SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (SWKO) I MATERIAŁY INFORMACYJNE O PRZEDMIOCIE KONKURSU NR 11/2026 W SPRAWIE UMOWY O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE USŁUG TERAPEUTCZNYCH NA RZECZ PACJENTÓW SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODKA PROFILAKTYKI I LECZENIA UZALEŻNIEŃ W ZABRZU

1. PODSTAWA PRAWNA

Konkurs ofert prowadzony jest na zasadach określonych przez przepisy 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.

W sprawach nieuregulowanych w SWKO zastosowanie mają przepisy wskazane powyżej oraz przepisy Kodeksu cywilnego.

2. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień,
ul. Park Hutniczy 6, 41-800 Zabrze
www.opilu.pl
e-mail; opilu@opilu.pl
tel. 32 271-84-42; fax wew. 104
NIP 648-23-01-185; REGON 276116349

3. PRZEDMIOT KONKURSU

Przedmiotem konkursu jest wyłonienie podmiotu lub osoby, któremu/której zostanie udzielone zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla osób uprawnionych, objętych opieką w SP ZOZ Ośrodku Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w następujących zakresach:

Zadanie 1
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w poniedziałki w godz. **11:00-20:00 (tj. 9 godzin).**

Zadanie 2
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w środy w godz. **13:00-15:00 (tj. 2 godziny).**

Zadanie 3
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Dziennym Oddziale Terapii Uzależnienia od Środków Psychoaktywnych w środy w godz. **15:00-20:00 (tj. 5 godzin).**

Zadanie 4
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w środy w godz. **15:00-20:00 (tj. 5 godzin).**

Zadanie 5
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w czwartki w godz. **15:00-15:30 (tj. 0,5 godziny).**

Zadanie 6
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Dziennym Oddziale Terapii Uzależnienia od Środków Psychoaktywnych w czwartki w godz. **15:30-20:00 (tj. 4,5 godziny).**

Zadanie 7
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w czwartki w godz. **08:00-14:00 (tj. 6 godzin).**

Zadanie 8
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w piątki w godz. **15:00-20:00 (tj. 5 godzin).**

Zadanie 9
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w piątki w godz. **15:00-20:00 (tj. 5 godzin).**

Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość rozszerzenia lub zmniejszenia ilości jednostek/komórek w przypadku utworzenia nowych jednostek/komórek lub innych zmian organizacyjnych u Udzielającego zamówienia lub/i w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych przez Udzielającego zamówienia na zlecenie innych podmiotów.

Wykaz świadczeń wymaganych przez Udzielającego zamówienia określa Załącznik nr 4 do SWKO.

4. TERMIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Termin udzielania świadczeń – czas, na który zostanie zawarta umowa:
od dnia **01.12.2026 r.** do dnia **31.08.2027 r.**

5. WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE

O udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu, może ubiegać się Oferent:
a. będący podmiotem lub osobą wykonującą działalność leczniczą,
b. będący osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie będącym przedmiotem konkursu ofert,
c. legitymujący się dokumentami świadczącymi o uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji i uprawnień w zakresie, w jakim przystępuje do konkursu oraz został wpisany do odpowiednich rejestrów.

Świadczeń zdrowotnych może udzielać personel posiadający niezbędną wiedzę i doświadczenie konieczne do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym postępowaniem konkursowym zgodnie ze specjalnością danej komórki organizacyjnej oraz wymogami określonymi we właściwych Zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie wymagań dla personelu.

6. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

6.1. Oferta powinna zawierać:
a. Formularz ofertowy, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do SWKO,
b. Oświadczenie Oferenta, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO,

c. Cennik Oferenta, obejmujący ceny za udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO,
d. Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczpospolitej Polskiej lub Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (jeśli dotyczy),
e. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe:

- dyplom ukończenia studiów wyższych w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych,
- certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień/zaświadczenie potwierdzające udział w szkoleniu przygotowującym do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień,

f. Orzeczenie lekarskie z zakresu medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem,
g. Informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Każdy Oferent składa tylko jedną ofertę. Oferent składa w wyznaczonym terminie ofertę odpowiadającą warunkom określonym w SWKO.

