

Gołdap, 22.05.2017 r.

Urząd Miejski w Gołdapi  
Plac Zwycięstwa 14  
19-500 Gołdap



OPR.2600.16.2017

## KONKURS OFERT

### I. Nazwa i adres Zamawiającego:

Gmina Gołdap

z siedzibą w Gołdapi, Plac Zwycięstwa 14, 19-500 Gołdap,

NIP 847-158-70-61, REGON 790671231

tel. +48 87 615-60-00, +48 87 615-08-00

e-mail: pom@goldap.pl

reprezentowana przez Tomasza Luto – Burmistrza Gołdapi.

### II. Tryb udzielania zamówienia:

1. Na podstawie art. 9 b i art. 48 b ust 2-4 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r.,
2. Tryb postępowania: konkurs ofert.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od niniejszego konkursu ofert na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

### III. Przedmiot zamówienia.

Świadczenie usług zdrowotnych w ramach projektu „Lekarze specjaliści dla Gołdapi” finansowanego ze środków Budżetu Obywatelskiego Gminy Gołdap na 2017 r., w zakresie dermatologii, tj. diagnostyki nieinwazyjnej w gabinecie lekarskim oraz porad/konsultacji dermatologicznych.

Proszę o przedstawienie swojej oferty na wykonywanie ww. świadczeń usługobiorcom.

### Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest:

- udzielanie porad/ konsultacji z zakresu dermatologii
- wykonywanie nieinwazyjnej diagnostyki z zakresu dermatologii

**Szczegółowe warunki zamówienia:**

Miejsce realizacji zlecenia:

Gołdap

**Oczekiwany czas pracy:**

10 wizyt po 8 godzin

**IV. Termin realizacji przedmiotu zamówienia.**

czerwiec 2017 r. - grudzień 2017 r.

**V. Warunki udziału w postępowaniu:**

**Warunki jakie musi spełniać Oferent:**

- a. wykształcenie kierunkowe: lekarz specjalista w zakresie dermatologii,
- b. minimum 2-letnie doświadczenie przy udzielaniu świadczeń wyżej wymienionych,
- c. doświadczenie w zakresie diagnostyki i poradnictwa w zakresie dermatologii,
- d. posiadanie aktualnej polisy OC w przedmiotowym zakresie.

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się podmioty:

- posiadające uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności,
- posiadające wiedzę i doświadczenie związane z przedmiotem zamówienia,
- dysponujące odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
- znajdujące się w odpowiedniej sytuacji ekonomicznej i finansowej.

Nie dopuszcza się świadczenia usługi w formie telemedycyny.

**VI. Wymagania dotyczące oferty:**

Oferta powinna zawierać:

1. Wypełniony formularz ofertowy, przygotowany zgodnie z wzorem stanowiącym załączniki nr 2 i nr 3 – oświadczenia do niniejszego konkursu ofert.
2. Oświadczenia i kserokopie wymienione w specyfikacji, stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszego konkursu ofert.
3. Ofertę należy złożyć w terminie do dnia 30.05.2017 r. do godziny 14:00 w formie pisemnej w zamkniętej kopercie z opisem „Świadczenie usług zdrowotnych w ramach Budżetu Obywatelskiego – specjalność dermatolog ” w Punkcie Obsługi Mieszkańców w Urzędzie Miejskim w Gołdapi, Plac Zwycięstwa 14, 19-500 Gołdap.

## VII. Kryteria oceny ofert:

### Cena – 100%

Oferta o najniższej cenie jednostkowej uzyska maksymalną ilość punktów, tj.: 10 pkt. Pozostałym oferentom przyznana zostanie odpowiednio mniejsza (proporcjonalnie mniejsza) ilość punktów wg wzoru:

$(\text{cena najniższa} / \text{cena badanej oferty}) \times 10$ .

1. Wykonawca wypełni formularz ofertowy (**załącznik nr 2 i załącznik nr 3- oświadczenia**).
2. Cena podana w ofercie powinna obejmować wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia oraz z warunkami stawianymi przez Zamawiającego.
3. Cena ofertowa musi być podana w formie ryczałtu.
4. Cena może być tylko jedna. Nie dopuszcza się wariantowości cen.

