



SZPITAL UNIwersYTECKI  
W KRAKOWIE

# SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie  
rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów leczonych w  
zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia  
sercowego KOS ZAWAŁ

Kraków 2023

DFK.424.18.2023

## **PRZEPISY OGÓLNE**

### **Szczegółowe warunki konkursu ofert**

1. Szczegółowe warunki konkursu ofert (SWKO) określają zasady przeprowadzenia konkursu, jego przedmiot, podmioty uprawnione do składania ofert, wymagania stawiane Oferentom, sposób przygotowania i złożenia ofert, tryb oraz kryteria wyboru najkorzystniejszej oferty, środki odwoławcze oraz inne niezbędne informacje dotyczące konkursu.

### **Podstawa prawna**

2. Postępowanie konkursowe prowadzone jest w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

### **Definicje**

3. Ilekroć w SWKO lub w załącznikach do nich jest mowa o:
  - a) Oferencie - rozumie się przez to podmiot, który złożył ofertę w ramach niniejszego postępowania konkursowego,
  - b) Udzielającym Zamówienie - rozumie się przez to Szpital Uniwersytecki w Krakowie,
  - c) Przyjmującym Zamówienie – rozumie się przez to wyłonionego w konkursie Oferenta, który podpisał umowę o realizowanie świadczeń będących przedmiotem konkursu z Udzielającym Zamówienie,
  - d) KOS-zawał– rozumie się przez to zakres świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego,
  - e) Ośrodkiem koordynującym KOS-zawał – należy przez to rozumieć Oddziały Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie;
  - f) Koordynatorze Oddziału - należy przez to rozumieć Koordynatora Oddziałów Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
  - g) Koordynatorze programu KOS–zawał – należy rozumieć osobę wyznaczoną do nadzorowania planu leczenia pacjenta;
  - h) Dniach roboczych- rozumie się przez to dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w rozumieniu ustawy z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy.
  - i) Płatniku – należy przez to rozumieć Narodowy Fundusz Zdrowia lub inny podmiot finansujący świadczenia zdrowotne ze środków publicznych.
  - j) Harmonogramie – należy przez to rozumieć harmonogram wykonania świadczeń zdrowotnych.
  - k) Przedmiocie konkursu - rozumie się przez to świadczenia opisane w pkt.4-5 SWKO,
  - l) Kancelarii – rozumie się przez to Kancelarię Szpitala Uniwersyteckiego zlokalizowaną w budynku przy ul. Kopernika 36 w Krakowie,
  - m) Umowie – rozumie się przez to wzór umowy wraz z załącznikami przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący Załącznik Nr 7 do SWKO.

## **ZAKRES KONKURSU**

### **Przedmiot konkursu**

4. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

| <b>Pakiet</b> | <b>Tryb udzielania świadczeń</b> | <b>zakres</b>                                                                                                                                                                               | <b>warunki realizacji świadczeń</b>                                                                                 |
|---------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nr 1          | dzienny                          | rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego | zgodnie z obowiązującymi wymaganiami MZ i NFZ w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego KOS -zawał |
| Nr 2          | stacjonarny                      | rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach stacjonarnych                  |                                                                                                                     |

Przedmiot konkursu obejmuje świadczenia na rzecz pacjentów leczonych w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego KOS -zawał

### **Zakres świadczeń**

5. W ramach zawartej umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany będzie do udzielania na rzecz Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej na rzecz pacjentów leczonych w zakresie kompleksowej opieki KOS –zawał.

Udzielający Zamówienie, jako ośrodek pełniący funkcję koordynatora w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia współpracuje ze stronami w zakresie i na warunkach określonych w:

Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Zarządzeniu Prezesa Narodowego funduszu Zdrowia w zakresie realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego

### **Inne obowiązki Przyjmującego Zamówienie obejmują:**

- Spełnianie wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej dla poszczególnych zakresów oraz Rozporządzenia i Zarządzenia w zakresie kompleksowej opieki KOS –zawał;
- rzetelne udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i właściwym kodeksem etyki zawodowej oraz właściwymi przepisami prawa;
- ściśłą współpracę z ośrodkiem koordynującym w zakresie kompleksowej opieki KOS –zawał;
- Świadczenia udzielane będą zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Przyjmującego Zamówienie, przy współpracy koordynatora kompleksowej opieki KOS –zawał.,
- Dzień przyjęcia na świadczenia rehabilitacyjne wyznacza się z zachowaniem terminu określonego w wytycznych MZ i NFZ dla realizacji KOS-zawał.