Odrzuca się oferty:

a. złożone przez Oferentów po terminie,
b. zawierające nieprawdziwe informacje,
c. jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej,
d. jeżeli zawierają rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
e. jeżeli są nieważne na podstawie odrębnych przepisów,
f. jeżeli Oferenci złożyli oferty alternatywne,
g. jeżeli Oferenci lub oferty nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych w SWKO;
h. złożone przez Oferentów, z którymi została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta.

6.2. Oferta musi być podpisana przez Oferenta.
6.3. Dokumenty wymienione w pkt 6.1. a) - c) Oferent składa w formie oryginału. Kopie pozostałych dokumentów wymienionych w pkt 6.1. muszą być z datą poświadczone „*za zgodność z oryginałem*" przez Oferenta lub przez osobę do tego uprawnioną.
6.4. Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej w języku polskim, z wyłączeniem pojęć medycznych.
6.5. Udzielający zamówienia może zażądać od Oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu, gdy kopia dokumentu jest nieczytelna lub jej prawdziwość budzi wątpliwości.
6.6. Wszystkie ceny podane w ofercie muszą być wyrażone w złotych polskich, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (groszy). Ceny podane w ofercie muszą uwzględniać wszystkie koszty związane z wykonywaniem zamówienia na udzielanie świadczeń objętych konkursem.
6.7. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

7. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

7.1. Ofertę należy złożyć w sekretariacie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ośrodka Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrzu, ul. Park Hutniczy 6, pok. nr 15 do dnia **27.11.2026 r. do godz. 10:00.**

7.2. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie opisanej w sposób następujący:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
OŚRODEK PROFILAKTYKI I LECZENIA UZALEŻNIEŃ,
UL. PARK HUTNICZY 6, 41-800 ZABRZE
Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie usług terapeutycznych
Zadanie Nr ……
Nie otwierać przed upływem terminu otwarcia ofert.

7.3. Oferent może wycofać złożoną ofertę powiadamiając pisemnie Udzielającego zamówienia przed upływem terminu składania ofert.

8. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent związany jest ofertą do 30 dni od upływu terminu składania ofert.

9. PRZEBIEG KONKURSU

9.1. Konkurs przeprowadza Komisja Konkursowa powołana przez Udzielającego zamówienia.
9.2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w siedzibie Udzielającego zamówienia do dnia **27.11.2026 r. do godz. 15:00.**
9.3. Informacje o rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert.
9.4. Jeżeli w wyniku rozstrzygnięcia konkursu została wybrana oferta najkorzystniejsza Udzielający zamówienia zawrze umowę, sporządzoną wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SWKO z Oferentem, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą z terminem udzielania świadczeń w okresie **od 01.12.2026 r. do 31.08.2027 r.**
9.5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przedłużenia terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu bez podawania przyczyn. Oferentom nie przysługują żadne roszczenia wobec Udzielającego zamówienia z tytułu odwołania konkursu oraz przedłużenia terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu.

10. KRYTERIA OCENY OFERT

10.1. W celu wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający zamówienia przyjął następujące kryterium:
● cena brutto za realizację przedmiotu konkursu ofert - 100 %.

10.2. Zasady oceny ofert według ustalonego kryterium:

Ocena ofert dokonywana będzie wg kryterium:

cena brutto za realizację przedmiotu konkursu ofert, wg wzoru:

$$C = \frac{C\,n}{C\,ob} \times Wc$$

gdzie:
C - ilość punktów otrzymanych za proponowaną cenę
C*n* - najniższa cena proponowana przez Oferentów
C*ob* - cena oferty badanej
W*c* - wartość wagowa (100 %)
Oferty oceniane będą za pomocą systemu punktowego.

Obliczenia będą dokonywane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów w zakresie danego pakietu.

