

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

w Pruszkowie ul. Armii Krajowej 2/4

www.szpitalnawrzesinie.pl

OGŁOSZENIE z dnia 21 kwietnia 2020 roku o Nr DSP – 114/2020

Dyrektor Samodzielnego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie ogłasza konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- **specjalista chirurgii** (ordynacja i/lub dyżury medyczne w Oddziale Chirurgicznym.)
- **lekarz w trakcie specjalizacji chirurgicznej** (ordynacja i/lub dyżury medyczne w Oddziale Chirurgicznym.)

wraz z zaproszeniem do składania ofert .

Ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami o przedmiocie konkursu można zapoznać się w Dziale Służb Pracowniczych (budynek Dyrekcji) w godzinach 8:00-14.00 od poniedziałku do piątku, nr tel. (22) 75-88-295, (22) 75-86-054 wew. 263 lub na stronie internetowej www.szpitalnawrzesinie.pl w zakładce Konkursy.

Oferty należy składać na formularzu „OFERTA” (załącznik do SWKO) w zamkniętych kopertach z podaniem adresu do korespondencji (wraz z numerem telefonu kontaktowego) oznaczone sygnaturą konkursu: „**Konkurs – specjalista chirurgii/ lekarz w trakcie specjalizacji chirurgicznej w terminie do dnia 27 kwietnia 2020 roku**”, do godziny 14:00 w Sekretariacie Szpitala SPZZOZ (w budynku Dyrekcji - piętro I) lub przesłać pocztą do **dnia 27 kwietnia 2020 roku** na adres Szpitala.

Otwarcie ofert na w/w zakresy w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych nastąpi w dniu **29 kwietnia 2020 roku o godzinie 11.00** w Dziale Służb Pracowniczych (w budynku Dyrekcji).

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 5 maja 2020 roku** poprzez wywieszenie wyników na tablicy ogłoszeń w siedzibie Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie, oraz umieszczenie informacji na stronie internetowej www.szpitalnawrzesinie.pl /zakładka: Konkursy.

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie, ul. Armii Krajowej 2/4, 05-800 Pruszków, który reprezentuje Dyrektor.
2. Zbierane dane osobowe są przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku (Dz.U.2018 poz. 1000.) oraz Rozporządzeniem Ogólnym RODO w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawienia.
3. Zgromadzone dane osobowe nie będą przekazywane innym odbiorcą i wykorzystane wyłącznie w celu niniejszej rekrutacji.
4. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie w wyjątkowych sytuacjach i bez podania przyczyny zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu w każdym czasie lub wydłużenia terminu składania ofert oraz zmiany terminu ogłoszenia wyników o rozstrzygnięciu konkursu. Każdorazowo informacja o zmianie, o której mowa powyżej będzie umieszczona w formie komunikatu na stronie internetowej www.szpitalnawrzesinie.pl oraz na tablicy ogłoszeń.

Z-ca DYREKTORA
DS. LECZNICTWA
SPZZOZ PRUSZKOWIE

dr med. Krzysztof Pastuska

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie
ul. Armii Krajowej 2/4 | 05-800 Pruszków | tel. 22 758 80 02 | fax: 22 728 71 38

www.szpitalnawrzesinie.pl

Wykonał: J.Malczak

SZCZEGÓLNE WARUNKI KONKURSU OFERT

z dnia 21 kwietnia 2020 roku, zwane dalej „SWKO” na świadczenia zdrowotne w zakresie:

- **specjalista chirurgii** (ordynacja i/lub dyżury medyczne w Oddziale Chirurgicznym.)
- **lekarz w trakcie specjalizacji chirurgicznej** (ordynacja i/lub dyżury medyczne w Oddziale Chirurgicznym.)

I. Informacja ogólna

Organizatorem Konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie, zwany dalej: Udzielającym Zamówienie.

II. Podstawa prawna

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638) oraz ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135, ze zm.)

