kontraktem z NFZ

- 1) najkorzystniejsza (najniższa) stawka procentowa dla udzielanych świadczeń zdrowotnych za wykonane świadczenia komercyjne, naliczana od kwot zawartych w aktualnym cenniku Udzielającego Zamówienia (bez udziału kosztów Udzielającego Zamówienia) w sposób obiektywny zgodnie ze wzorem, max 50 pkt:

$$W3 = \frac{50 \text{ pkt} \times \text{najniższa wartość procentu wśród złożonych ofert}}{\text{wartość procentu danego oferenta}}$$

proponowany udział procentowy nie może być wyższy niż: **42,00%**

- 2) najkorzystniejsza (najniższa) stawka procentowa dla udzielanych świadczeń zdrowotnych za wykonane świadczenia komercyjne, naliczana od kwot zawartych w aktualnym cenniku Udzielającego Zamówienia (pomniejszona o koszty Udzielającego zamówienia) w sposób obiektywny zgodnie ze wzorem, max 50 pkt:

$$W4 = \frac{50 \text{ pkt} \times \text{najniższa wartość procentu wśród złożonych ofert}}{\text{wartość procentu danego oferenta}}$$

proponowany udział procentowy nie może być wyższy niż: **49,00%**

14. Sposób obliczania punktów:

$$W_o = W_1 + W_2$$

Oferta może uzyskać maksymalnie 100%

W_o wartość całej oferty

W₁ – wartość oferty w ramach NFZ bez udziału kosztów Udzielającego zamówienia

W₂ – wartość oferty w ramach NFZ pomniejszona o koszty Udzielającego zamówienia

W1 - dla świadczeń zdrowotnych bez udziału kosztów Udzielającego Zamówienia wg. wzoru

$$C_2 \times n\% = W_1$$

C₂ – cena procedury z cennika

n% - zaoferowana stawka procentowa

W₁ – wycena świadczenia

W2 - dla świadczeń zdrowotnych z udziałem kosztów Udzielającego Zamówienia wg. wzoru

$$(C_2 \times n\%) - K_z = W_2$$

C₂ – cena procedury z cennika

n% - zaoferowana stawka procentowa

K_z – koszt Udzielającego Zamówienia

W₂ – wycena świadczenia

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 niejawniej 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 zabezpieczenia realizacji kontraktu oraz świadczeń komercyjnych.
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 prześle na adresy poczty elektronicznej wszystkim uczestnikom konkursu ofert.
 18. Udzielający zamówienia zawrze umowę z Przyjmującym zamówienie, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą.
 - 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:

ofertę należy złożyć w formie pisemnej w zamkniętej kopercie pod rygorem nieważności, na kopercie kandydat umieszcza swoje imię i nazwisko.

Kopertę należy zaadresować wg wzoru:

KONKURS W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA DENTYSTĘ W PORADNI ORTODONCJI W DLA PACJENTÓW MAZOWIECKIEGO CENTRUM STOMATOLOGII SP. Z O.O. W WARSZAWIE „Nr ref. KO/12/25”

NIE OTWIERAĆ PRZED DNIEM 11.12.2025 r. GODZ: 13:00

21. Miejsce i termin składania ofert:

Ofertę należy złożyć w Sekretariacie pokój 321 Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie **do dnia 11.12.2025 r. do godz. 12:30.**

Otwarcie ofert nastąpi **w dniu 11.12.2025 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 lekarza dentysty;
- 3) Kopia dyplomu ukończenia studiów o kierunku lekarsko-dentystycznym;
- 4) Kopia polisy lub pisemne zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej – stosownie do przepisów;
- 5) Oświadczenie o zatrudnieniu - Załącznik nr 3.
- 6) Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego: Kartoteka karna i Kartoteka nieletnich.

Dokumenty, o których mowa w pkt 2-5 można złożyć w formie kopii poświadczonych „za zgodność z oryginałem” przez Przyjmującego Zamówienie lub osobę uprawnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie.

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
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, e-mail: sekretariat@mcs-przychodnia.pl
 - 2) inspektorem ochrony danych osobowych w Mazowieckim Centrum Stomatologii Sp. z o.o. jest Pani Iga Paplińska, adres e-mail - 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/12/25**);
 - 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) Załącznik nr 1 - Formularz oferty
- 2) Załącznik nr 2 - Projekt umowy na świadczenia zdrowotne
- 3) Załącznik nr 3 - Oświadczenie o doświadczeniu

Załącznik nr 1 do WKO i UMOWY

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	
e-mail	

1. Zobowiązuję się do realizacji lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie ortodoncji w Poradni Ortodoncji dla pacjentów „Mazowieckiego Centrum Stomatologii” Sp. z o. w Warszawie zgodnie z warunkami konkursu ofert.
2. Wartość oferty (odpowiednio dla wybranego rodzaju świadczeń) określam na:
 - 1)% od ceny zrealizowanego świadczenia zgodnie z aktualnym cennikiem Udzielającego Zamówienia za świadczenia nie refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia – **(wartość nie może być wyższa niż 42,00%)**
 - 2)% od ceny zrealizowanego świadczenia zgodnie z aktualnym cennikiem Udzielającego Zamówienia **pomniejszonej o koszty Udzielającego Zamówienie** za świadczenia nie refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia – **(wartość nie może być wyższa niż 49,00%)**
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 miesięczny od dnia podpisania umowy.
8. Zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy od stycznia 2026 r.

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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

Data

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

Załącznik nr 3 do WKO/12/25

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

....., dnia.....2025 r.

OŚWIADCZENIE

Uprzedzona(-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** zakresie ortodoncji jako lekarz dentysta 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/