**Ponadto do obowiązków Przyjmującego Zamówienie należeć będzie w szczególności:**

- a. Znajomość i przestrzeganie praw pacjenta,
- b. Prowadzenie aktualnej i systematycznej dokumentacji pacjentów leczonych i nowo przyjętych, zgodnie ze standardami oraz regulacjami wewnętrznymi prowadzenia dokumentacji obowiązującymi u Udzielającego Zamówienie oraz w oparciu o obowiązujące przepisy (Rozporządzenia MZ, zarządzenia Prezesa NFZ), przekazywanie danych w formie umożliwiającej rozliczenie z Płatnikiem,
- c. Znajomość i przestrzeganie przepisów Udzielającego Zamówienie wynikających z realizacji Programu Akredytacji Szpitala oraz norm ISO 14001, 45001.
- d. Znajomość i przestrzeganie regulaminów porządkowych Udzielającego Zamówienie.
- e. Znajomość i przestrzeganie regulacji prawnych, w tym w szczególności Rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz Zarządzenia Prezesa NFZ w zakresie kompleksowej opieki KOS – zawał.

#### **f. Harmonogram udzielania świadczeń**

5. Świadczenia udzielane będą zgodnie z harmonogramem, określonym przez Przyjmującego Zamówienie, po uzgodnieniu z Koordynatorem nadzorującym plan leczenia pacjenta (telefonicznie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej), w terminie określonym w wytycznych MZ i NFZ dla realizacji KOS – zawał.
6. Rzeczywista ilość świadczeń uzależniona będzie od bieżących potrzeb Udzielającego Zamówienie.

#### **Oferenci**

7. Oferta może zostać złożona tylko przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, który posiada personel dysponujący wiedzą i doświadczeniem oraz odpowiednie warunki finansowe, pozwalające mu na wykonywanie dla Udzielającego Zamówienie świadczeń w zakresie opisanym w SWKO oraz zgodne z warunkami podpisanej umowy.

Oferent musi posiadać wpis w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie odpowiednim do świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert tj.

- pakiet nr 1 - 2300 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej lub 2302 Zakład/Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej, lub 2308 - Zakład/Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej dziennej
- pakiet nr 2 - 4300 Oddział rehabilitacyjny lub 4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej

Udzielający zamówienie dopuszcza składanie ofert na wybrany pakiet lub na oba pakiety.

#### **WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM**

8. Udzielający Zamówienie określa następujące warunki dotyczące personelu medycznego Oferenta:

Pakiet nr 1 rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego – zgodnie z obowiązującymi wymaganiami MZ i NFZ w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego KOS -zawał oraz załącznikiem do obowiązującego rozporządzenia MZ – wykaz świadczeń gwarantowanych w rodzaju rehabilitacja lecznicza,

Pakiet nr 2 rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach stacjonarnych - zgodnie z obowiązującymi wymaganiami MZ i NFZ w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego KOS -zawał oraz załącznikiem do obowiązującego rozporządzenia MZ – wykaz świadczeń gwarantowanych w rodzaju rehabilitacja lecznicza,

Personel Przyjmującego Zamówienie musi posiadać odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia wynikające z przepisów odrębnych oraz wymogów stawianych przez Płatnika w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

### **Pozostałe wymagania**

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wprowadzenia w terminie do 30 dni od podpisania niniejszej umowy stosownych danych w Portalu Potencjału - Podwykonawcy, (zgodnie z wymogami Płatnika) i udostępnienia ich Udzielającemu Zamówienie.

