



**Załącznik nr 1**  
do Ogłoszenia Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie: rehabilitacja lecznicza

Goczałkowice-Zdrój, dn 06.03.2023 r.

### **Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert**

Dotyczy:

Ogłoszenia Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych: rehabilitacja lecznicza.

Skrót **SWKO** oznacza niniejsze Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert.

#### **I. UWAGI WSTĘPNE**

1. Niniejsze Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert na zawieranie umów o udzielenie zamówienia na specjalistyczne świadczenia zdrowotne, zwane dalej "SWKO" określają:
  - a. Przedmiot konkursu
  - b. Opis sposobu przygotowania ofert
2. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty, Przyjmujący Zamówienie winien zapoznać się z wszelkimi informacjami zawartymi w SWKO.
3. Konkurs Ofert prowadzony jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
4. W sprawach nie uregulowanych w SWKO zastosowanie mają przepisy wskazane w ust. 3.

#### **DEFINICJE**

Ilekróć w SWKO oraz jego załącznikach jest mowa o:

- a. Przyjmującym Zamówienie - to rozumie się przez to lekarza wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- b. Udzielającym Zamówienia - rozumie się Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój Sp. z o.o.;



UZDROWISKO GOCZAŁKOWICE-ZDRÓJ spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

43-230 Goczałkowice-Zdrój • ul. Uzdrowska 54 • woj. śląskie

• Sekretariat: tel. (32) 449 21 01, fax.: (32) 449 21 17 • www.gozdroj.pl • e-mail: sekretariat@gozdroj.pl

• Centrala telefoniczna.: (32) 449 20 00

NIP 6381811134 • Regon 000291888 • Nr KRS 0000527775 Sąd Rejonowy w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy KRS  
Kapitał Zakładowy: 43.188.000,00 zł wniesiony w całości ING Bank Śląski S. A. O/Pszczyna Nr 14 1050 1315 1000 0001 0136 6839



- c. Przedmiotem Konkursu Ofert - rozumie się przez to udzielanie świadczeń zdrowotnych w Uzdrowisku Goczałkowice-Zdrój Sp. z o.o. w Oddziale Rehabilitacyjnym dla Dzieci, Oddziale Uzdrowiskowym dla Dzieci oraz w Poradni Rehabilitacyjnej dla Dzieci w Goczałkowicach-Zdroju, na zasadach określonych przedmiotowymi warunkami;
- d. Świadczenia zdrowotne - świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji leczniczej;
- e. Ofercie - rozumie się przez to wypełniony formularz oferty, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do ogłoszenia o konkursie wraz z koniecznymi dokumentami;
- f. Umowie - rozumie się przez to wzór umowy stanowiący załącznik nr 3 do ogłoszenia o konkursie.

## II. PRZEDMIOT KONKURSU:

Przedmiotem konkursu jest świadczenie usług medycznych dla potrzeb Uzdrowiska Goczałkowice-Zdrój Sp. z o.o. w Oddziale Rehabilitacyjnym dla Dzieci, Oddziale Uzdrowiskowym dla Dzieci oraz w Poradni Rehabilitacyjnej dla Dzieci z zakresu rehabilitacji leczniczej.

### Szczegółowy opis przedmiotu konkursu:

Przedmiotem zamówienia są świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub ortopedii, lub reumatologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej na rzecz pacjentów Oddziału Rehabilitacyjnego dla Dzieci, Oddziału Uzdrowiskowego dla Dzieci oraz Poradni Rehabilitacyjnej dla Dzieci. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych obejmuje wszystkie czynności medyczne, charakterystyczne dla wykonywania danego zawodu/stanowiska w danej komórce organizacyjnej tj. Oddział Rehabilitacyjny dla Dzieci i Poradnia Rehabilitacyjna dla Dzieci, konieczne dla prawidłowego realizowania w tym zakresie zadań oddziału i poradni w myśl obowiązujących przepisów prawa.

### Wymagania stawiane Przyjmującemu Zamówienie

1. W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział Przyjmujący Zamówienie, którzy spełniają następujące warunki (nie wypełnienie tych warunków spowoduje odrzucenie oferty):
  - a. są lekarzami wykonującymi działalność leczniczą, o których mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
  - b. są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, w szczególności są zarejestrowani we właściwym rejestrze podmiotów leczniczych, posiadają nadany numer REGON i NIP,
  - c. znajdują się w sytuacji finansowej zapewniającej możliwość wykonania zamówienia.
2. Ofertę składa Przyjmujący Zamówienie dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym postępowaniem konkursowym.