III. Przedmiot konkursu

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania świadczeń:
 - **specjalista chirurgii** (ordynacja i/lub dyżury medyczne w Oddziale Chirurgicznym.)
 - **lekarz w trakcie specjalizacji chirurgicznej** (ordynacja i/lub dyżury medyczne w Oddziale Chirurgicznym.)
2. Okres udzielania świadczeń – 24 miesięcy od dnia podpisania umowy.
3. Ilość świadczeń zdrowotnych – szacunkowa ilość godzin w miesiącu:
 - a. **min. 100 godzin;**
 - b. **min. 160 godzin.****Oferent zobowiązany będzie do realizacji ilości zadeklarowanych godzin w każdym miesiącu.**

IV. Wymagania ogólne stawiane Przyjmującemu zamówienie:

1. Do udziału w postępowaniu konkursowym dopuszcza się Oferentów, którzy spełniają następujące warunki:
 1. są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, posiadają nadany numer REGON i NIP,
 2. posiadają kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń objętych przedmiotem konkursu w zakresie wskazanym w ofercie,
 3. posiadają uprawnienia niezbędne do wykonania usług objętych przedmiotem konkursu, w tym czynne prawo wykonywania zawodu,
 4. posiadają ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami w tym zakresie, i będą posiadali ubezpieczenie na cały okres trwania umowy;
 5. posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie zgodnie z wymaganiami konkursu.
2. Dokumenty, które należy złożyć w celu potwierdzenia spełniania wymaganych i ocenianych warunków:

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestrów: praktyk lekarskich, wpisu do CEIDG/KRS
2. Kserokopie dyplomów
3. Kserokopie prawa wykonywania zawodu
4. Kserokopia polisy OC lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy
5. Kserokopie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy.
6. Kserokopie aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetyczne.
7. Oświadczenie o niekaralności za przestępstwa zawodowe i umyślne – dostarczyć nie później niż w dniu podpisania umowy.
8. „Formularz Ofert”- wypełniony i podpisany przez Oferenta lub upoważnioną osobę do reprezentowania Oferenta. Druk na udostępnionym przez Udzielającego zamówienie – do pobrania ze strony internetowej Konkursy lub w Dziale Służb Pracowniczych w Budynku Dyrekcji (od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 14.00),
9. Pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu Przyjmującego zamówienie, w szczególności do złożenia oferty, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania Przyjmującego zamówienie wynika z przedstawionych dokumentów.

Wszystkie kserokopie należy poświadczyć za zgodność z oryginałem.

3. Sposób przygotowania oferty określono w Regulaminie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

V. Wymagania szczegółowe stawiane Przyjmującemu zamówienie:

- 1) posiadanie czynnego prawa wykonywania zawodu lekarza bez ograniczeń.
- 2) zakres świadczeń:
 - **specjalista chirurgii** (ordynacja i/lub dyżury medyczne w Oddziale Chirurgicznym.)
 - **lekarz w trakcie specjalizacji chirurgicznej** (ordynacja i/lub dyżury medyczne w Oddziale Chirurgicznym.)

VI. Suma gwarancyjna ubezpieczenia

1. Suma gwarancyjna ubezpieczenia nie może być niższa niż równowartość 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, tj. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2015r. poz. 618 z późn. zm.) oraz rozporządzenie MF z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293,poz.1729).

2. Kwoty, o których mowa w pkt.1 są ustalane przy zastosowaniu średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC zostaje zawarta.

VII. Kryteria oceny złożonych ofert


1. Cena za jedną godzinę: 100 % (wyrażona w złotych polskich)
2. Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta z najwyższą ceną

VIII. Umowy, terminy i warunki płatności

1. Umowa zostanie zawarta na okres 24 miesięcy od dnia podpisania umowy.
2. Zapłata za usługi realizowana będzie przelewem na konto wskazane przez „Przyjmującego zamówienie” w terminie maksymalnie do 30 dni od daty złożenia prawidłowo sporządzonej faktury wystawionej do 5 dnia następnego miesiąca, za świadczenia wykonane w miesiącu poprzednim.
Faktura musi zawierać rodzaj i ilość udzielonych świadczeń i musi zostać zatwierdzona przez Z-cę Dyrektora ds. leczenia.

