SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ
OPIEKI ZDROWOTNEJ W LEŻAJSKU
ul. Leśna 22, 37-300 Leżajsk
tel. 17 240 49 00 fax 17 240 47 53
NIP: 8161452585
Regon: 000306650

Leżajsk, 12.11.2026 r.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie przepisów:
   – ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2026.156 t.j.)
   – ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2025.1461 t.j. ze zm.).
2. Organizatorem konkursu ofert jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku, 37-300 Leżajsk, ul. Leśna 22, zwany dalej Udzielającym zamówienia i pod taki adres należy kierować wszelką korespondencję związaną z konkursem.
3. Oferent zobowiązany jest przygotować ofertę w sposób określony SWKO.
4. Do konkursu ofert mogą przystąpić podmioty, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, spełniające wymagania określone w SWKO oraz w przepisach powszechnie obowiązujących.
5. Ogłoszenie o konkursie zamieszcza się na stronie internetowej: www.spzoz-lezajsk.pl

II. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA I ZŁOŻENIA OFERTY

1. Warunkiem udziału w konkursie jest złożenie w terminie i miejscu określonym w ogłoszeniu kompletnej oferty.
2. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę na zakres świadczeń.
3. Oferta winna być złożona na formularzach ofertowych udostępnionych przez Udzielającego zamówienia.
4. Wymagane dokumenty powinny być złożone w formie oryginału lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do reprezentacji Przyjmującego zamówienie.
5. Oferty złożone po terminie zostaną odesłane oferentom bez otwierania kopert.
6. Oferta powinna zawierać formularz ofertowy wraz z wymaganymi załącznikami:
   1) dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych:
      – dyplom ukończenia studiów,
      – prawo wykonywania zawodu,
      – dyplom specjalizacji lub dokument potwierdzający odbywanie szkolenia specjalizacyjnego (jeżeli dotyczy),
      – inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje,
   2) aktualny wydruk z właściwego rejestru KRS lub CEIDG,
   3) aktualny wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
   4) kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
   5) aktualne zaświadczenie o odbyciu szkolenia z zakresu BHP przez oferenta lub osoby wskazane do realizacji zamówienia,
   6) zaświadczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do realizacji zamówienia w zakresie będącym przedmiotem konkursu przez oferenta lub osoby wskazane do realizacji zamówienia,
   7) zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego – dotyczy osób wskazanych do realizacji zamówienia,
   8) oświadczenie o państwie lub państwach, w których osoba zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska, oraz informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów

działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi (wzór oświadczenia stanowi Załącznik nr 1) – dotyczy osób wskazanych do realizacji zamówienia.

7. Brak któregokolwiek z w/w dokumentów lub oświadczeń i nieuzupełnienie ich we wskazanym terminie będzie skutkować odrzuceniem oferty.

III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I WYMAGANYCH KWALIFIKACJI

Świadczenia zdrowotne objęte zamówieniem udzielane będą w komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia przy wykorzystaniu jego sprzętu i aparatury medycznej niezbędnej do realizacji zamówienia.
Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem umowy winny być udzielane z zachowaniem obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń Prezesa NFZ oraz regulaminów i procedur wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego zamówienia, z którymi Przyjmujący zamówienie ma obowiązek się zapoznać.

