

## OGŁOSZENIE

w sprawie składania ofert w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu.

Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Olsztynie ul. Piłsudskiego 71A – działając na podstawie art.26 ust. 3 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2020r. poz. 295 z późn. zmianami), zaprasza do składania ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących:

1. **Udzielanie konsultacji i wykonywanie badań w zakresie medycyny pracy i innych badań wykonywanych przez WOMP, wynikające z odrębnych przepisów,**
2. **Badanie kierowców i kandydatów na kierowców**
3. **Badania osób ubiegających się o pozwolenie na broń lub posiadających pozwolenie na broń.**
4. **Badania kwalifikowanych pracowników ochrony.**

Szczegółowe informacje dotyczące warunków konkursu, w tym: formularz ofertowy, projekt umowy, informacje dotyczące przedmiotu zamówienia można uzyskać w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Olsztynie ul. Piłsudskiego 71A sekretariat tel. 89 67 88 300.

Oferty w formie pisemnej, w zamkniętych kopertach należy złożyć w Sekretariacie WOMP **w terminie do dnia 20.12.2024r. godz. 10<sup>00</sup>**

Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert.

KIEROWNIK PRZYCHODNI  
lek. Ewa Gawłtońska

## **SZCZEGÓLWE INFORMACJE DOTYCZĄCE KONKURSU OFERT NA ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH**

### **1. Nazwa i adres Zamawiającego**

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Olsztynie  
ul. Piłsudskiego 71A  
10-449 Olsztyn  
tel/fax 089 67-88-300  
NIP 739-29-60-045  
Regon 510533055

### **2. Tryb udzielenia zamówienia**

Postępowanie prowadzone w trybie konkursu ofert na podstawie art 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2020r.. poz. 295 z późn. zmianami)

### **3. Przedmiot zamówienia – udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

- A. Prowadzenie badań z zakresu medycyny pracy w siedzibie Zamawiającego. Badania odbywać się będą co najmniej 3 dni w tygodniu, nie krócej niż 6 godz. dziennie (w godzinach pracy zakładu tj. 7.15-14.50).
- B. Badania kierowców i kandydatów na kierowców.
- C. Badania osób ubiegających się o pozwolenie na broń oraz osób posiadających pozwolenie na broń.
- D. Badania wykwalifikowanych pracowników ochrony.

### **4. Termin i miejsce wykonania zamówienia**

Realizacja zamówienia w okresie 01.01.2025r. do 31.12.2025r.  
Miejsce: siedziba Zamawiającego, tj. Al. Marsz. J. Piłsudskiego 71A, 10-449 Olsztyn

### **5. Opis warunków udziału w postępowaniu konkursowym**

W postępowaniu mogą wziąć udział oferenci, którzy spełniają warunki określone w art. 17 lub 18 oraz art. 5, 22, 25 i ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020r. poz. 295 z późn. zmianami) i złożą ofertę w określonym terminie.

### **6. Informacje o oświadczeniach i dokumentach jakie należy dołączyć do oferty:**

Oferent do oferty dołącza kserokopie dokumentów potwierdzając własnoręcznym podpisem „za zgodność z oryginałem”:

- a. Dyplom ukończenia Studiów Medycznych
- b. Prawo wykonywania zawodu
- c. Dyplom specjalizacji I<sup>o</sup> lub II<sup>o</sup>
- d. Polisa ubezpieczeniowa OC zawarta w zakresie określonym w art 25 ust.1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej / Zamawiający dopuszcza przedłożenie dokumentu do dnia podpisania umowy/

- e. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej ( w przypadku osób fizycznych) lub odpis KRS
- f. Oświadczenie że nie jest:
  - ✓ zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentyisty lub przepisów o izbach lekarskich,
  - ✓ ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
  - ✓ pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem
  - ✓ środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

## **7. Termin związania ofertą**

Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert i wynosi 30 dni.

## **8. Oferta powinna zawierać:**

- a. wypełniony formularz ofertowy,
- b. oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu w formie pisemnej,
- c. kserokopie dokumentów potwierdzone własnoręcznym podpisem oferenta „za zgodność z oryginałem”,
- d. koperta zaklejona i zaadresowana na zamawiającego z napisem „KONKURS” oraz adresem zwrotnym, oferent może zaoferować tylko jedną cenę

## **9. Istotne dla stron postanowienia dotyczące umowy**

Wzór umowy w załączeniu.

