

**Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o.o.**  
**11-700 Mrągowo, ul. Wolności 12**

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**  
**zwane dalej „SWKO”**

**do postępowania w trybie konkursu ofert w sprawie umowy na udzielenie zamówienia**

**w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych przez**

- 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów obszaru działania Udzielającego zamówienia przez ratownika medycznego w zakresie ratownictwa medycznego.**
- 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów obszaru działania Udzielającego zamówienia przez ratownika medycznego z tytułem licencjata w zakresie ratownictwa medycznego.**

## **I. Przedmiot zamówienia**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodujących zagrożenie życia, a także w razie innych zachorowań - w zakresie wynikającym z posiadania **zawodu medycznego**, kwalifikacji nabytych w drodze kształcenia podyplomowego oraz posiadanych uprawnień, polegające na :
  - 1) wykonywaniu zadań ratownika medycznego:
    - a) w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia
    - b) w zespołach ratownictwa medycznego podstawowego
    - c) w zespołach transportowych
    - d) w ramach zabezpieczenia medycznego imprez masowych
  - 2) pozostawaniu w gotowości do udzielania świadczeń w razie wystąpienia nadzwyczajnych zagrożeń bądź potrzeb wynikających z bieżących zadań udzielającego zamówienia.
2. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych: **01 kwiecień 2025 r.**

## **II. Realizacja przedmiotu zamówienia**

1. Czas udzielania świadczeń: według miesięcznych grafików ustalanych dla Przyjmującego Zamówienie przez Udzielającego Zamówienia, zapewniających ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.
3. Stosowanie cennika świadczeń zdrowotnych, obowiązującego w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o.
4. Stosowanie wymaganej odzieży ochronnej i roboczej.
5. Udzielający Zamówienia udostępni Przyjmującemu Zamówienie:
  - 1) środki transportu sanitarnego,
  - 2) pomieszczenia przeznaczone do udzielania świadczeń,
  - 3) aparaturę, sprzęt medyczny oraz inne sprzęty, środki i rzeczy, stanowiące wyposażenie środków transportu oraz pomieszczeń,
  - 4) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
  - 5) miejsca wypoczynkowe w pomieszczeniach socjalnych, w miarę istniejących warunków lokalowych,
  - 6) dostęp do systemu informatycznego Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o. po uzyskaniu odpowiednich uprawnień. Brak tych uprawnień uniemożliwia udzielanie świadczeń na podstawie niniejszej umowy.

## **III. Przyjmujący zamówienie**

1. Zamówienie może zostać udzielone **wyłącznie osobom** spełniającym warunki przyjmującego zamówienie, tj. legitymującym się posiadaniem fachowych **kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny** prowadzącym z tym zakresie **działalność gospodarczą** na warunkach określonych w ustawie z dnia 06.03.2018 r., Prawo przedsiębiorców oraz spełniającym wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.
2. **Wymagane kwalifikacje i doświadczenie zawodowe:**
  - 1) Ratownik medyczny  
Osoba, która posiada dyplom zawodowy ratownika medycznego.
  - 2) Ratownik medyczny z tytułem licencjata ratownictwa medycznego  
Osoba, która posiada wykształcenie wyższe w zakresie ratownictwa medycznego.

## **IV. Opis sposobu przygotowania oferty**

1. Oferenci przedstawiają ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w niniejszej specyfikacji.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta - pod rygorem nieważności - powinna być napisana w języku polskim, **na formularzu ofertowym**, stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszej specyfikacji oraz winna być podpisana przez Oferenta.
4. Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.

Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy złożyć w papierowym, zamkniętym opakowaniu, opatrzonym napisem:

1) „Świadczenia zdrowotne ratowników medycznych”

2) „Świadczenia zdrowotne ratowników medycznych z tytułem licencjata”

5. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.
6. Oferta powinna zawierać - wszystkie niżej wymienione informacje, oświadczenia i dokumenty:

1) Informacje:

- a) dane o Oferencie: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, adres, numer telefonu,  
b) Numer PESEL,  
c) Numer REGON,  
d) Numer identyfikacji podatkowej NIP,  
e) oferowany rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych,

2) oferowane stawki ryczałtowe należności za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych możliwe do przyjęcia przez Udzielającego zamówienie:

- w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów obszaru działania Udzielającego zamówienia przez ratownika medycznego lub ratownika medycznego z tytułem licencjata w zakresie ratownictwa medycznego

	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziałach szpitalnych
	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego podstawowych dwuosobowych
	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego podstawowych trzysobowych
	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach transportowych
	- za 1 godzinę w ramach zabezpieczenia medycznego imprez masowych
	- dopłata do godziny dla kierownika zespołu dwuosobowego - dopłata do godziny dla kierownika zespołu trzysobowego

Powyższe informacje Oferent przedstawia **na formularzu oferty**, stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszej specyfikacji.