Przedmiot zamówienia:
Udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej oraz wyjazdowej opieki lekarskiej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej od poniedziałku do piątku (dni robocze) w godz. od 18.00 do 7.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy od godz. 8.00 do godz. 8.00 dnia następnego w warunkach ambulatoryjnych, w miejscu wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia lub w domu świadczeniobiorcy (dojazd środkiem transportu Udzielającego zamówienia) w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, a także udzielanie świadczeń świadczeniobiorcy w związku z potrzebą zachowania ciągłości leczenia zgodnie z zakresem zadań lekarza POZ. Przedmiotowe świadczenia nie mają zastosowania w przypadkach stanów bezpośredniego zagrożenia życia, w szczególności w sytuacji: utraty przytomności, upadków z wysokości, złamań, wypadków komunikacyjnych, nagłych zaburzeń świadomości, urazów wypadkowych powstałych w sytuacjach nagłych, nagłej duszności, porażenia prądem elektrycznym, porodu oraz dolegliwości związanych z ciążą. Lekarze udzielający świadczeń, o których mowa wyżej, zgodnie z posiadanymi kompetencjami zobowiązani są do udzielenia pacjentowi niezbędnej pomocy lekarskiej, zapewnienia ciągłości leczenia w przypadkach wymagających dalszego postępowania poprzez wskazanie ośrodków i miejsc, w których proces przywracania zdrowia może być kontynuowany, orzekania i opiniowania o stanie zdrowia w uzasadnionych przypadkach. W przypadku konieczności wezwania zespołu ratownictwa medycznego lekarz pozostaje w miejscu udzielania świadczenia do czasu przyjazdu zespołu.
Od osób udzielających świadczeń pożądana jest specjalizacja z zakresu medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych lub pediatrii albo bycie w trakcie specjalizacji w wymienionych dziedzinach (ukończone 2 lata specjalizacji). Świadczeń może również udzielać lekarz inny, niż wymieniony wyżej, posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza.

IV. ZASADY OCENY OFERT

1. Przy ocenie ofert będzie brane pod uwagę kryterium ceny.
2. Za ofertę najkorzystniejszą zostanie uznana najniższa oferta, która jednocześnie nie przekroczy maksymalnej ceny jednostkowej ustalonej przez Udzielającego zamówienia dla danego zakresu świadczeń.
3. W trakcie posiedzenia Komisji dopuszczalne są negocjacje stawki za świadczone usługi oraz okres trwania umowy.W razie nieuzgodnienia warunków realizacji świadczenia Udzielający zamówienia nie będzie miał obowiązku zawrzeć z oferentem umowy. Z przeprowadzonych negocjacji sporządza się protokół.

V. WYBÓR OFERENTA I UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

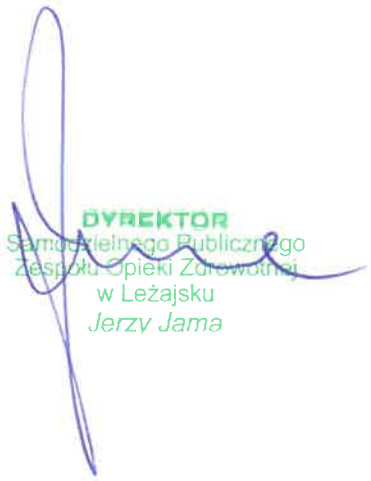
Zamawiający udzieli zamówienia oferentowi, którego oferta odpowiada wszystkim wymaganiom zawartym w SWKO, została uznana za najkorzystniejszą w oparciu o podane kryteria wyboru i nie przekracza maksymalnej ceny jednostkowej ustalonej przez Udzielającego zamówienia dla danego zakresu świadczeń.

VI. WYNIK POSTĘPOWANIA

O wyniku konkursu ofert oferenci zostaną poinformowani pisemnie. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu zostanie zamieszczone na stronie internetowej Udzielającego zamówienia www.spzoz-lezajsk.pl

VII. ODWOŁANIE LUB ZMIANA TERMINU

Udzielający zamówienia może odwołać konkurs oraz przesunąć termin składania ofert bez podania przyczyny.



Załącznik nr 1 do SWKO

Imię i nazwisko ....
miejscowość, data

Pesel .....

Adres zamieszkania .....

Rodzaj nr dok. tożs. .....

OŚWIADCZENIE

DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKIWANIA W OSTATNICH 20 LATACH

Na podst. art. 21 ust. 5 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U.2024.560 t.j.) oświadczam, że w ostatnich 20 latach:

☐ **nie zamieszkiwałam/em** w innych państwach, niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelskie

☐ **zamieszkiwałam/em** w następujących państwach .....

innych, niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelskie

Wiarygodność powyższego stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
podpis