IX. Pozostałe warunki

1. Z materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu, w tym z projektami umów można zapoznać się w Dziale Służb Pracowniczych (budynek Dyrekcji), w godzinach 8:00-14.00 od poniedziałku do piątku, nr tel. (22) 75-88-295, (22) 75-86-054 wew.263
2. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu w całości lub odwołania konkursu w poszczególnych zakresach – w każdym czasie, lub przesunięcia terminów składania lub otwarcia ofert, bądź terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert, bez podania przyczyny.
3. Oferta powinna spełniać wymagania określone w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert, dostępnego na stronie www.szpitalnawrzesinie.pl.

Z-ca DYREKTORA
DS. LECZNICTWA
SPZZOZ PRUSZKOWIE

dr n. med. Krzysztof Pastewka

.....
/pieczęć oferenta/

Oświadczenie Oferenta

1. Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i warunkami konkurs oraz projektem umowy.
2. Nie posiadam zaległości w opłatach ZUS i US.
3. Zatrudniony personel posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe, a sytuacja ekonomiczna gwarantuje należyte wykonanie świadczeń objętych niniejszym konkursem.
4. Spełniam aktualnie obowiązujące wymogi NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.
5. Nie korzystam z usług podwykonawców przy wykonywaniu świadczeń (nie zlecam opisu badań zewnętrznej pracowni).
6. Znany jest mi termin związania ofertą (30 dni od daty upływu terminu składania ofert).
7. Wymienione w ofercie i warunkach szczegółowych konkursu warunki zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w terminie 30 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
8. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obowiązujących szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ z zakresu właściwego przedmiotu umowy.
9. Zobowiązuję się do przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, z zachowaniem obowiązujących przepisów w tym zakresie.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie, administrowanie, archiwizowanie danych osobowych w związku z postępowaniem konkursowym i w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń będących przedmiotem konkursu zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.).

.....
data i podpis oferenta/pełnomocnika

ZAKRES OBOWIĄZKÓW I ODPOWIEDZIALNOŚCI

związanych z przetwarzaniem danych osobowych w zakresie ochrony danych osobowych
"Przyjmujący zamówienie"

W związku z udzielonym upoważnieniem do przetwarzania danych w SPZ ZOZ w Pruszkowie

I. ZAKRES OBOWIĄZKÓW

Do zakresu obowiązków związanych z przetwarzaniem danych osobowych należy w szczególności:

1. Przestrzeganie przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
2. Przestrzeganie przepisów zawartych w Rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. z 2004 r. nr 100, poz. 1024)
3. Przestrzeganie Zarządzenie Dyrektora Szpitala i wydanych a jego podstawie:
 - a. Polityki bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych;
 - b. Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych;
 - c. Instrukcja postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych.

II. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

W związku z przetwarzaniem danych osobowych "Przyjmujący zamówienie" ponosi odpowiedzialność za przestrzeganie przepisów wymienionych w punkcie I. 1 i I. 2 oraz zasad polityki bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych, a w szczególności za:

1. Ujawnienie oraz wykorzystanie informacji związanych z przetwarzanymi w trakcie pracy danymi osobowymi, w tym za przetwarzanie danych osobowych w sposób inny niż określony w w/w przepisach.
2. Ujawnienie zabezpieczenia danych osobowych zarówno w trakcie umowy, jak i po jej wygaśnięciu lub rozwiązaniu.
3. Brak zabezpieczenia danych osobowych zgodnie z w/w przepisami takich jak wyrzucanie dokumentów zawierających dane osobowe bez uprzedniego ich zniszczenia, pozostawienie dokumentów lub kopii dokumentów zawierających dane osobowe bez zabezpieczenia, pozostawienie kluczy w drzwiach, szafach, biurkach, zostawienie otwartych pomieszczeń, w których przetwarza się dane osobowe, pozostawienie dokumentów na biurku po zakończonej pracy, pozostawienie otwartych dokumentów zawierających dane osobowe na ekranie monitora bez włączonego wygaszacza ekranu oraz blokady klawiatury.