10.3. W przypadku niemożliwości wyboru oferty na podstawie wyżej wymienionego kryterium, Komisja Konkursowa przeprowadza negocjacje z Oferentami.
10.4. W przypadku wpływu identycznych ofert Komisja przekazuje oferty Dyrektorowi, który decyduje o wyborze oferty po przeprowadzeniu dodatkowych negocjacji z każdym z Oferentów.

11. INFORMACJA O MOŻLIWOŚCI SKŁADANIA PROTESTÓW, ODWOŁAŃ DOTYCZĄCYCH KONKURSU OFERT

11.1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienia zasad przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w SWKO.
11.2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
a. wybór trybu postępowania,
b. niedokonanie wyboru Oferenta,
c. unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
11.3. W toku postępowania konkursowego, do czasu zakończenia postępowania, świadczeniodawca może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
11.4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
11.5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
11.6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
11.7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.
11.8. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja Konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.
11.9. Oferent może wnieść do Dyrektora Udzielającego zamówienia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
11.10. 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. INFORMACJA O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA Z OFERENTAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW; WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI

12.1. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający zamówienia i Oferent przekazują pisemnie lub faksem na adres:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
ul. Park Hutniczy 6
41-800 Zabrze
tel. 32 271-84-42; fax wew. 104

12.2. Osobą uprawnioną do porozumiewania się z Oferentami jest: **Sonia Opic-Jaworek**.

13. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1 Formularz ofertowy (wzór)
Załącznik nr 2 Oświadczenie Oferenta (wzór)
Załącznik nr 3 Cennik Oferenta (wzór)
Załącznik nr 4 Umowa (wzór)

ZATWIERDZAM
Adam Frąc – Dyrektor

załącznik nr 1 do SWKO

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Przedmiot konkursu:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług terapeutycznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodku Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrzu

Zadanie Nr ……

Udzielający zamówienia:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
ul. Park Hutniczy 6
41-800 Zabrze
tel. 32 271-84-42; fax wew. 104

Dane o Oferencie:

nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą (jeśli dotyczy)
.....
.....
Imię i nazwisko.....
adres siedziby/zamieszkania: ul. ..... nr .....
kod..... miejscowość .....
seria i numer dowodu osobistego.....
data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

1. Certyfikat / dyplom / zaświadczenie .....
(nazwa)
nr..... z dn. .....
wydany przez.....

2. Certyfikat / dyplom / zaświadczenie .....
(nazwa)
nr..... z dn. .....
wydany przez.....

nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność (jeśli dotyczy) .....
PESEL..... NIP (jeśli dotyczy) .....
REGON (jeśli dotyczy) ..... Urząd Skarbowy .....
numer telefonu ..... e-mail .....

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert wraz z załącznikami w terminie od **01.12.2026 r. do 31.08.2027 r.**
2. Oferuję wykonywanie przedmiotu zamówienia za wynagrodzenie w wysokości określonej w Cenniku, stanowiącym załącznik do oferty.

3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że niniejsza oferta wiąże mnie przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Załącznikami do oferty są:
   a. Oświadczenie Oferenta, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO,
   b. Cennik Oferenta, obejmujący ceny za udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO,
   c. Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczpospolitej Polskiej lub Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (jeśli dotyczy),
   d. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (w zależności od wybranych zdań, zgodnie z SWKO):
   - dyplom ukończenia studiów wyższych w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych,
   - certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień/zaświadczenie potwierdzające udział w szkoleniu przygotowującym do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień,
   e. Orzeczenie lekarskie z zakresu medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem.
   f. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Podpis:

l.p.	**Nazwisko i imię Oferenta**	**Podpis Oferenta**	**Miejscowość i data**
1)			

Załącznik nr 2 do SWKO

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot konkursu:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług terapeutycznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodku Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrzu

Zadanie Nr ……

Udzielający zamówienia:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
ul. Park Hutniczy 6
41-800 Zabrze
tel. 32 271-84-42; fax wew. 104

1. Zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert dotyczących konkursu na udzielenie ww. świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Zapoznałem/zapoznałam się z projektem umowy przygotowanym przez Udzielającego zamówienie i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. W przypadku wybrania mojej oferty w postępowaniu konkursowym czas świadczonych usług podany w ofercie nie będzie pokrywał się ze świadczeniem przeze mnie usług medycznych w innej placówce.
4. Oświadczam, że zapewnię ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń.
5. W przypadku wybrania mojej oferty w postępowaniu konkursowym wyrażam zgodę na przekazanie wynagrodzenia za realizację świadczeń zdrowotnych na rachunek bankowy nr……
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Udzielającego zamówienia na zasadach określonych w rozporządzeniu 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 ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE moich danych osobowych zawartych w ofercie oraz przekazanych w konkursie, w zakresie wykraczającym.
7. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych dostępną w danym ogłoszeniu konkursowym.

Podpis:

l.p.	Nazwisko i imię Oferenta	Podpis Oferenta	Miejscowość i data
1)			

Załącznik nr 3 do SWKO

CENNIK OFERENTA

Przedmiot konkursu:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług terapeutycznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodku Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrzu

Zadanie Nr …….

Udzielający zamówienia:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
ul. Park Hutniczy 6
41-800 Zabrze
tel. 32 271-84-42; fax wew. 104

Lp.	Zakres czynności	Cena jednostkowa brutto zł za godzinę
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług terapeutycznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodku Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrzu	

Podpis:

l.p.	Nazwisko i imię Oferenta	Podpis Oferenta	Miejscowość i data
1)			

Załącznik nr 4 do SWKO
wzór umowy

UMOWA nr /

o udzielanie świadczeń zdrowotnych

zawarta w dniu **……. r.** w Zabrzu, pomiędzy **Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ośrodkiem Profilaktyki i Leczenia Uzależnień**, ul. Park Hutniczy 6, 41- 800 Zabrze, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000040291, zwanym w dalszej części umowy „Udzielającym zamówienia", w imieniu którego działa ***Dyrektor – Adam Frąc,***
po wstępnej kontroli, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych dokonanej przez Głównego Księgowego Mariannę Papaj

a **……..……..** NIP ……..……., (jeśli dotyczy)
REGON …….....……, (jeśli dotyczy) zwanym „Przyjmującym zamówienie".

§ 1

Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Ośrodka.

§ 2

1. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, o ile powstała z jego winy.
2. Przyjmujący zamówienie wykonując czynności objęte niniejszą umową ponosi ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną działalnością (jeśli dotyczy).

§ 3

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się w szczególności do:
1. Przestrzegania zasad udzielania świadczeń określonych w Regulaminie Organizacyjnym Udzielającego zamówienia.
2. Zapoznania się z umowami zawartymi ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz do przestrzegania zasad i warunków udzielania świadczeń wynikających z zawartych umów.
3. Ścisłego przestrzegania wyznaczonego czasu świadczenia usług medycznych, zgodnie z harmonogramem zawartym w załączniku nr 1.
4. Osobistego wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy przez **…… godzin tygodniowo** zgodnie z harmonogramem zawartym w załączniku nr 1. Istnieje możliwość wyznaczania zastępstwa, po uprzednim uzgodnieniu propozycji z Udzielającym zamówienia pod warunkiem, że osoba wyznaczona posiada identyczne kwalifikacje i zostaną zachowane pozostałe warunki niniejszej umowy.
5. Potwierdzania liczby godzin udzielonych świadczeń zdrowotnych w rejestrze godzin realizacji zleceń.

§ 4

Strony zgodnie postanawiają, że:
1. Przyjmujący zamówienie przy realizacji świadczeń objętych umową korzystać będzie nieodpłatnie ze sprzętu i innych środków Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie nie może w ramach niniejszej umowy pobierać dodatkowych opłat od pacjentów, chyba, że odpłatność wynika z przepisów odrębnych i pobierana jest na rzecz Udzielającego Zamówienia.