3) Oświadczenia:

- a) oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursu ofert,  
b) oświadczenie o zapoznaniu się z niniejszą Specyfikacją Warunków Opracowania Oferty,  
c) oświadczenie o zapoznaniu się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych i miejscem ich realizacji,  
d) oświadczenie o posiadaniu wiedzy i umiejętności do realizacji zamówienia oraz udzielaniu świadczeń medycznych w sposób rzetelny oraz zgodny z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością,  
e) oświadczenie o zgodzie do przetwarzania danych osobowych w związku z postępowaniem konkursowym,  
f) oświadczenie o spełnianiu wymagań zdrowotnych, określonych we właściwych przepisach,  
g) oświadczenie o posiadanym stażu wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych, odpowiednio do wymogów cz. III. ust. 2 niniejszej specyfikacji,  
h) oświadczenie o aktualnym świadczeniu, u Udzielającego zamówienia, pracy o charakterze zgodnym z przedmiotem oferty, wraz z podstawą świadczenia tej pracy,  
i) oświadczenie o samodzielnym rozliczaniu się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych,

- j) oświadczenie o przyjęciu obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23.12.2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne oraz terminowego dokumentowania, wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku.
- k) oświadczenie o przyjęciu obowiązku odbycia przeszkolenia przez oferentów z procedur, programów informatycznych, ochrony danych osobowych oraz z zasad eksploatacji ambulansów obowiązujących w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o.
- l) oświadczenie w sprawie prowadzenia działalności konkurencyjnej względem Udzielającego Zamówienia,
- m) oświadczenie, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałem,
- n) oświadczenie o zapoznaniu się ze Standardami Ochrony Małoletnich i Kodeksem Bezpiecznej Relacji.
- o) oświadczenie o zapoznaniu się z Procedurą Zgłaszania przypadków nieprawidłowości, podejmowania działań następczych oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o. o.

#### 4) Dokumenty:

- a) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wraz z numerem właściwego rejestru,
- b) zaświadczenie o posiadanym numerze identyfikacyjnym REGON i NIP / wyciąg z CEiDG,
- c) dyplom uzyskania tytułu zawodowego: ratownik medyczny,
- d) dyplom ukończenia studiów licencjackich w zakresie ratownictwa medycznego
- e) zaświadczenia/dyplomy ukończonych kursów, szkoleń, studiów kierunkowych (dodatkowo, punktowane)
- f) aktualne orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług w charakterze ratownika medycznego, wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy,
- g) zaświadczenia o posiadanym stażu wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem miejsca, okresu i ilości godzin wykonywania usług,
- h) oświadczenia o ilości przepracowanych godzin na dzień złożenia oferty w Zespołach Ratownictwa Medycznego,
- i) kserokopia książeczki doskonalenia zawodowego (ostatnia książeczka ilość punktów i data zakończenia / data rozpoczęcia kolejnego okresu),
- j) zaświadczenie potwierdzające szczepienia WZW,
- k) polisa ubezpieczeniowa OC,
- l) zaświadczenie o szkoleniu okresowym bhp.
- ł) zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.

#### V. Kryteria oceny ofert

Ocenę negatywną, skutkującą odmową udzielenia zamówienia, otrzyma oferta:

- 1) nie spełniająca wymogów określonych w cz. III i IV niniejszej specyfikacji,
- 2) oferująca wyższe stawki ryczałtowe za wykonane świadczenia niż możliwe do przyjęcia przez Udzielającego zamówienia,
- 3) oferująca niepełny zakres,
- 4) jeżeli Udzielający Zamówienia posiada wiedzę o uprzednim rozwiązaniu z Oferentem, z przyczyn leżących po jego stronie, umowy o pracę lub innego stosunku o świadczenie pracy bądź udzielanie świadczeń,
- 5) w przypadku braku wymaganych dokumentów,
- 6) na podstawie negatywnej oceny dotychczasowej pracy lub świadczenia usług przez Oferenta,

Punktacja zostanie przeprowadzona z zastosowaniem następujących kryteriów:

