

Andrychów, dn. 16.12.2022r.

INFORMACJA O ZMIENIE OGŁOSZENIA O KONKURSIE ORAZ PRZEDŁUŻENIU TERMINU SKŁADANIA OFERT

dotyczy: Konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie, w tym w Centrum Zdrowia Psychicznego.

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie z siedzibą przy ul. Dąbrowskiego 19, informuje,

że dokonuje następujących zmian w ogłoszeniu w postępowaniu dotyczącym Konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie, w tym w Centrum Zdrowia Psychicznego:

Zmianie ulega (projekt) umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w komórce WSP, które otrzymują następujące brzmienie:

§4 pkt. 3 Z zastrzeżeniem zapisów postanowień **§10 umowy**, w przypadku nieobecności Przyjmujący zamówienie zapewni zastępcę z równorzędnymi kwalifikacjami i uprawnieniami do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, oraz spełniającego pozostałe wymagania Przyjmującego zamówienie określone umową. W przypadku zgłoszenia przez Udzielającego zamówienia uzasadnionych zastrzeżeń, co do osoby zastępcy, Przyjmujący zamówienia ma obowiązek wskazania innej osoby.

§4 pkt. 4 - Zostaje skreślony

§4 pkt. 5 - Zostaje skreślony

§5 pkt. 5 przyjmuje brzmienie: W przypadku umyślnego uszkodzenia lub zniszczenia aparatury lub sprzętu medycznego przez Przyjmującego zamówienie, Udzielający zamówienia obciąży Przyjmującego zamówienie pełną kwotą szkody z tego tytułu.

§6 pkt. 1a przyjmuje brzmienie: niezgodnego z przepisami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta

§6 pkt. 1d przyjmuje brzmienie:

innego istotnego naruszenia postanowień umowy,

Udzielający zamówienie ma prawo obciążyć Przyjmującego zamówienie karą umowną w wysokości do 10% równowartości miesięcznego wynagrodzenia.

§7 pkt. 1 przyjmuje brzmienie

1 Z tytułu realizacji przedmiotu niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie otrzymywać będzie wynagrodzenie płatne miesięcznie z dołu, stanowiące iloczyn liczby wypracowanych godzin i stawki za godzinę wynoszącej:

- I. Za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach normalnej ordynacji (od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 – 14.35 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach) w zł / h.
- II. Za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 7 do 20 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach) w zł / h.
- III. za dyżur medyczny w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 14.35. do 7.00 w zł / h oraz za dyżur medyczny w weekendy i w dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.00 – do 7.00 następnego dnia w zł / h.

§7 pkt. 3 Zmianie ulega załącznik nr 2 do umowy :

§7 pkt. 4 przyjmuje brzmienie

Udzielający zamówienia wypłaci Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenie na podstawie prawidłowo wystawionej faktury lub rachunku wraz z potwierdzonym prawidłowo zestawieniem, o którym mowa w ust. 3, przelewem na wskazane na fakturze/rachunku konto, w terminie do 14 dni od daty wpływu dokumentu księgowego.

§10 pkt. 1 przyjmuje brzmienie

Strony dopuszczają możliwość czasowego zawieszenia realizacji przedmiotu Umowy nieprzekraczającego 20 roboczych dni kalendarzowych (przerwy) z tym zastrzeżeniem, że uzgodnienie tego faktu między Stronami powinno nastąpić z wyprzedzeniem co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą i być zaakceptowane przez Kierownika-Lekarza Kierującego CZP Kierownika-Lekarza Kierującego CZP lub w razie jego nieobecności- przez Zastępcę Kierownika-Lekarza Kierującego CZP . Zgłoszenie takiej przerwy Przyjmujący dokonuje w formie pisemnego zgłoszenia (wg załącznika nr 3), które musi być zaakceptowane przez Kierownika-Lekarza Kierującego CZP lub w razie jego nieobecności Dyrektora lub osobę upoważnioną przez Udzielającego zamówienie.

§11 pkt. 8 przyjmuje brzmienie

Każda ze Stron może wypowiedzieć umowę za 2-miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

Zmianie ulega załącznik nr 1 do SWKO: Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

WOJEWÓDZKI SZPITAL PSYCHIATRYCZNY W ANDRYCHOWIE

34-120 ANDRYCHÓW, UL. DĄBROWSKIEGO 19

FORMULARZ OFERTOWY: KONKURS NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

**przez lekarzy w WOJEWÓDZKIM SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM W ANDRYCHOWIE w tym
w CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO**

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....

.....**Tel.**

UWAGA:

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć:
 - o kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ KRS, wypis z CEIDG, REGON, NIP,
 - o kserokopię odpisu z właściwego rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą,
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie wg wymogów SWKO, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.
5. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej– dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, spółką jawną lub spółką partnerską jako grupowa praktyka lekarska.
6. Przez „Oferenta”, KTÓREGO OFERTA ZOSTAŁA PRZYJĘTA należy rozumieć „Przyjmującego zamówienie”.

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

A za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach normalnej ordynacji (od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 – 14.35, z wyłączeniem

dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach) w przypadku realizacji świadczeń w oddziałach stacjonarnych i dziennych, których udzielane są świadczenia całodobowo w zł / h

lekarz stawka.....

(podać stopień specjalizacji / staż pracy)

(słownie zł)

za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 7 do 20, w przypadku realizacji świadczeń w poradni zdrowia psychicznego i Zespole Leczenia Środowiskowego (**NALEŻY WSKAZAĆ MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**), z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach) w zł / h. :

lekarz stawka.....

(podać stopień specjalizacji / staż pracy)

(słownie zł.....)

B. za dyżur medyczny w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 14.35 do 7.00 w zł / h oraz za dyżur medyczny w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.00 – 7.00 następnego dnia w zł / h. :

lekarzstawka

(podać stopień specjalizacji / staż pracy)

(słownie zł.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość – doświadczenie zawodowe/staż, kwalifikacje, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.
- b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe)
.....
.....
.....
- c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:00– 14:35 -
 2. wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:00– 20:00 -
 3. w dni powszednie: w godzinach 7:00 – 14:35 lub od 14:35 do 7:00 lub w weekendy w godzinach od 7.00 – 7.00 następnego dnia –
 4. w dni powszednie: w godzinach 7:00 – 14:35 lub od 14:35 do 7:00, łącznie z dyżurem medycznym w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.00 – 7.00 następnego dnia –
- d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
1. do czterech dni w tygodniu –
 2. pięć dni w tygodniu –
 3. co najmniej sześć dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że :

1. **zapoznałem się z treścią:**

- a) ogłoszenia,
- b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
- c) projektu umowy (załącznik nr 3 do SWKO),

akceptuję ich treść i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń.

2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO, w szczególności wzoru umowy, stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO, oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.

3. **WYRAŻAM ZGODĘ / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).

W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail: _____

i/lub

FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

5. Lista załączników do Oferty:

.....

Data

.....

Podpis i pieczętka Oferenta

W związku z dokonanyimi zmianami w treści ogłoszenia , zmienia się termin składania ofert w otwartym konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym, w tym w Centrum Zdrowia Psychicznego, **do dnia 21.12.2022r., do godziny 12.00.**