9. Przyjmujący Zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt zabezpiecza posiadanie aktualnych szkoleń z zakresu BHP oraz aktualnych badań profilaktycznych wskazanego personelu.
10. Przyjmujący Zamówienie we własnym zakresie określa harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych, w taki sposób aby był on zgodny z wymogami stawianymi przez Płatnika (w szczególności w zakresie Personelu). Ponadto wszelkie zmiany harmonogramu powinny być zgłaszane (w formie pisemnej) Udzielającemu Zamówienie najpóźniej 7 dni roboczych **przed** zaistnieniem zmian

## **OFERTA**

### **Wymagane elementy oferty**

10. Ofertę należy sporządzić starannie, ze szczególną dbałością o jej kompletność. Powinna ona zawierać:
  1. Załączniki do SWKO:
    - a. Formularz oferty (Załącznik nr 1),
    - b. Formularz cenowy (Załącznik nr 2),
    - c. Formularz oświadczeń (Załącznik nr 3),
    - d. Formularz oceny kryteriów (Załącznik nr 4),
    - e. Wykaz wskazanego personelu (Załącznik nr 5),
    - f. Podpisany wzór umowy (Załącznik nr 6),
    - g. Oświadczenia dot. danych osobowych złożone przez Personel Oferenta;
    - h. Wpis do rejestru podmiotów leczniczych komórki o kodzie zgodnym przedmiotowym zakresem świadczeń: Pakiet nr 1 - 2300 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej, Pakiet nr 2 - 4300 Oddział rehabilitacyjny
  2. Dokumenty:
    - a. Aktualny odpis z właściwego rejestru (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) lub wyciąg z Rejestru potwierdzający, że profil Oferenta odpowiada profilowi świadczeń objętych niniejszym konkursem.
    - b. Kopie kwalifikacji personelu potwierdzone za zgodność z oryginałem;

- c. Umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz oświadczenie o jej kontynuowaniu w okresie trwania umowy.
- d. Oświadczenie o spełnieniu wymagań obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;
- e. Oświadczenia o spełniania kryteriów dodatkowych;
- f. Pełnomocnictwo w przypadku podpisania oferty przez osobę inną niż uprawniona do składania oświadczeń woli.
- g. Ewentualnie inne dokumenty potwierdzające spełnienie wymogów
- h. wzór skierowania stosowany u Przyjmującego Zamówienie

Dla dokumentów Udzielający Zamówienie dopuszcza złożenie kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem poprzez opisanie każdej skopiowanej strony „za zgodność z oryginałem”, data i podpis Oferenta (możliwość potwierdzenia przez osobę upoważnioną przez Oferenta).

W przypadku, gdy Oferent nie przedstawi wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja konkursowa może wezwać Oferenta do uzupełnienia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. Za dotrzymanie terminu uznaje się złożenie uzupełnienia w Kancelarii Szpitala w terminie wyznaczonym w wezwaniu.

### **Złożenie oferty**

11. Oferty składa się, pod rygorem nieważności, w zamkniętej kopercie w formie pisemnej z adnotacją „**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów leczonych w zakresie kompleksowej opieki KOS ZAWAŁ – Pakiet .....**”, w Kancelarii Szpitala przy ul. Kopernika 36, w terminie do dnia 06 kwietnia 2023 r., do godz. 11.00.

Oferty, które wpłyną po wyznaczonym terminie, zostaną odrzucone i zwrócone .

### **Kryteria oceny przy wyborze oferty. Warunki finansowe.**

12. Komisja Konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty spośród kompletnych złożonych w wyznaczonym terminie ofert. Oceniane będą wyłącznie oferty spełniające w całości wymagania opisane w SWKO, ze szczególnym uwzględnieniem kompletności ofert zgodnie pkt 10 SWKO.

Rozstrzygającym kryterium wyboru ofert będzie suma punktów uzyskanych na podstawie poniższych kryteriów:

#### **A. Kryterium jakościowe:** (5% oceny, maksymalnie 5 pkt)

Oferent otrzyma 5 punktów za wykazanie w ofercie co najmniej

Pakiet nr 1 2 lekarzy specjalistów rehabilitacji

Pakiet nr 2 2 lekarzy specjalistów rehabilitacji

#### **B. Kryterium kompleksowości:** (5% oceny, maksymalnie 5 pkt)

Oferent otrzyma 5 punktów za:

Złożenie oferty we wszystkich pakietach.