## **10. Kryteria oceny ofert**

Porównanie ofert w toku niniejszego postępowania dokonuje się według ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

## **11. Pouczenie o środkach ochrony prawnej przysługujące oferentowi.**

- 11.1 W toku niniejszego postępowania, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
- 11.2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
- 11.3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
- 11.4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
- 11.5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Funduszu.
- 11.6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
- 11.7. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Kierownika Zamawiającego, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
- 11.8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

**12. Termin otwarcia ofert. Termin rozstrzygnięcia**

12.1 Otwarcie ofert w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny w Olsztynie ul. Piłsudskiego 71A w dniu **20.12.2024r** o godz. **10<sup>00</sup>**.

12.2 Ogłoszenie o wyborze zostanie opublikowane w terminie 7 dni od otwarcia ofert na stronie internetowej Zamawiającego.

2024 -12- 13

.....  
/data/

KIEROWNIK PRZYCHODNI

.....  
lek. Ewa Gawrońska  
/podpis/

## OFERTA

w postępowaniu o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne ogłoszone przez  
Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Olsztynie  
ul. Piłsudskiego 71 A 10-449 Olsztyn

1. Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi informacjami dotyczącymi udziału w konkursie

.....  
podpis oferenta

2. Dane o ofercie:

2.1 nazwa i siedziba podmiotu leczniczego / indywidualnej praktyki lekarskiej:

.....  
.....  
.....

2.2 imię i nazwisko, adres oraz nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu

.....  
.....  
.....

3. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz spełniających wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach (*dotyczy podmiotu leczniczego*) / Prawo wykonywania zawodu, specjalizacja w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych (*dotyczy indywidualnej praktyki lekarskiej*)

.....  
.....  
.....

4. Oświadczam, że podmiot leczniczy stosuje wyroby odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2020 ,poz. 186 ) /*jeżeli nie dotyczy wykreślić*/

.....  
podpis oferenta

5. Wskazanie umowy odpowiedzialności cywilnej zgodnie z art.25 ustawy o działalności leczniczej

.....  
6. Oświadczam, iż nie jestem (*dotyczy indywidualnej praktyki lekarskiej, przekreślić, jeżeli nie dotyczy*):

- a) zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,
- b) ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- c) pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....  
podpis oferenta

8. Wskazanie nr i daty wpisu do ewidencji działalności gospodarczej */jeśli dotyczy/*

.....  
9. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia wynosi:

- wynagrodzenie za jedną godzinę pracy ..... (słownie: .....)

Załączniki:

- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....
- 4. ....
- 5. ....
- 6. ....

.....  
/data/

.....  
/podpis

**UMOWA**  
**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

zawarta w dniu ..... w Olsztynie, w trybie art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 1638), pomiędzy:

**Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy** w Olsztynie ul. Piłsudskiego 71A, 10-449 Olsztyn, NIP 739-29-60-045, REGON 510533055, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Sądzie Rejonowym w Olsztynie, Sąd Rejonowy w Olsztynie, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000000494, reprezentowanym przez:

**Dyrektora – Przemysława Gawrońskiego**

zwanym dalej **Zleceniodawcą**

a

zwanym dalej **Zleceniobiorcą**

następującej treści:

**§ 1**

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów skierowanych przez Zleceniodawcę, polegających na przeprowadzaniu badań w zakresie **medycyny pracy**.

**§ 2**

1. Zleceniobiorca będzie udzielał świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy w gabinecie lekarskim na terenie Przychodni Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy przy ul. Piłsudskiego 71A udostępnionym w tym celu przez Zleceniodawcę.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszej umowy w dniach i w godzinach ustalonych przez strony. Zleceniobiorca otrzyma informację o dniach i godzinach wyznaczonych do realizacji świadczeń zdrowotnych w Rejestracji Przychodni.
3. Rejestracja pacjentów przyjmowanych przez Zleceniobiorcę odbywać się będzie w rejestracji znajdującej się na terenie Przychodni Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy przy ul. Piłsudskiego 71A.

