



SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Sejnach

ul. Edwarda Rittlera 2
16-500 Sejny



tel. (87) 517-73-14
fax (87) 517-23-35

www.szpital.sejny.pl
sekretariat@szpital.sejny.pl

NIP: 844-17-84-785
REGON: 790317340

Nr rachunku bankowego: 95 9359 0002 0023 3310 2000 0002

Załącznik nr 1
do zarządzenia nr 03/2020
Z dnia 07.02.2020 r.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT
na świadczenie usług zdrowotnych w roku 2020 w SP ZOZ w Sejnach

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZYGOTOWANIA OFERT

- 1.1. Oferty składa się w zamkniętej kopercie w formie pisemnej pod rygorem nieważności, w miejscu i czasie określonych w ogłoszeniu.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta - pod rygorem nieważności - powinna być napisana w języku polskim, na udostępnionym formularzu:
 - obowiązuje wpisanie aktualnych danych w każdej pozycji formularza oraz załączenie kopii wymaganych dokumentów wymienionych w formularzu oferty,
 - należy określić oferowaną stawkę ryczałtową należności za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - oferta powinna być podpisana przez oferenta lub pełnomocnika - wówczas do oferty należy dołączyć pełnomocnictwo.
4. Ogłaszający konkurs wymaga złożenia oferty na formularzu udostępnionym przez Ogłaszającego. Formularz oferty dostępny będzie bezpłatnie w pok. nr 5 Administracji SP ZOZ w Sejnach, ul. Dr Edwarda Rittlera 2 w okresie od 07 lutego 2020 r. 27 lutego 2020 roku w każdy roboczy dzień tygodnia w godzinach 7.00 - 14.00.
5. Oferta powinna zawierać załączniki wskazane w pkt. IV.

II. TRYB OTWARCIA I OCENY OFERT

- 2.1. Otwieranie ofert jest jawne i nastąpi w miejscu i terminie wskazanym w ogłoszeniu.
2. Podczas otwierania kopert z ofertami oferenci mogą być obecni oraz mogą składać wyjaśnienia i oświadczenia do protokołu.
3. Komisja konkursowa w części jawnej ogłasza obecnym oferentom, które z ofert będą brały udział w konkursie, a które zostają odrzucone.
4. Odrzuceniu podlega oferta:
 - a) złożona po terminie,
 - b) zawierająca nieprawdziwe informacje,
 - c) jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej,
 - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
 - e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
 - f) jeżeli świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną,



SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Sejnach

ul. Edwarda Rittlera 2
16-500 Sejny



tel. (87) 517-23-14
fax (87) 517-23-35

www.szpital.sejny.pl
sekretariat@szpital.sejny.pl

NIP: 844-17-84-785
REGON: 790317340

Nr rachunku bankowego: 95 9359 0002 0023 3310 2000 0002

g) jeżeli Oferent lub oferta nie odpowiadają warunkom określonym w przepisach prawa oraz w Szczegółowych warunkach konkursu ofert.

5. Ocena i wybór najkorzystniejszych ofert następuje w części niejawniej konkursu.

6. Oceniane będą tylko te oferty, które spełniają w całości wymagania Szczegółowych Warunków Konkursu.

7. Zamówienie zostanie udzielone Wykonawcy, który spełnia wszystkie warunki udziału w postępowaniu oraz uzyska największą liczbę punktów wg poniżej wymienionych kryteriów:

- cena - 100%

Zamawiający oceni i porówna oferty w ramach ww. kryterium w następujący sposób:

Najniższa cena ofertowa / cena oferty badanej x 100%

Cena oferowana - oświadczeniem woli oferenta w zakresie wysokości stawek za godzinę udzielania danego rodzaju świadczeń zawartym w ofercie - jeżeli stawka określona w ofercie przewyższa cenę za jedną godzinę udzielania świadczeń w danym zakresie przeznaczoną na finansowanie zamówienia, wybór oferty nastąpi po przeprowadzonych indywidualnych negocjacjach z Ogłaszającym konkurs na podstawie protokołu z negocjacji.

III. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

3.1. Z przebiegu konkursu sporządza się protokół, który powinien zawierać:

- a) oznaczenie miejsca i czasu rozpoczęcia i zakończenia konkursu,
- b) imiona i nazwiska członków komisji konkursowej,
- c) wykaz zgłoszonych ofert,
- d) wykaz ofert odpowiadających warunkom określonym w konkursie,
- e) wykaz ofert nie odpowiadającym warunkom określonym w konkursie lub zgłoszonych po terminie wraz z uzasadnieniem,
- f) wyjaśnienia i oświadczenia oferentów,
- g) wskazanie najkorzystniejszych dla Udzielającego zamówienia ofert, albo stwierdzenia, iż żadna z ofert nie została przyjęta do realizacji wraz z uzasadnieniem,
- h) podpisy członków komisji konkursowej.

2. Rozstrzygnięcie postępowania ogłoszone zostanie w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu.

3. Ogłoszenie, o którym mowa w ust.2, zawiera nazwę /firmę/, albo imię i nazwisko oraz siedzibę oferenta, który został wybrany.

4. Udzielający zamówienie zaprosi w formie pisemnej lub telefonicznie wybranych oferentów do podpisania umów.

IV. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW



SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Sejnach

ul. Edwarda Rittlera 2
16-500 Sejny



tel. (87) 517-23-14
fak (87) 517-23-35

www.szpital.sejny.pl
sekretariat@szpital.sejny.pl

NIP: 844-17-84-785

REGON: 790317340

Nr rachunku bankowego: 95 9359 0002 0023 3310 2000 0002

o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

2. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

DYREKTOR
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO
ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEJNACH

Waldemar Kwaterski