## VIII. Pozostałe informacje:

1. Otwarcie ofert nastąpi 30.05.2017 r. o godzinie 14:15 w siedzibie Zamawiającego – Urząd Miejski w Gołdapi, Plac Zwycięstwa 14, 19-500 Gołdap w pokoju nr 39.
2. Zamawiający udzieli zamówienia Oferentowi, którego oferta odpowiada wszystkim wymaganiom określonym w niniejszym zamówieniu ofertowym, a która została oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o podane kryterium ceny.
3. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może zażądać od oferentów dodatkowych wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
4. Osobą uprawnioną do kontaktu ze strony Zamawiającego w zakresie przedmiotu zamówienia jest Ewa Bogdanowicz-Kordjak, tel. 87 615 60 56, e-mail: ewa.bogdanowicz-kordjak@goldap.pl.
5. W terminie 2 dni od daty przesłania zawiadomienia o wyborze Oferenta wyłoniony podmiot dostarczy Zamawiającemu projekt umowy.
6. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania, na każdym jego etapie bez podania przyczyny.

### Załączniki:

**Załącznik nr 1** – Specyfikacja zamówienia

**Załącznik nr 2** – Formularz ofertowy

**Załącznik nr 3** - Oświadczenia

BURMISTRZ  
GÓLDAPI

*Tomasz Luto*

## Załącznik nr 1 do konkursu ofert nr OPR.2600.16.2017

### **Specyfikacja zamówienia do konkursu ofert na świadczenie usług zdrowotnych przez lekarzy specjalistów na terenie miasta Gołdapi na rzecz uczestników projektu „Lekarze specjaliści dla Gołdapien” realizowanego w ramach Budżetu Obywatelskiego.**

1. Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usług zdrowotnych przez lekarzy specjalistów polegających na:

- a) przeprowadzenie badań mieszkańców Gminy Gołdap oraz wydanie niezbędnych skierowań na badania,
- b) wykonanie w gabinecie niezbędnych badań dla postawienia diagnozy lub kontynuacji prowadzonego przez lekarza procesu leczenia,
- c) podjęcie decyzji, co do dalszego leczenia na podstawie badania oraz wywiadu z pacjentem, a także na podstawie dokumentacji medycznej stanu chorobowego pacjenta,
- d) ordynacja leków.

2. Przedmiotem świadczenia będzie:

- a) pierwsza konsultacja winna dotyczyć wywiadu, rozmowy z pacjentem i oceny ogólnego stanu zdrowia, wykonania niezbędnych i możliwych do wykonania badań pacjenta w gabinecie lekarskim, jak i wydanie niezbędnych skierowań na badania.
- b) kolejna konsultacja winna dotyczyć weryfikacji wyników badań, wydania zaleceń lekarskich jak i postawienia diagnozy, ustalenie leczenia, w razie potrzeby ustalenia leczenia farmakologicznego, po skompletowaniu przez uczestnika lub uczestniczkę projektu wyników wszystkich badań, które zostały zalecone przez lekarza specjalistę.