§ 5

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na okres od **……. r**. do **…….. r.**
2. Wszelkie zmiany warunków umowy wymagają zgodnego oświadczenia stron złożonego w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

§ 6

Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do:
1. Rzetelnego wykonywania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem wiedzy i umiejętności z uwzględnieniem postępu w tym zakresie i zgodnie z innymi obowiązkami określonymi w odrębnych przepisach.
2. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z wymaganiami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 252 poz.1697), bądź zgodnie z innymi aktualnymi przepisami obowiązującymi w dniu wykonywania przedmiotu umowy.
3. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wykonywanych świadczeniach bądź w zakwestionowaniu wpisów w dokumentacji medycznej oraz obciążenia Udzielającego zamówienia karami umownymi z tego tytułu przez NFZ lub inną instytucję, kary te ponosi Przyjmujący zamówienie.
4. Poddania się kontroli ze strony Udzielającego zamówienia oraz innych uprawnionych osób i organów w zakresie:
   a) sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
   b) dostępności świadczeń, w tym zarówno dostępności formalnej jak i merytorycznej, a w szczególności jakości udzielanych świadczeń,
   c) gospodarowania użyczonym sprzętem,
   d) prowadzonej dokumentacji medycznej.
5. Prowadzenia sprawozdawczości statystycznej w sposób ustalony przez Udzielającego zamówienia w terminach wskazanych przez Udzielającego zamówienia.
6. Osobistego zgłoszenia swojej działalności i rozliczania się w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych (jeśli dotyczy).
7. Posiadania aktualnego orzeczenia lekarskiego z zakresu medycyny pracy potwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie realizacji zamówienia przez cały okres trwania umowy.

8. Bezwzględnego przestrzegania zasad ochrony danych osobowych określonych w przepisach prawa oraz regulacjach wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego zamówienia.
9. Przestrzegania przepisów BHP i ppoż., określonych w przepisach prawa oraz obowiązujących u Udzielającego zamówienia oraz instrukcji i procedur wewnątrzzakładowych powstałych również po dacie zawarcia umowy.

§ 7

1. Strony ustalają, że należność z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi brutto: **……..**zł (słownie: **……00/100**) za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Należność z tytułu wykonania umowy będzie wypłacona w miesięcznych okresach rozliczeniowych w ciągu 30 dni od daty wystawienia faktury/rachunku, na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie w wystawionych fakturach/rachunkach.
3. Na wystawionej fakturze/rachunku Przyjmujący zamówienie podaje:
   liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych x cenę jednostkową = cena brutto udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Wykonanie świadczeń objętych umową wymaga potwierdzenia merytorycznego przez Dyrektora Ośrodka w formie podpisu na wystawionej fakturze.
5. Za dzień zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.

§ 8

1. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron za 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia upływającym na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. W przypadku zmian zasad kontraktowania i warunków finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sposób odbiegający od zasad obowiązujących w dniu podpisania umowy, a także rozwiązania i niezawarcia nowego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę z zachowaniem 3-dniowego okresu wypowiedzenia.
3. Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:
   a) utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień lub możliwości wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy;
   b) nienależytego udzielania świadczeń przez Przyjmującego zamówienie, polegającego w szczególności na ograniczeniu dostępności, nieodpowiedniej jakości lub zawężeniu zakresu świadczeń.
   c) niewywiązania się z obowiązku poddania się kontroli określonej w §6 pkt. 5 niniejszej umowy.
4. Przyjmujący zamówienie jest uprawniony do rozwiązania umowy z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia w przypadku zwłoki Udzielającego zamówienia w zapłacie wynagrodzenia określonego w niniejszej umowie.
5. Każda ze stron może rozwiązać niniejszą umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne warunki umowy. Przez rażące naruszenie postanowień umowy rozumie się niestanowiące podstawy do wypowiedzenia umowy zawinione działanie lub zaniechanie powodujące, że konkretne obowiązki tej strony określone w niniejszej umowie są nierealizowane w ogóle lub są realizowane w sposób sprzeczny z zasadami wynikającymi z przepisów prawa lub niniejszej umowy.