UZDROWISKO GOCZAŁKOWICE-ZDRÓJ spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

43-230 Goczałkowice-Zdrój • ul. Uzdrowiskowa 54 • woj. śląskie

• Sekretariat: tel. (32) 449 21 01, fax.: (32) 449 21 17 • [www.gozdroj.pl](http://www.gozdroj.pl) • e-mail: [sekretariat@gozdroj.pl](mailto:sekretariat@gozdroj.pl)

• Centrala telefoniczna.: (32)449 20 00

NIP 6381811134 • Regon 000291888 • Nr KRS 0000527775 Sąd Rejonowy w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy KRS  
Kapitał Zakładowy: 43.188.000,00 zł wniesiony w całości ING Bank Śląski S. A. O/Pszczyna Nr 14 1050 1315 1000 0001 0136 6839





#### Dodatkowe wymagania:

- a. Dostępność - Udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia według potrzeb Udzielającego Zamówienia w dniach i godzinach ustalonych z Udzielającym Zamówienia. Minimalna liczba godzin w miesiącu na udzielanie świadczeń wynosi 160 h.
- b. Jakość i kwalifikacje:
  - a. wymagane kwalifikacje od Przyjmującego Zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia:
    - aktywne prawo wykonywania zawodu lekarza,
    - specjalizacja w dziedzinie: rehabilitacja medyczna, lub ortopedii, lub reumatologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej.

#### 1. Udzielający Zamówienia wymaga od Przyjmującego Zamówienie, aby:

- a. realizował świadczenia zdrowotne w pomieszczeniach Udzielającego Zamówienie: Oddział Rehabilitacyjny dla Dzieci, Oddział Uzdrowiskowy dla Dzieci oraz Poradnia Rehabilitacyjna dla Dzieci;
- b. posiadał ubezpieczenie OC poparte dowodem zapłaty lub kopia polisy, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do posiadania innych stosownych ubezpieczeń związanych z prowadzeniem swojej działalności w przypadku powstania takiego obowiązku prawnego;
- c. poddawał się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Udzielającego Zamówienia w zakresie realizacji umowy;
- d. zobowiązał się do realizacji świadczeń zdrowotnych w oparciu o aktualny stan prawny oraz aktualne zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- e. świadczył usługi na poziomie zgodnym z aktualną wiedzą medyczną, przy zachowaniu należytej staranności;
- f. spełniał na bieżąco wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia lub innej instytucji finansującej usługi z zakresu ochrony zdrowia, realizowane (zakontraktowane) przez Udzielającego Zamówienia,
- g. realizował wszystkie inne obowiązki wskazane w istotnych postanowieniach umowy stanowiących załącznik nr 3 do ogłoszenia konkursowego.

**Termin obowiązywania umowy na usługi określone w konkursie zamówienia: od 01.04.2023 r. do 31.12.2026 r.**

#### III. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY KONKURSOWEJ:

1. Przyjmujący Zamówienie przygotowuje ofertę zgodnie z wymogami określonymi w SWKO. Propozycje rozwiązań alternatywnych i wariantowych nie będą brane pod uwagę.
2. Przyjmujący Zamówienie może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie każdej z nich.
3. Udzielający Zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych.



UZDROWISKO GOCZAŁKOWICE-ZDRÓJ spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

43-230 Goczałkowice-Zdrój • ul. Uzdrowiskowa 54 • woj. śląskie

• Sekretariat: tel. (32) 449 21 01, fax.: (32) 449 21 17 • [www.gozdroj.pl](http://www.gozdroj.pl) • e-mail: [sekretariat@gozdroj.pl](mailto:sekretariat@gozdroj.pl)

• Centrala telefoniczna.: (32) 449 20 00

NIP 6381811134 • Regon 000291888 • Nr KRS 0000527775 Sąd Rejonowy w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy KRS  
Kapitał Zakładowy: 43.188.000,00 zł wniesiony w całości ING Bank Śląski S. A. O/Pszczyna Nr 14 1050 1315 1000 0001 0136 6839