<b>Wykształcenie</b>	
Wyższe w zakresie ratownictwa medycznego	50 pkt
<b>Staż pracy w Szpitalu Mrągowskim w charakterze ratownika medycznego</b>	
powyżej 10 lat	20 pkt
9-10 lat	15 pkt

7-8 lat	10 pkt
5-6 lat	5 pkt
1-4 lat	3pkt
<b>Doskonalenie zawodowe</b>	
kurs doskonalący	po 2 pkt
kurs ALS	po 5 pkt
kurs PALS	po 2 pkt
Kurs BLS	po 1 pkt
szkolenia / seminaria	po 1 pkt
dodatkowe uprawnienia związane bezpośrednio z wykonywanym zawodem	po 1 pkt
<b>Liczba uzyskanych punktów edukacyjnych w okresie rozliczeniowym</b>	
200 pkt	5 pkt
150 pkt	3 pkt
120 pkt	2 pkt
80 pkt	1 pkt
<b>Liczba oferowanych świadczeń</b>	
powyżej 150 godzin	15 pkt
<b>Obecne zatrudnienie / dyspozycyjność / opinie</b>	
Osoba obecnie zatrudniona w charakterze ratownika medycznego lub w charakterze ratownika medycznego/kierowcy	20 pkt
Pozytywne opinie, w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu, od pracodawcy / świadczeniodawcy / usługodawcy	po 2 pkt
<b>Zgodnie z warunkami określonymi w specyfikacji przedmiotu zamówienia</b>	
Maksymalny termin zawarcia umowy	10 pkt

**Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo podpisania umowy z oferentami, którzy uzyskali najwyższe pozycje w rankingu w ilości niezbędnej do zabezpieczenia potrzeb Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o.**

**Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo podpisania umowy z oferentami, którzy zaoferowali stawki zgodne z oczekiwaniami Udzielającego zamówienia.**

#### **VI. Możliwość składania skarg i protestów**

Możliwość składania skarg i protestów odbywa się zgodnie z art. 152, art.153, art. 154 ust 1i 2 Ustawy o działalności leczniczej.

#### **VII. Pozostałe postanowienia**

1. Umowa zawarta będzie na czas określony od dnia **01.04.2025 r.** nie dłużej niż do dnia **31.03.2028r.**
2. Oferent związany jest złożoną ofertą przez 30 dni licząc od następnego dnia po upływie terminu składania ofert.

#### **VIII. Załączniki:**

1. Formularz oferty.
2. Formularz oświadczeń Oferenta.
3. Załącznik nr 3
4. Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIA OFERENTA

**O ś w i a d c z a m, że:**

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
2. Zapoznałam(em) się ze Specyfikacją warunków opracowania oferty.
3. Zapoznałam(em) się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych i miejscem ich realizacji.
4. Posiadam wiedzę i umiejętności do realizacji zamówienia.
5. Udzielam świadczeń medycznych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
6. Spełniam wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.
7. Aktualnie jestem zatrudniony w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. / u innego świadczeniodawcy w charakterze ratownika medycznego:
  - a) na podstawie umowy o pracę w ilości ..... godzin miesięcznie
  - b) na podstawie umowy cywilno-prawnej w ilości ..... godzin miesięcznie
  - c) zgłoszona w Urzędzie pracy jako osoba bezrobotna\*
8. Posiadam następujące wykształcenie:  
.....
9. Posiadam następujący staż pracy:
  - 1) ogółem na stanowisku ratownika medycznego - .....(lat, miesięcy)
  - 2) W Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. na stanowisku ratownika medycznego -.....(lat, miesięcy)
10. Posiadam następującą ilość punktów edukacyjnych: .....
11. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
12. Składając ofertę, wyrażam wolę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.
13. Przyjmuję obowiązek zawarcia, najpóźniej w dniu poprzedzającym datę rozpoczęcia udzielania świadczeń, umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23.12.2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne oraz terminowego dokumentowania, wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku.
14. Przyjmuję obowiązek odbycia przeszkolenia przez oferentów z procedur, programów informatycznych, ochrony danych osobowych oraz z zasad eksploatacji ambulansów obowiązujących w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. przed datą rozpoczęcia udzielania świadczeń.
15. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury postępowania konkursowego –zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2019r. poz. 1781)
16. Jestem \* Nie jestem \* ( \* **niepotrzebne skreślić** ) Zatrudniona/ -ny u przedsiębiorcy prowadzącego konkurencyjną względem Udzielającego Zamówienia działalność gospodarczą polegającą na organizowaniu lub świadczeniu usług zdrowotnych, organizowaniu lub wykonywaniu usług transportu sanitarnego, a także organizowaniu lub świadczeniu innych usług dotyczących ochrony zdrowia, wykonywanych przez Udzielającego Zamówienia.
17. Oświadczam, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji złożonych oświadczeń poprzez żądanie przedstawienia dokumentów źródłowych.