#### **C. Kryterium dostępności:** (5% oceny/ maksymalnie 5 pkt)

Oferent otrzyma 5 pkt w każdym z pakietów - Na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

**D. Kryterium ciągłości:** (5% oceny, maksymalnie 5 pkt)

W przypadku, gdy Oferent - w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, otrzyma 5 pkt.

**E. kryterium finansowe:** (80 % oceny, maksymalnie 80 pkt)

Kryterium finansowe to wartość pkt uzyskana na podstawie poniższego wyliczenia:

gdzie:

**SP** - liczba punktów za kryterium finansowe

Gdzie SP (dla poszczególnych pakietów) będą wyliczane wg. wzoru

Pakiet nr 1  $SP = (SP1n/SP1o)*80$

Pakiet nr 2  $SP = (SP2n/SP2o)*80$

gdzie:

SP1n – najniższa zaproponowana stawka % w Pakiecie nr 1

SP1o – stawka zaproponowana przez Oferenta w Pakiecie nr 1

SP2n – najniższa zaproponowana stawka % w Pakiecie nr 2

SP2o – stawka zaproponowana przez Oferenta w Pakiecie nr 2

Kryterium główne – cena (80%)

Kryteria dodatkowo oceniane – max. 20%.

Wartość poszczególnych produktów określa Załącznik nr 2 do Zarządzenia 2/2022/DSOZ z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, przy uwzględnieniu, iż Udzielający Zamówienia określa maksymalną kwotę, możliwą do zapłaty, nie wyższą niż 90% wartości określonej w Zarządzeniu.

Szczegółowe regulacje dotyczące wynagradzania Przyjmującego Zamówienie określa § 6 Umowy.

## **ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU**

### **Otwarcie ofert**

13. Publiczne stwierdzenie prawidłowości ogłoszenia konkursu, liczby złożonych ofert oraz dokonanie ich otwarcia nastąpi **w dniu 6 kwietnia 2023 r. o godz. 13.00**, w gabinecie Dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie przy ul. Kopernika, 36 pok. 106.

Oferenci mogą być obecni podczas otwarcia ofert, jak również uczestniczyć w części jawnej posiedzenia Komisji konkursowej i składać oświadczenia oraz wyjaśnienia.

### **Unieważnienie postępowania**

14. Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie unieważnia konkurs, jeżeli:
  - a) Nie wpłynęła żadna oferta,

- b) Wpłynęła jedna oferta i nie podlega ona odrzuceniu, chyba że z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert,
- c) Odrzucono wszystkie oferty,
- d) Kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Szpital Uniwersytecki przeznaczył na finansowanie świadczeń będących przedmiotem konkursu,
- e) Nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie pacjentów Szpitala Uniwersyteckiego, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

### **Odrzucenie oferty**

15. Komisja Konkursowa odrzuca ofertę w całości lub w części:
- a) Złożoną po wyznaczonym w SWKO terminie,
  - b) Zawierającą nieprawdziwe informacje,
  - c) Nie zawierającą określenia przedmiotu oferty lub proponowanej ceny świadczeń będących przedmiotem konkursu,
  - d) Zawierającą rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
  - e) Nieważną na podstawie odrębnych przepisów,
  - f) Jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
  - g) Jeżeli oferta lub oferent nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa,
  - h) Złożoną przez oferenta, z którym została rozwiązana przez Szpital Uniwersytecki umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy,
  - i) W sytuacji opisanej w pkt 10 SWKO – tj. po bezskutecznym upływie terminu uzupełnienia oferty.

### **Analiza ofert**

16. Komisja Konkursowa badać będzie w szczególności:
- a) Kompletność złożonej dokumentacji ofertowej zgodnie z pkt 10 SWKO,
  - b) Kwalifikacje Oferenta zgodnie z warunkami pkt 8 SWKO,
  - c) Kryteria oceny przy wyborze oferty pkt. 12 SWKO

### **Rozstrzygnięcie konkursu ofert**

17. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi nie szybciej niż **w dniu 6 kwietnia 2023 r.** Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku (w tym w szczególności poprzez publikację ich na oficjalnej stronie www Udzielającego Zamówienie).