4. Oferta musi być pod rygorem odrzucenia sporządzona w języku polskim, w sposób zapewniający jej czytelność i podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie.
5. Wszystkie dokumenty, oświadczenia sporządzone w językach obcych należy dostarczyć wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza.
6. Każda zapisana strona oferty łącznie ze wszystkimi załącznikami musi być kolejno ponumerowana i parafowana przez Przyjmującego Zamówienie lub osobę upoważnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie.
7. Wszystkie dokumenty dostarczone w formie kserokopii muszą być potwierdzone "za zgodność z oryginałem" notarialnie lub przez Przyjmującego Zamówienie poprzez opatrzenie ich datą i podpisem pełnomocnika lub osoby upoważnionej do reprezentowania Przyjmującego Zamówienia.
8. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być naniesione w sposób umożliwiający odczytanie błędnego tekstu (przekreślone), parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.
9. Ofertę należy złożyć na druku "OFERTA" - Załącznik nr 2 do ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych bez nanoszenia jakichkolwiek zmian w samym tekście druku.
10. Załącznikami do oferty w celu potwierdzenia spełnienia wymaganych warunków powinny być właściwe dla danego Przyjmującego zamówienie:
  - a. wypełniony Formularz oferty - Załącznik nr 2 do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej;
  - b. Wypis (odpis, wyciąg lub wydruk) z właściwego rejestru z podaniem imienia i nazwiska, numeru wpisu i oznaczenia organu dokonującego wpisu, potwierdzający dopuszczenie do obrotu prawnego w zakresie objętym zamówieniem;
  - c. wpis do rejestru podmiotów leczniczych;
  - d. wypis z KRS
  - e. wpis do rejestru prywatnych praktyk lekarskich;
  - f. wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
  - g. dyplom/y lekarza/y;
  - h. prawo do wykonywania zawodu lekarza/y;
  - i. polisa OC z dokumentem potwierdzającym jej opłacanie;
  - j. certyfikat ISO (jeżeli posiada).
11. Wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz inne informacje dotyczące niniejszego postępowania Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie przekazują wyłącznie w języku polskim, pisemnie pod rygorem nieważności.
12. Cena określona w ofercie musi być skalkulowana w sposób jednoznaczny: cena określona jako kwota wyrażona w zł polskich/za godzinę udzielania świadczeń.
13. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do uwzględnienia w cenie oferty:
  - a. wszystkich wymagań Udzielającego Zamówienia (w tym określonych stawek i narzuconych terminów) dotyczących realizacji świadczenia zdrowotnego, a zawartych w SWKO wraz z załącznikami;
  - b. kosztów zaproponowanych przez siebie rozwiązań;
  - c. kosztów odprowadzenia płatnej składki na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne;





- d. innych kosztów, które Przyjmujący Zamówienie przewiduje ponieść w celu kompletnej realizacji świadczenia zdrowotnego, stanowiącego przedmiot konkursu w zakresie określonym przez Udzielającego Zamówienia.
14. Oferta musi być podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie. W przypadku składania oferty przez pełnomocników, należy dołączyć oryginał pełnomocnictwa, podpisany przez osobę upoważnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie.
15. Przyjmujący Zamówienie może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę przed upływem terminu składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu ofert winno zostać złożone w sposób i formie przewidzianej dla oferty, z tym że koperta powinna być dodatkowo oznaczona napisem "ZMIANA" lub "WYCOFANIE".
16. W celu uznania, że oferta spełnia wymagane warunki, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest dołączyć do oferty komplet dokumentów wskazanych w SWKO.

Jarosław Wieszolok  
Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój sp. z o.o.  
Prezes Zarządu



UZDROWISKO GOCZAŁKOWICE-ZDRÓJ spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

43-230 Goczałkowice-Zdrój • ul. Uzdrowska 54 • woj. śląskie

• Sekretariat: tel. (32) 449 21 01, fax.: (32) 449 21 17 • [www.gozdroj.pl](http://www.gozdroj.pl) • e-mail: [sekretariat@gozdroj.pl](mailto:sekretariat@gozdroj.pl)

• Centrala telefoniczna.: (32) 449 20 00

NIP 6381811134 • Regon 000291888 • Nr KRS 0000527775 Sąd Rejonowy w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy KRS  
Kapitał Zakładowy: 43.188.000,00 zł wniesiony w całości ING Bank Śląski S. A. O/Pszczyna Nr 14 1050 1315 1000 0001 0136 6839