Podpis Oferenta:

(\* **niepotrzebne skreślić**)

Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o.o.

11-700 Mrągowo

ul. Wolności 12

nazwa oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY**

Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu ofert na świadczenie usług medycznych opublikowanego na stronie internetowej i na tablicy ogłoszeń Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o. składam następującą ofertę:

1. Nazwa Oferenta / Podmiot.....

2. Adres działalności.....

3. Adres zamieszkania.....

4. Nr dyplomu ..... Data wydania .....

5. Nr Regon ..... Nr NIP ..... PESEL .....

6. Oferuję:

a) udzielanie świadczeń zdrowotnych jako (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

Ratownik medyczny	
Ratownik medyczny z tytułem licencjata w zakresie	

b) następujące stawki ryczałtowe za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów obszaru działania Udzielającego zamówienia przez ratownika medycznego lub ratownika medycznego z tytułem licencjata w zakresie ratownictwa medycznego

	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziałach szpitalnych
	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego podstawowych dwuosobowych
	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego podstawowych trzyosobowych
	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach transportowych
	- za 1 godzinę w ramach zabezpieczenia medycznego imprez masowych
	- dopłata do godziny dla kierownika zespołu dwuosobowego - dopłata do godziny dla kierownika zespołu trzyosobowego

c) liczba oferowanych świadczeń: ..... godzin miesięcznie

d) termin zawarcia umowy:

od dnia ..... do dnia .....

7. Załączam następujące dokumenty których załączenie nie jest wymagane, jeżeli udzielający zamówienia jest już w ich posiadaniu (kserokopie) : (**niepotrzebne skreślić**) :

- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wydane przez gminę właściwą dla miejsca zamieszkania przedsiębiorcy, wraz z numerem właściwego rejestru / wyciąg z CEDG,
- zaświadczenie o posiadanym numerze identyfikacyjnym REGON,
- zaświadczenie o posiadanym numerze identyfikacyjnym NIP,
- świadectwo ukończenia szkoły kształcącej w zawodzie ratownik medyczny,
- dyplom uzyskania tytułu zawodowego: ratownik medyczny,
- dyplom ukończenia studiów licencjackich w zakresie ratownictwa medycznego,
- oświadczenia o posiadanym stażu wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych, odpowiednio do wymogów cz. III. ust. 2 niniejszej specyfikacji,
- zaświadczenia/dyplomy ukończonych kursów, szkoleń (dodatkowo, punktowane)
- aktualne orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług w charakterze ratownika medycznego, wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy,
- potwierdzenie odbytych szczepień przeciwko WZW,
- polisa ubezpieczeniowa OC,
- zaświadczenie o szkoleniu okresowym bhp.
- kserokopia książeczki doskonalenia zawodowego (ostatnia książeczka ilość punktów i data zakończenia / data rozpoczęcia kolejnego okresu),
- zaświadczenia o posiadanym stażu wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem miejsca, okresu i ilości godzin wykonywania usług,
- oświadczenia o ilości przepracowanych godzin na dzień złożenia oferty w Zespołach Ratownictwa Medycznego (godziny udokumentowane)
- zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.

Data sporządzenia oferty :

Podpis Oferenta :



**Załącznik nr 3 do SWKO**

W związku z nałożonym na pracodawcę obowiązkiem realizacji art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. Z 2023 r., poz. 1304 ze zm.) podaję poniższe dane:

1. Numer Pesel oferenta.....
2. Imiona rodziców oferenta .....
3. Nazwisko rodowe oferenta .....

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę do ich przetwarzania w celu określonym powyżej.

.....

/podpis oferenta/

## Oświadczenie

### o zapoznaniu się ze Standardem Ochrony Małoletnich i Kodeksem Bezpiecznej Relacji

Potwierdzam, że zapoznałem się / zapoznałam się ze Standardami Ochrony Małoletnich obowiązującymi w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. oraz obowiązującym Kodeksem Bezpiecznej Relacji i zobowiązuję do zasad ich stosowania i przestrzegania.

Imię i nazwisko .....

Stanowisko .....

Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis pracownika)