### **Umowa**

18. W wyniku postępowania konkursowego zawarta zostanie z wyłonionym Oferentem umowa na udzielanie świadczeń będących przedmiotem konkursu na okres:

**od dnia zawarcia – 29.02.2024r.**

Jeżeli oferent, którego oferta została przyjęta zrezygnuje z zawarcia umowy, zobowiązany jest do naprawienia spowodowanej tym szkody, zgodnie z treścią Oświadczenia stanowiącego Załącznik Nr 3 do SWKO.

### **Wzór umowy**

19. W toku postępowania konkursowego, nie później jednak niż na 3 dni robocze przed terminem składania ofert, oferent może złożyć na adres mailowy [dop@su.krakow.pl](mailto:dop@su.krakow.pl) zapytania do wzoru umowy. Zapytania złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

#### **Protest**

20. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest, na zasadach określonych w art. 153 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

#### **Odwołanie**

21. Oferenci mogą również złożyć do Dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku, na zasadach określonych w art. 154 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

#### **Związanie ofertą**

22. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu na składanie ofert.

#### **Prawo do odwołania konkursu**

23. Szpital Uniwersytecki zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny oraz do przesunięcia terminu składania ofert

.....  
pieczęć Oferenta

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Szpital Uniwersytecki w Krakowie  
ul. Kopernika 36, 31-501 Kraków

### FORMULARZ OFERTY

Niniejszym, zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów leczonych w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego  
KOS - zawał

| Dane oferenta                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nazwa                                                                        |  |
| Adres                                                                        |  |
| Adres do korespondencji                                                      |  |
| Kod pocztowy                                                                 |  |
| Telefon                                                                      |  |
| E-mail                                                                       |  |
| NIP                                                                          |  |
| REGON                                                                        |  |
| Nazwa banku<br>Nr konta bankowego                                            |  |
| Imię i nazwisko dyrektora<br>lub kierownika placówki                         |  |
| Imię i nazwisko oraz nr tel. osoby<br>odpowiedzialnej za realizację<br>umowy |  |

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta



**FORMULARZ CENOWY**

W ramach konkursu ofert, którego przedmiotem jest kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów leczonych w zakresie kompleksowej opieki KOS ZAWAŁ Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

| Proponowany udział procentowy wartości produktu rozliczeniowego (pakietu)*                                                                                                                  |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Nazwa                                                                                                                                                                                       | Proponowany udział procentowy<br>% wartości produktu |
| <b>PAKIET nr 1</b>                                                                                                                                                                          |                                                      |
| rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego | ..... %                                              |
| <b>PAKIET nr 2</b>                                                                                                                                                                          |                                                      |
| rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach stacjonarnych                  | ..... %                                              |

\*oferowana cena to udział procentowy zaproponowany przez Oferenta w stosunku do aktualnej wartości produktu NFZ, jednak nie więcej niż 90 %

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, iż:

1. Zapoznałem się z treścią Szczegółowych warunków konkursu ofert, nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.

1. Personel wykazany w ofercie wyraził zgodę na udzielanie świadczeń będących przedmiotem konkursu oraz zgłoszenia ich danych w zasobach umowy z Płatnikiem.

2. Akceptuję bez zastrzeżeń wymagania stawiane oferentom jak i projekt umowy stanowiący załącznik do SWKO oraz zobowiązuję się, w przypadku wyboru niniejszej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital Uniwersytecki w Krakowie. W przypadku odstąpienia od zawarcia umowy zobowiązuję się do zapłaty odstępnego w wysokości 50 000 pln na wskazany rachunek Udzielającego Zamówienie.

4. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

5. Zobowiązuję się przestrzegać zapisów obowiązujących ustaw, zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz rozporządzeń Ministra Zdrowia w części dotyczącej realizacji przedmiotowych świadczeń.

6. Posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności (świadczenia zdrowotne). Będę kontynuował umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy.

