

**Znak sprawy: SP.111. 1. 2024**

Włoszczowa, dnia 18 października 2024 roku

**OGŁOSZENIE O KONKURSIE OFERT**  
**na świadczenia zdrowotne w ramach umów cywilnoprawnych**

*Na podstawie: art. 26, art. 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U z 2024 r. poz. 799) oraz odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 ze zm.).*

**I. Zamawiający**

- 1. Nazwa:** Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II;
- 2. Adres:** ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa;
- 3. Telefon:** 41 38-83-765;
- 4. Osoba uprawniona do kontaktów:** Elżbieta Łopatowska;

**II. PRZEDMIOT KONKURSU OFERT:**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w:
  - oddziałach szpitalnych / poradniach Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II /leczenie całodobowe lub dyżury medyczne/:
  - a) Oddział Pediatryczny
  - b) Oddział Chorób Wewnętrznych
  - c) Oddział Chirurgiczny Ogólny oraz Poradnia Chirurgiczna
  - d) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym
  - e) Blok Operacyjny
  - f) Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć
  - g) Hospicjum Stacjonarnym
  - h) Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej
  - i) Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu
  - j) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
  - k) Poradnia Otolaryngologiczna
  - l) Poradnia Dermatologiczna
2. Umowy zostaną zawarte w okresie od dnia 01 grudnia 2024 roku do dnia 31 grudnia 2026 roku na okres do 2 lat.
3. Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, przy czym bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
4. KOD CPV:
  - 85111000-0 - Usługi szpitalne;
  - 85112000-7 - Dodatkowe usługi szpitalne;

- 85121100-4 - Ogólne usługi lekarskie;
- 85112200-9 - Usługi leczenia ambulatoryjnego;
- 85143000-3 - Usługi ambulatoryjne;

### III. POZOSTAŁE INFORMACJE

1. **Warunki udziału:** w konkursie mogą wziąć udział oferenci, którzy spełniają wymagania określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (zwanych dalej: **SWKO**).
2. **Tryb udzielenia zamówienia:** konkurs ofert
3. **Kryteria oceny ofert:**
  1. Cena,
  2. Jakość,
  3. Kompleksowość,
  4. Ciągłość,
  5. Dostępność.

Zamawiający ma prawo przyjąć ofertę w części.
4. Oferty można składać na jeden Oddział/komórkę organizacyjną lub większą ilość. W przypadku składania ofert na więcej niż jeden Oddział/ komórkę organizacyjną należy wypełnić odpowiedni formularz ofertowy. Złożone oferty będą poddawane ocenie oddzielnie dla każdego Oddziału/komórki organizacyjnej.
5. **Termin składania ofert: od dnia 22.10.2024 r. do dnia 28.10.2024 r. do godziny 10.00** w siedzibie Zamawiającego (Sekretariat Dyrektora ZOZ we Włoszczowie) lub listownie na adres:  
**„Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, 29–100 Włoszczowa, ul. Żeromskiego 28, Oferta na konkurs: „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II” nie otwierać, przed godziną 10:30 w dniu 28.10.2024 roku” (liczy się data doręczenia – nie data nadania).**
6. **Otwarcie ofert: 28.10.2024 roku** - godzina 10:30 w siedzibie Zamawiającego (Sala Konferencyjna);
7. **Rozstrzygnięcie konkursu:** w ciągu 7 dni od daty otwarcia ofert, o czym Zamawiający ogłosi na swojej stronie internetowej.
8. Zamawiający zastrzega sobie, bez podania przyczyny, prawo do odwołania konkursu w całości lub w części oraz do przedłużenia terminu składania ofert lub rozstrzygnięcia konkursu, a także do zmiany SWKO lub ogłoszenia w zakresie nie dotyczącym kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od składających ofertę.
9. Udzielający Zamówienia może unieważnić konkurs, na podstawie art. 150 ustawy o działalności leczniczej.
10. Oferenci mogą składać skargi i protesty dotyczące konkursu ofert zgodnie z zapisami art. 152, 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 ze zm.).

Zatwierdzam:

**DYREKTOR**  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
we Włoszczowie

**Rafał Krupa**