



wielkopolskie centrum onkologii

ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
tel. (+48-61) 885 05 00, fax 61 852 19 48
dyrektor 61 885 07 00

Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej z późn. zm. (Dz.U. 2018 poz. 160) Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Poznaniu, 61-866 przy ul. Garbary 15

Ogłasza konkurs ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne

Wielkopolskie Centrum Onkologii udziela świadczeń zdrowotnych głównie dla pacjentów w obszarze Województwa Wielkopolskiego w zakresie chorób nowotworowych.

I. Przedmiot umowy

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresach:

- **patomorfologia**

II. Termin i miejsce realizacji przedmiotu umowy:

Miejsce realizacji – siedziba Wielkopolskiego Centrum Onkologii

Termin obowiązywania umowy dla specjalności

- **patomorfologia od 01.10.2018 – 30.09.2023**

III. Warunki przystąpienia do konkursu.

Do konkursu mogą przystąpić osoby posiadające uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym przedmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym przedmiotem.

IV. Wymagane dokumenty:

1. Dane oferenta (imię, nazwisko, adres zamieszkania (do korespondencji), pełna nazwa i adres praktyki lekarskiej, telefon, e-mail)
2. Kserokopia dowodu osobistego.
3. Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia.
4. Oświadczenie o przystąpieniu do konkursu.
5. Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych w konkursie ofert na udzielanie świadczenia zdrowotnego w Wielkopolskim Centrum Onkologii (w załączeniu).
6. Określenie sposobu organizacji świadczeń zdrowotnych (miejsce – oddział, poradnia, adres siedziby, harmonogram czasu pracy: dni tygodnia i godziny)
7. Proponowana kwota należności w systemach: ryczałtowym i/lub zadaniowym (stawka za punkt i skala punktowa w zależności od rodzaju świadczenia) i/lub godzinowym.
8. Ewentualną kalkulację innych składników należności (np. dyżury).
9. Przebieg pracy zawodowej i CV.
10. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (dyplom lekarza, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacji, doktoratu, certyfikaty itp.)
11. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, NIP, Regon.
12. Kopie dokumentów rejestracyjnych oferenta (zaświadczenie z Okręgowych Izb Lekarskich o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z księgą rejestrową).
13. Kopie polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej.
14. Kopie zaświadczenia lekarskiego o zdolności do pracy.

Kopie dokumentów (każda strona) muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez oferenta w następujący sposób: za zgodność z oryginałem, data, podpis).

V. Forma przygotowania i składania ofert.

Oferty należy składać w formie pisemnej w zamkniętych podpisanych kopertach z dopiskiem odpowiednio:

- „patomorfologia”

Każdy dokument należy sygnować oryginalnym podpisem, natomiast strony należy parafować.

VI. Miejsce składania ofert.

1. Oferty należy składać w siedzibie Zamawiającego: 61-866 Poznań, ul. Garbary 15, pokój 3421, najpóźniej do dnia **24.09.2018 do godz. 15.00.**
2. Oferty złożone po ww. terminie nie będą rozpatrywane.

VII. Forma otwarcia złożonych ofert.

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia ofert w dniu **27.09.2018** w siedzibie Zamawiającego od godziny 11.00.

Dalsze czynności komisji odbędą się bez udziału oferentów.

VIII. Wybór oferenta i ogłoszenie wyniku konkursu.

1. Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty w oparciu o złożoną dokumentację, w szczególności kierując się następującymi kryteriami wyboru ofert:
 - a) Jakości
 - b) Kompleksowości
 - c) Dostępności
 - d) Ciągłości
 - e) Ceny

Udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Zamawiający udzieli zamówienia oferentowi, którego oferta odpowiadać będzie warunkom zamówienia, a także zostanie uznana za najkorzystniejszą.
3. Zamawiający jest zainteresowany udzieleniem zamówienia w zakresach:
 - **konkurs patomorfologia** – maksymalnie 2 oferentom.
4. Komisja może nie przyjąć ofert, których cena przewyższa kwotę przeznaczoną na finansowanie zamówienia.
5. Zamawiający powiadomi o wynikach konkursu na stronie www.wco.pl/pl/szpital/ogloszenia/ i na tablicy informacyjnej w siedzibie Zamawiającego w terminie 2 dni od zakończenia rokowań, podając imię, nazwisko i siedzibę, albo miejsce zamieszkania świadczeniodawcy (świadczeniodawców), który (którzy) zostali wybrani.
Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu w całości lub w części oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.
6. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w zakresie **patomorfologia** przysługują środki odwoławcze i skarga.

	WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W KONKURSIE OFERT NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO W WIELKOPOLSKIM CENTRUM ONKOLOGII. IDENTYFIKATOR: WCO.PBI.PBDO.E005B	Wersja: 01.00 Data: 2018-05-23 Strona: 4 z 4 Załącznik nr E005b do PBDO.P016
	INSPEKTOR OCHRONY DANYCH (IOD)	

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W KONKURSIE OFERT NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO W WIELKOPOLSKIM CENTRUM ONKOLOGII.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora: Wielkopolskie Centrum Onkologii z siedzibą w Poznaniu (61-866) ul. Garbary 15 zgodnie z Rozporządzeniem 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) dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia konkursu ofert na udzielenie świadczenia zdrowotnego w Wielkopolskim Centrum Onkologii.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że dane podane w dokumentach aplikacyjnych są zgodne z prawdą.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli obowiązku informacyjnego umieszczonej na stronie internetowej Administratora (<https://wco.pl/aktualności/oferty-pracy>), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Ponadto Administrator poinformował mnie, że niniejsza zgoda może być wycofana w każdym czasie, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Poznań, dnia20r.

.....
(nazwisko i imię składającego oświadczenie)