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

**FORMULARZ OCENY  
KRYTERIÓW**

| Kryterium             | Forma w jakiej oferent spełnia kryteria                                                                                                                                                                                                                                       | Punktacja                                                             |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Jakościowe</b>     | <b>Oferent otrzyma 5 punktów za</b><br><br>2 lekarzy specjalistów rehabilitacji<br><br><b>TAK/NIE</b>                                                                                                                                                                         | /5                                                                    |
| <b>Kompleksowości</b> | <b>Oferent otrzyma 5 punktów za:</b><br><br>złożenie oferty we wszystkich pakietach<br><br><b>TAK/NIE</b>                                                                                                                                                                     | /5                                                                    |
| <b>Dostępności</b>    | <b>Oferent otrzyma 5 pkt za wskazanie do udzielania świadczeń</b><br><br>Na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych.<br><br><b>TAK/NIE</b>      | /5                                                                    |
| <b>Ciągłości</b>      | <b>W przypadku gdy Oferent w okresie:</b><br><br>W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, otrzyma 5 pkt.<br><br><b>TAK/NIE</b> | /5                                                                    |
| <b>Finansowe</b>      | <b>UDZIAŁ PROCENTOWY WARTOŚCI PRODUKTU ROZLICZENIOWEGO</b><br>..... %                                                                                                                                                                                                         | SP dla każdego z pakietów<br>SP= (SP1n/SP1o)*80<br>SP= (SP2n/SP2o)*80 |

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

.....  
pieczęć Oferenta

**Wykaz personelu wskazanego do świadczenia usług będących przedmiotem konkursu  
(wzór)**

| Pakiet nr .....                                                               |                |       |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|-----------------------|
| Nazwa komórki organizacyjnej (oraz kod VIII) wraz z harmonogramem dostępności |                |       |                       |
| Imię i nazwisko                                                               | grupa zawodowa | PESEL | NPWZ (jeżeli dotyczy) |
|                                                                               |                |       |                       |
|                                                                               |                |       |                       |
|                                                                               |                |       |                       |
|                                                                               |                |       |                       |
|                                                                               |                |       |                       |
|                                                                               |                |       |                       |
|                                                                               |                |       |                       |
|                                                                               |                |       |                       |
|                                                                               |                |       |                       |
|                                                                               |                |       |                       |
|                                                                               |                |       |                       |
|                                                                               |                |       |                       |
|                                                                               |                |       |                       |
|                                                                               |                |       |                       |
|                                                                               |                |       |                       |

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

## OŚWIADCZENIE

Oświadczenie składa **każda** osoba wykonująca usługę w imieniu Oferenta.

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. („RODO”), zostałem poinformowany, iż:

Udzielający Zamówienia, tj. Szpital Uniwersytecki w Krakowie („Szpital”), jest administratorem moich danych osobowych i może przetwarzać te dane w celach/na podstawie:

- a. przeprowadzenia postępowania konkursowego, a w razie wyboru oferty – do realizacji umowy, w tym umieszczenia moich danych osobowych w bazie danych Udzielającego Zamówienia - w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- b. związanych z prowadzeniem ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej – w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
- c. ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń - na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych w myśl art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.

Szpital powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w przypadku pytań lub uwag dotyczących przetwarzania moich danych osobowych. **Dane kontaktowe adres e-mail:** [dane.osobowe@su.krakow.pl](mailto:dane.osobowe@su.krakow.pl), tel. 12 424 71 17.

Moje dane osobowe mogą zostać ujawnione pracownikom i współpracownikom Szpitala posiadającym upoważnienie do przetwarzania danych osobowych kontrahentów w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych; dostawcom usług technicznych i organizacyjnych dla Szpitala (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych) oraz podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Szpital nie planuje przekazywania danych osobowych do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein) i organizacji międzynarodowych.

Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przez odpowiednie przepisy prawa w zakresie przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej lub przez okres przedawnienia roszczeń określony w przepisach prawa.

Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych, prawo sprostowania danych nieprawidłowych i uzupełniania danych niekompletnych oraz prawo do ograniczenia przetwarzania, jak również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia postępowania konkursowego i realizacji umowy w przypadku wyboru oferty.

Nie będę podlegać decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka), a moje dane nie będą wykorzystywane do profilowania.

.....