3. Przedmiot zamówienia świadczony będzie na terenie Gminy Gołdap.

4. Pozostałe informacje:

- a) Zamawiający wymaga, aby lekarze, którzy świadczyć będą usługi posiadali uprawnienia i kwalifikacje wymagane obowiązującymi przepisami,
- b) Oferent zobowiązany będzie do rzetelnego wykonywania świadczeń z wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny.
- c) Usługi te będą świadczone w dniach i godzinach ustalonych w porozumieniu przez Zamawiającego i Oferenta.
- d) Usługi będą świadczone w pomieszczeniach wynajętych przez Zamawiającego, przy użyciu urządzeń, sprzętu i wyposażenia Oferenta.
- e) Oferent oświadcza, że sprzęt którym dysponuje jest przystosowany do świadczenia usług medycznych i umożliwia prawidłowe przeprowadzenie usług medycznych.
- f) Oferent prowadzić będzie dokumentację medyczną z przeprowadzonych konsultacji medycznych, dokumenty te Oferent przekaze uczestnikom i uczestniczkom, na rzecz których świadczył usługi medyczne po wykonaniu przedmiotu zamówienia.
- g) Oferent przekaze Zamawiającemu z przeprowadzonych konsultacji medycznych dokumentacje w postaci karty konsultacji potwierdzającej wykonanie usługi każdego uczestnika i uczestniczki projektu.
- h) Oferent bierze na siebie pełną odpowiedzialność za szkody wyrządzone Zamawiającemu lub osobom trzecim w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania usługi.
- i) Zamawiający ma prawo sprawowania bieżącej kontroli wykonywania warunków umowy z zastrzeżeniem możliwości jednostronnego odstąpienia za skutkiem natychmiastowym przez Zamawiającego w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wynikających z winy Oferenta w szczególności nie realizowania ustalonych usług.

## **5. Kod(y) CPV**

**85121100-4 Ogólne usługi lekarskie**

**85120000-6 Usługi medyczne i podobne**

**85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne**

**85148000-8 Usługi analizy medycznej**

6. W celu potwierdzenia, że Oferent spełnia warunek udziału w postępowaniu Oferent przedłoży wraz z ofertą oświadczenie, iż posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania tj. jest osobą posiadającą uprawnienia do świadczenia usług z zakresu danej specjalizacji lekarskiej. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana za zasadzie spełnia/nie spełnia.
7. Oferent przedłoży wraz z ofertą kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osoby udzielającej świadczeń ( prawo wykonywania zawodu, dyplom lekarza, specjalizacje )
8. Oferty niespełniające warunków zdefiniowanych w konkursie ofert nie będą rozpatrywane.
9. Zamawiający zastrzega sobie możliwość wglądu w dokumenty potwierdzające spełnianie wyżej wymienionych warunków przed podpisaniem umowy na wykonanie usług.

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Oferenta .....

Adres Oferenta .....

Faks /e-mail na, który Zamawiający ma przysyłać korespondencję

.....

NIP .....

REGON .....

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe gminy Gołdap dotyczące, świadczenia usług medycznych w ramach Projektu „Lekarze specjaliści dla Gołdapien” realizowanego w ramach Budżetu Obywatelskiego (OPR.2600.16.2017) oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Lp	Kategoria wydatku	Cena netto przez cały okres obowiązywania umowy	Cena brutto przez cały okres obowiązywania umowy
1	CENA JEDNEJ WIZYTY /CENA JEDNEGO PRZYJAZDU		

Deklaracja Oferenta: dni tygodnia liczby godzin i liczby pacjentów możliwych do realizacji w czasie jednej wizyty:

Dni przyjęć	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
Liczba godzin						
Szacunkowa liczba pacjentów przyjętych w czasie jednej wizyty						

Deklaracja Oferenta w sprawie sprzętu medycznego, którym dysponuje, niezbędnym do świadczenia usługi w ramach niniejszego zamówienia na terenie Gminy Gołdap:

Sprzęt medyczny, którym dysponuję i będę wykorzystywał podczas realizacji oferty	

1. Oświadczam, że posiadam konieczne informacje dotyczące realizacji projektu oraz przygotowania i złożenia oferty.
2. Oświadczam, że wynagrodzenie (cena) zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres **21 dni** licząc od dnia upływu terminu wyznaczonego do składania ofert.
4. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że udzielam **30** dniowego terminu płatności.

**Ofertę podpisali :**

.....  
/podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Oferenta/

....., dnia .....

**Załącznik nr 3 do konkursu ofert nr OPR.2600.16.2017**

1. Oświadczam, iż posiadam wykształcenie kierunkowe lekarz specjalista w zakresie :

.....  
.....

.....  
(data i podpis Oferenta)

2. Oświadczam, iż posiadam minimum 2-letnie doświadczenie przy udzielaniu świadczeń w zakresie:

.....  
.....

.....  
(data i podpis Oferenta)

3. Oświadczam, iż posiadam aktualną polisę OC w zakresie:

.....  
.....

.....  
(data i podpis Oferenta)