**§ 3**

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się prowadzić wymaganą przepisami prawa dokumentację medyczną oraz ewidencję udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Zleceniodawca może kontrolować rzetelność i prawidłowość prowadzenia wskazanej w ust. 1 powyżej dokumentacji oraz ewidencji.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach działalności leczniczej.
4. Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielania niezbędnych informacji i przedkładania dokumentów, o których mowa w ust. 1-3 powyżej oraz stanowiących podstawę wypłaty wynagrodzenia za wykonane zamówienie na każde żądanie Zleceniodawcy oraz poddać się kontroli Zamawiającego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

#### § 4

Zleceniobiorca z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych, objętych zakresem niniejszej umowy, otrzyma wynagrodzenie w wysokości .....zł ( słownie: .....złoty) za jedną godzinę pracy.

#### § 5

1. Zleceniobiorca będzie wystawiał faktury lub rachunek za wykonane usługi w oparciu o miesięczną ewidencję wykonywania świadczeń zdrowotnych, w terminie do 5-tego dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
2. Należności wynikające z faktur lub rachunku płatne będą w terminie 14 dni od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej faktury lub rachunku do Zleceniodawcy na rachunek bankowy Zleceniobiorcy podany na rachunku lub fakturze.
3. W razie zwłoki w zapłacie wynagrodzenia Zleceniobiorcy przysługują odsetki ustawowe.

#### § 6

1. Zleceniodawca dla celów realizacji niniejszej umowy na własny koszt:
  - a) przeprowadzi wymagane szkolenia z zakresu BHP związane z powierzonymi obowiązkami,
  - b) skieruje Zleceniobiorcę na profilaktyczne badania lekarskie zgodnie z obowiązującymi wymogami.
2. W przypadku, gdy Zleceniobiorca posiada aktualne zaświadczenia w zakresie o którym mowa w ust.1 powyżej, dostarczy Zleceniodawcy kopie zaświadczeń w terminie 5 dni od dnia podpisania umowy.

#### § 7

1. Zleceniobiorca oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Suma gwarancyjna ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, nie może być niższa niż minimalna suma gwarancyjna takiego ubezpieczenia wynikająca z obowiązujących przepisów prawa.
3. Zleceniobiorca ponosi pełną odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentom w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszej umowy.

#### § 8

Zleceniobiorca zobowiązuje się przedstawić Zleceniodawcy dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w § 7, w terminie 5 dni od zawarcia niniejszej umowy, a w przypadku jej wygaśnięcia w czasie obowiązywania umowy, w terminie 5 dni od dnia nawiązania lub kontynuacji umowy ubezpieczenia.

#### § 9

Zleceniobiorcy w czasie trwania powyższej umowy w ciągu roku kalendarzowego przysługiwać będzie przerwa w świadczeniu usług medycznych w ilości:

- 20 dni roboczych bez prawa do wynagrodzenia.

#### § 10

W wyjątkowych sytuacjach, po uprzednim uzgodnieniu i uzyskaniu pisemnej zgody Zleceniodawcy, Zleceniobiorca może wykonywać przedmiot niniejszej umowy przez osobę trzecią.



## § 11

**Umowa zostaje zawarta na czas oznaczony od dnia 01.01.2025 r. do dnia 31.12.2025 r.**

## § 12

1. Umowa ulega rozwiązaniu wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. Umowa ulega rozwiązaniu bez zachowania terminów wypowiedzenia w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy, a w szczególności, gdy:
  - a) Zleceniobiorca nie udziela pacjentom skierowanym przez Zleceniodawcę świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową lub utracił uprawnienia do realizacji tych świadczeń,
  - b) Zleceniobiorca nie prowadzi wymaganej dokumentacji medycznej lub ewidencji udzielanych świadczeń zdrowotnych o których mowa w § 3 ust. 1 -3,
  - c) Zleceniobiorca nie poddał się kontroli Zleceniodawcy.

## § 13

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

## § 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638).

## § 15

Wszelkie spory związane lub wynikłe z zawarcia i wykonywania niniejszej umowy będzie rozpatrywał Sąd, miejscowo właściwy dla siedziby Zleceniodawcy.

## § 16

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

.....

.....