**Klauzula informacyjna Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie dla Kontrahentów będących osobami fizycznymi, osób reprezentujących Kontrahentów, pełnomocników Kontrahentów oraz pracowników i współpracowników Kontrahentów wyznaczonych do kontaktu i odpowiedzialnych za wykonanie umowy**

Zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) (zwanego dalej „RODO”) informuję, iż:

**1. Administrator danych osobowych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie (zwany dalej „Szpitalem”), adres: ul. Mikołaja Kopernika 36, 31-501 Kraków, telefon 12 424 70 00, e-mail: info@su.krakow.pl.

**2. Inspektor Ochrony Danych:**

Szpital powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan się skontaktować w przypadku jakichkolwiek pytań lub uwag dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych i praw przysługujących Pani/Panu na mocy przepisów o ochronie danych osobowych. Dane kontaktowe: adres e-mail: dane.osobowe@su.krakow.pl, tel. 12 424 71 17.

**3. Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Szpital może przetwarzać Pani/Pana dane w następujących celach:

- zawarcia i wykonania umowy – w myśl art. 6 ust. 1 lit. b) RODO w przypadku Kontrahenta będącego osobą fizyczną, osób uprawnionych do reprezentowania lub działających na podstawie pełnomocnictwa Kontrahenta;
- wynikających z uzasadnionych interesów prawnych obejmujących realizację umowy z Kontrahentem w myśl art. 6 ust. 1 pkt f RODO - w przypadku osoby wskazanej przez Kontrahenta w związku z realizacją umowy;
- wypełnienia obowiązków prawnych dotyczących prowadzenia ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
- wypełnienia obowiązków prawnych dotyczących prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- wynikających z uzasadnionych interesów prawnych obejmujących ustalenie, dochodzenie lub obronę ewentualnych roszczeń z tytułu realizacji umowy, w myśl art. 6 ust. 1 pkt f RODO;
- wypełnienia obowiązków prawnych dotyczących przechowywania dokumentacji - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
- wypełnienia obowiązków prawnych dotyczących wprowadzania danych do prowadzonego przez Ministra Finansów rejestru umów zawartych przez jednostki sektora finansów publicznych - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 6 ustawy z dnia 14 października 2021 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw oraz art. 34a ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

**4. Źródło pochodzenia danych osobowych**

Szpital uzyskał Pani/Pana dane osobowe:

- a. w przypadku Kontrahenta będącego osobą fizyczną, osób uprawnionych do reprezentowania lub działających na podstawie pełnomocnictwa Kontrahenta - bezpośrednio od Pani/Pana. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne w celach związanych z zawarciem i realizacją umowy.
- b. w przypadku osoby wskazanej przez Kontrahenta w związku z realizacją umowy - od Kontrahenta, z którym zawarł umowę. Zakres Pani/Pana danych osobowych może obejmować: imię i nazwisko, stanowisko, miejsce pracy, dane kontaktowe oraz inne dane niezbędne w związku z realizacją umowy.

#### **5. Informacje o kategoriach odbiorców danych osobowych:**

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać ujawnione:

- pracownikom i współpracownikom Szpitala upoważnionym do przetwarzania danych osobowych w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych;
- dostawcom usług technicznych i organizacyjnych dla Szpitala (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych);
- podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

#### **6. Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej:**

Szpital nie planuje przekazywania Pani/Pana danych osobowych do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein) i organizacji międzynarodowych.

#### **7. Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres obowiązywania umowy zawartej z Kontrahentem, a następnie przez okres wymagany przez odpowiednie przepisy prawa w zakresie przechowywania dokumentacji lub przez okres przedawnienia roszczeń określony w przepisach prawa.

#### **8. Prawa przysługujące osobie, której dane są przetwarzane:**

Na warunkach określonych w RODO przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, prawo sprostowania danych nieprawidłowych i uzupełniania danych niekompletnych, prawo usunięcia danych osobowych, prawo do ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu przeciwko przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych.

#### **9. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

#### **10. Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji:**

Nie będzie Pani/Pan podlegać decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka). Pani /Pana dane osobowe nie będą również wykorzystywane do profilowania.