.....
podpis Administratora Danych Osobowych

.....
data i podpis "Przyjmującego Zamówienie"

.....
miejsowość, data

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH w SPZZOZ
w Pruszkowie w zakresie:**

- **specjalista chirurgii** (ordynacja i/lub dyżury medyczne w Oddziale Chirurgicznym.)
- **lekarz w trakcie specjalizacji chirurgicznej** (ordynacja i/lub dyżury medyczne w Oddziale Chirurgicznym.)

IMIĘ i NAZWISKO / NAZWA OFERENTA

.....
Adres.....

Nr Regon Numer NIP

Wpis do KRS pod nr / wpis do CEIDG (właściwie zakreślić)

Wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą pod numerem.....

Tel. kontaktowy: e. mail:

**PRZEDMIOTEM NINIEJSZEJ OFERTY JEST UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE**

- 1) (wpisać zakres)
(wpisać kom.org.)
na rzecz SPZ ZOZ w Pruszkowie, zwanego dalej „UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIE” na zasadach określonych w SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT oraz umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem:
2. (wpisać datę od kiedy)

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia, regulaminem komisji konkursowej, szczególnymi warunkami konkursu ofert.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w siedzibie Udzielającego zamówienie w Oddziałach/Komórkach organizacyjnych wskazanych powyżej.
3. Prowadzi grupową/indywidualną praktykę lekarską* lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską w zakresie wymienionym w szczegółowych warunkach konkursu (**niewłaściwie skreślić*)
4. Zobowiązuje się do rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia – w pełnym zakresie z dniem zawarcia umowy.
5. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnej umowy ubezpieczenia OC.
6. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnych orzeczeń lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych w SPZ ZOZ w Pruszkowie (dotyczy personelu realizującego świadczenia w ramach zawartej umowy).

7. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – dotyczy personelu realizującego świadczenia w ramach zawartej umowy
8. Dysponuje własną odzieżą ochronną niezbędną do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
9. Wyraża zgodę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie SPZ ZOZ w Pruszkowie
10. Wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych: imienia, nazwiska, nr telefonu oraz danych dotyczących wykonywania zawodu, wyłącznie dla celów realizacji tej umowy.
11. Personel realizujący świadczenia w ramach zawartej umowy nie jest zatrudniony w SPZ ZOZ w Pruszkowie, w ramach umowy o pracę.
12. Akceptuje szczegółowe warunki konkursu ofert oraz warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienie dla potrzeb niniejszego konkursu i **proponuje wynagrodzenie** (wpisać w odpowiednim miejscu tabeli):

	Rodzaj świadczeń	Oddział/Dział (proszę wpisać właściwej)	Proponowana cena świadczeń za 1 godz., ilość godzin w miesiącu a. min. 100 godzin; b. min. 160 godzin.
1			

Oferent zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego zamówienia, o których dowiedział się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu, a których ujawnienie stanowiłoby czyn nieuczciwej konkurencji.

ZAŁĄCZNIKI (niewłaściwe skreślić):

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestrów: praktyk lekarskich, wpisu do CEIDG/KRS;
2. Kserokopie dyplomów;
3. Kserokopie prawa wykonywania zawodu;
4. Kserokopia polisy OC lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy;
5. Kserokopie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy.
6. Kserokopie aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetyczne.
7. Oświadczenie o niekaralności za przestępstwa zawodowe i umyślne – dostarczyć nie później niż w dniu podpisania umowy.

Pieczęć i podpis Oferenta