

OGŁOSZENIE
Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
(dalej zwany „Udzielającym Zamówienia”)
ogłasza konkurs

**Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń lekarskich w zakresie dermatologii dziecięcej
na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie ambulatoryjnych świadczeń lekarskich w zakresie dermatologii dziecięcej na rzecz pacjentów IPCZD ,zgodnie z załącznikiem nr 1 do Ogłoszenia.
KOD CPV: 85121100-4 - Ogólne usługi lekarskie
2. Zamówienie będzie wykonywane w siedzibie Udzielającego Zamówienie przy pomocy sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej Udzielającego Zamówienie.
3. Zamówienie będzie wykonywane przez 1 osobę zgodnie z opisem zawartym w załączniku nr 1 do Ogłoszenia.
4. Wynagrodzenie za realizację Zamówienia będzie rozliczane miesięcznie przyjmując stawkę za godzinę.
5. Warunki stawiane oferentom oraz wymagane dokumenty określono w załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
6. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający Zamówienia kieruje się:
 - a) kryterium ceny - Oferent otrzyma największą liczbę punktów za najniższą cenę oferty,
 - b) w kryterium jakość punkty przyznawane będą za publikację w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie posiadanych specjalizacji jako autor lub współautor. Jeżeli Oferent potwierdzi w formularzu ofertowym publikację prac naukowych w 3 i więcej czasopismach otrzyma 2 punkty, w przypadku publikacji od 1 do 3 otrzyma 1 punkt, za brak publikacji otrzyma 0pkt.

L.p.	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	98 punktów	Najniższa zaoferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,98
2.	Jakość	2 punkty	Publikacje w czasopismach punktowanych przez MNiSW jako autor lub współautor w zakresie posiadanych specjalizacji ¹ : A. Brak publikacji – 0 punktów B. 1-3 publikacje w czasopismach – 1 punkt C. Więcej niż 3 publikacje w czasopismach – 2 punkty

W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, iż jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą liczbę punktów (z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku) spośród ofert niepodlegających odrzuceniu.

7. Ofertę pisemną na formularzu załączonym do ogłoszenia wraz z wymaganymi załącznikami, umieszczoną w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem:

¹ Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.



„Konkurs ofert na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń lekarskich w zakresie dermatologii dziecięcej na rzecz pacjentów IPCZD” nr sprawy OM/CZD/18/21.

Nie otwierać przed dniem 03.11.2021r., przed godziną 12.00.”

Oferty należy składać do dnia 03.11.2021r. do godz. 12.00 w siedzibie Zamawiającego w budynku G pok.123 (I piętro) lub przesłać drogą pocztową na adres Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa.

8. Oferent jest związany ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.
9. O rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający Zamówienia poinformuje na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia podając nazwę i adres oferenta, który został wybrany.
10. Oferentowi wybranemu w wyniku postępowania konkursowego Udzielający Zamówienia wskaże termin i miejsce podpisania umowy.
11. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania ofert.
12. Udzielający Zamówienia zamieszcza ogłoszenie zgodnie z art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Dodatkowych informacji o warunkach konkursu udziela w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie przy Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, budynek G pokój 123, w godz. 08:00 – 15.35, Katarzyna Karczewska, tel. 22 815 11 18, e-mail: katarzyna.karczewska@ipczd.pl

Załączniki do Ogłoszenia:

- Opis przedmiotu zamówienia (zał. nr 1),
- Wymagania stawiane oferentom (zał. nr 2),
- Formularz oferty (zał. nr 3),
- Formularz cenowy (zał. nr 4),
- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5),
- Istotne postanowienia umowy (zał. nr 6),

.....
podpis Udzielającego Zamówienie



Załącznik nr 1 do Ogłoszenia – Opis Przedmiotu Zamówienia

Przedmiotem konkursu jest udzielanie ambulatoryjnych świadczeń lekarskich w zakresie dermatologii dziecięcej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia”.

Szczegółowy zakres zamówienia:

- Świadczenia będą udzielane w Poradni Dermatologicznej Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka",
- Termin realizacji umowy: 01.12.2021 – 30.11.2022
- Wymiar czasu pracy wynosi maksymalnie 30 godzin miesięcznie
- Zamówienie będzie udzielane przez 1 osobę.



Załącznik nr 2 do Ogłoszenia

Ogłoszenie na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń lekarskich w zakresie dermatologii dziecięcej
na rzecz pacjentów IPCZD

Dokumenty i oświadczenia, które Oferenci powinni złożyć w ofercie:

1. W przypadku osób fizycznych nie będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą:

- 1.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu lekarza,
- 1.2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu dermatologii i wenerologii;
- 1.3. Oświadczenie Oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 1.4. Oświadczenie Oferenta, iż posiada doświadczenie w pracy z dziećmi min. 5 lat - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

2. W przypadku osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie):

- 2.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu lekarza,
- 2.2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu dermatologii i wenerologii;
- 2.3. Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 2.4. Oświadczenie Oferenta, iż posiada doświadczenie w pracy z dziećmi min. 5 lat - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 2.5. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy,
- 2.6. wypis z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące.

Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w Rodzaj działalności leczniczej i praktyki zawodowej:

Rubryka 15. Rodzaj działalności leczniczej:

3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne

- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie dermatologia i wenerologia lub

94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie dermatologia i wenerologia lub

98 – indywidualna praktyka lekarska w dziedzinie dermatologia i wenerologia lub

99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w dziedzinie dermatologia i wenerologia;

2.7. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą – 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.



3. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie):

- 3.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu lekarza osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 3.2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu dermatologii i wenerologii osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 3.3. Oświadczenie oferenta, iż osoba wyznaczona do udzielania świadczeń objętych zamówieniem posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 3.4. Oświadczenie Oferenta, iż wyznaczona przez Oferenta osoba posiada doświadczenie w pracy z dziećmi min. 5 lat - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 3.5. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy,
- 3.6. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące.

Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w Rodzaj działalności leczniczej i praktyki zawodowej:

- Rubryka 15. Rodzaj działalności leczniczej:

3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne

- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

97 – grupowa praktyka lekarska,

Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą – 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

4. W przypadku podmiotów leczniczych:

- 4.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu lekarza osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 4.2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu dermatologii i wenerologii osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 4.3. Oświadczenie oferenta, iż osoba wyznaczona do udzielania świadczeń objętych zamówieniem posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 4.4. Oświadczenie Oferenta, iż posiada doświadczenie w pracy z dziećmi min. 5 lat - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 4.5. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy,
- 4.6. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące:

W PRZEDSIĘBIORSTWACH PODMIOTU LECZNICZEGO:

- w rubryce 28. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie pomiotu leczniczego, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych
- 3 - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne



W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PRZEDSIĘBIORSTWA I ICH PROFILACH

- w rubryce 8 Zakres Świadczeń Zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej

HTC 1.3.3 – Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne

- 4.7. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25, ust. 1, pkt. 1 Ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą – 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

5. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:

5.1. formularz oferty – zał. nr 3 do Ogłoszenia

5.2. formularz cenowy - zał. nr 4 do Ogłoszenia

5.3. wykaz personelu- zał. nr 4.1. do Ogłoszenia- dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych

5.4. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia- 5a: dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich lub 5b: dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych

Dokumenty wymagane w celu potwierdzenia spełniania wymagań stawianych Oferentom powinny być złożone w formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.



Formularz oferty

Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń lekarskich w zakresie dermatologii dziecięcej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Dane oferenta

Imię i Nazwisko/Firma.....

Nazwisko rodowe.....

Imiona rodziców.....

Numer PESEL

Seria i numer dowodu osobistegowydany przez

Adres.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres

siedziby/zamieszkania):.....

Telefon:..... Fax:.....

E-mail:..... NIP*:.....

REGON*:

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (jeśli dotyczy):

.....

Numer wpisu do rejestru KRS i organ prowadzący (jeśli dotyczy):

.....

Oferent oświadcza, iż:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Zapoznał się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 6 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie www.czd.pl, w zakładce *O Instytucie* i nie zgłasza do nich żadnych uwag.
3. Podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będzie pozostawał /Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia nie będzie pozostawała w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
4. Dane zawarte w złożonych dokumentach, są aktualne na dzień składania ofert.
5. Posiada/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne**.
6. Posiada/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 1.3. w Załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
7. Posiada/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada doświadczenie **w pracy z dziećmi min. 5 lat** – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 1.4. w Załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
8. Spełnia wszystkie warunki stawiane oferentom wymienione w ogłoszeniu konkursowym.
9. Jest związany/a ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.

.....
(data i podpis Oferenta)



*informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą

Spis załączników:

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)	
		TAK	NIE
1	Dokument potwierdzający posiadanie prawa zawodu lekarza		
2	Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu dermatologii i wenerologii		
3	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy		
4	Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące		
5	Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej		
6	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
7	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
8	Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych		
9	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia) - dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich		
10	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia)- dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych		
11	Inne- wymienić jakie		

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Oferenta



Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

Formularz cenowy

Kryterium: cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić)

Nazwa świadczenia	Cena za godzinę udzielania świadczeń w PLN brutto	Miesięczna liczba godzin do przepracowania	Czas trwania umowy	Wartość Zamówienia brutto (PLN)
	1 (Wypełnia Oferent)	2	3	4=1x2x3 (Wypełnia Oferent)
Udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w zakresie dermatologii dziecięcej PLN słownie:	30	12 miesięcy PLN słownie:

Kryterium : jakość (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):

Oświadczam, iż jestem / osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem jest autorem lub współautorem publikacji w czasopiśmie punktowanych przez MNiSW w zakresie posiadanych specjalizacji²:

A.	Brak publikacji w czasopiśmie	<input type="checkbox"/>
B.	1-3 publikacje w czasopiśmie	<input type="checkbox"/>
C.	Więcej niż 3 publikacje w czasopiśmie	<input type="checkbox"/>

W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, iż jest autorem lub współautorem publikacji w czasopiśmie punktowanych przez MNiSW, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.

Udzielający Zamówienia informuje, że każda zmiana w formularzu cenowym będzie skutkowałą odrzuceniem oferty.

.....
(data i podpis Oferenta)

² Udzielający zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.



Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia

Wykaz personelu - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowych praktyk lekarskich) i podmiotów leczniczych (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X).

L.p.	Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem

(podpis Oferenta)



Załącznik nr 5 do Ogłoszenia

5a

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich

Ja, niżej podpisana/podpisany.....
w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a 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.U.UE.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Jednocześnie oświadczam, że znana jest mi treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych.

Podpis.....

LUB

5b

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - dotyczy podmiotów leczniczych

Ja, niżej podpisana/podpisany.....
w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a 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.U.UE.L.2016.119.1) oświadczam, że osoba/y wyznaczone do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem wyraziła/y zgodę na przetwarzanie i udostępnianie swoich danych osobowych, przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie oraz jednocześnie oświadczam, że osoba/y wyznaczone przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem zapoznała/ły się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Podpis