§9

W sprawach nieuregulowanych postanowieniami umowy mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 10

Ewentualne spory, które mogą wyniknąć w trakcie realizacji umowy, będą rozpatrywane przez właściwe sądy powszechne.

§ 11

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

Przyjmujący zamówienie Udzielający zamówienia

…… ……

Sposób, organizacja i harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodku Profilaktyki i Leczenia Uzależnień,
Zabrze, ul. Park Hutniczy 6

1. Udzielający zamówienia zapewnia rejestrację pacjentów na podstawie zgłoszenia:
   a. osobistego,
   b. telefonicznego,
   c. za pośrednictwem trzeciej osoby,

od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-20.00, soboty 8.00-15.00.

2. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przyjęcia pacjenta w ustalonym terminie. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie ustalonego terminu Udzielający zamówienia w każdy dostępny sposób informuje pacjenta o zmianie terminu.

3. Harmonogram udzielania świadczeń:*

**Harmonogram udzielenia świadczeń zdrowotnych zostanie sporządzony przy podpisywaniu umowy.*

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (SWKO) I MATERIAŁY INFORMACYJNE O PRZEDMIOCIE KONKURSU NR 11/2026 W SPRAWIE UMOWY O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE USŁUG TERAPEUTCZNYCH NA RZECZ PACJENTÓW SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODKA PROFILAKTYKI I LECZENIA UZALEŻNIEŃ W ZABRZU

1. PODSTAWA PRAWNA

Konkurs ofert prowadzony jest na zasadach określonych przez przepisy 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.

W sprawach nieuregulowanych w SWKO zastosowanie mają przepisy wskazane powyżej oraz przepisy Kodeksu cywilnego.

2. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień,
ul. Park Hutniczy 6, 41-800 Zabrze
www.opilu.pl
e-mail; opilu@opilu.pl
tel. 32 271-84-42; fax wew. 104
NIP 648-23-01-185; REGON 276116349

3. PRZEDMIOT KONKURSU

Przedmiotem konkursu jest wyłonienie podmiotu lub osoby, któremu/której zostanie udzielone zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla osób uprawnionych, objętych opieką w SP ZOZ Ośrodku Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w następujących zakresach:

Zadanie 1
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w poniedziałki w godz. **11:00-20:00 (tj. 9 godzin).**

Zadanie 2
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w środy w godz. **13:00-15:00 (tj. 2 godziny).**

Zadanie 3
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Dziennym Oddziale Terapii Uzależnienia od Środków Psychoaktywnych w środy w godz. **15:00-20:00 (tj. 5 godzin).**

Zadanie 4
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w środy w godz. **15:00-20:00 (tj. 5 godzin).**

Zadanie 5
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w czwartki w godz. **15:00-15:30 (tj. 0,5 godziny).**

Zadanie 6
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Dziennym Oddziale Terapii Uzależnienia od Środków Psychoaktywnych w czwartki w godz. **15:30-20:00 (tj. 4,5 godziny).**

Zadanie 7
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w czwartki w godz. **08:00-14:00 (tj. 6 godzin).**

Zadanie 8
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w piątki w godz. **15:00-20:00 (tj. 5 godzin).**

Zadanie 9
Specjalista psychoterapii uzależnień (lub osoba w trakcie procesu certyfikacji) przyjmujący w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w piątki w godz. **15:00-20:00 (tj. 5 godzin).**

Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość rozszerzenia lub zmniejszenia ilości jednostek/komórek w przypadku utworzenia nowych jednostek/komórek lub innych zmian organizacyjnych u Udzielającego zamówienia lub/i w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych przez Udzielającego zamówienia na zlecenie innych podmiotów.

Wykaz świadczeń wymaganych przez Udzielającego zamówienia określa Załącznik nr 4 do SWKO.

4. TERMIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Termin udzielania świadczeń – czas, na który zostanie zawarta umowa:
od dnia **01.12.2026 r.** do dnia **31.08.2027 r.**

5. WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE

O udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu, może ubiegać się Oferent:
a. będący podmiotem lub osobą wykonującą działalność leczniczą,
b. będący osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie będącym przedmiotem konkursu ofert,
c. legitymujący się dokumentami świadczącymi o uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji i uprawnień w zakresie, w jakim przystępuje do konkursu oraz został wpisany do odpowiednich rejestrów.

Świadczeń zdrowotnych może udzielać personel posiadający niezbędną wiedzę i doświadczenie konieczne do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym postępowaniem konkursowym zgodnie ze specjalnością danej komórki organizacyjnej oraz wymogami określonymi we właściwych Zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie wymagań dla personelu.

6. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

6.1. Oferta powinna zawierać:
a. Formularz ofertowy, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do SWKO,
b. Oświadczenie Oferenta, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO,

c. Cennik Oferenta, obejmujący ceny za udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO,
d. Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczpospolitej Polskiej lub Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (jeśli dotyczy),
e. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe:

- dyplom ukończenia studiów wyższych w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych,
- certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień/zaświadczenie potwierdzające udział w szkoleniu przygotowującym do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień,

f. Orzeczenie lekarskie z zakresu medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem,
g. Informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Każdy Oferent składa tylko jedną ofertę. Oferent składa w wyznaczonym terminie ofertę odpowiadającą warunkom określonym w SWKO.

Odrzuca się oferty:

a. złożone przez Oferentów po terminie,
b. zawierające nieprawdziwe informacje,
c. jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej,
d. jeżeli zawierają rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
e. jeżeli są nieważne na podstawie odrębnych przepisów,
f. jeżeli Oferenci złożyli oferty alternatywne,
g. jeżeli Oferenci lub oferty nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych w SWKO;
h. złożone przez Oferentów, z którymi została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta.

6.2. Oferta musi być podpisana przez Oferenta.
6.3. Dokumenty wymienione w pkt 6.1. a) - c) Oferent składa w formie oryginału. Kopie pozostałych dokumentów wymienionych w pkt 6.1. muszą być z datą poświadczone „*za zgodność z oryginałem*" przez Oferenta lub przez osobę do tego uprawnioną.
6.4. Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej w języku polskim, z wyłączeniem pojęć medycznych.
6.5. Udzielający zamówienia może zażądać od Oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu, gdy kopia dokumentu jest nieczytelna lub jej prawdziwość budzi wątpliwości.
6.6. Wszystkie ceny podane w ofercie muszą być wyrażone w złotych polskich, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (groszy). Ceny podane w ofercie muszą uwzględniać wszystkie koszty związane z wykonywaniem zamówienia na udzielanie świadczeń objętych konkursem.
6.7. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

7. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

7.1. Ofertę należy złożyć w sekretariacie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ośrodka Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrzu, ul. Park Hutniczy 6, pok. nr 15 do dnia **27.11.2026 r. do godz. 10:00.**

7.2. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie opisanej w sposób następujący:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
OŚRODEK PROFILAKTYKI I LECZENIA UZALEŻNIEŃ,
UL. PARK HUTNICZY 6, 41-800 ZABRZE
Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie usług terapeutycznych
Zadanie Nr ……
Nie otwierać przed upływem terminu otwarcia ofert.

7.3. Oferent może wycofać złożoną ofertę powiadamiając pisemnie Udzielającego zamówienia przed upływem terminu składania ofert.

8. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent związany jest ofertą do 30 dni od upływu terminu składania ofert.

9. PRZEBIEG KONKURSU

9.1. Konkurs przeprowadza Komisja Konkursowa powołana przez Udzielającego zamówienia.
9.2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w siedzibie Udzielającego zamówienia do dnia **27.11.2026 r. do godz. 15:00.**
9.3. Informacje o rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert.
9.4. Jeżeli w wyniku rozstrzygnięcia konkursu została wybrana oferta najkorzystniejsza Udzielający zamówienia zawrze umowę, sporządzoną wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SWKO z Oferentem, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą z terminem udzielania świadczeń w okresie **od 01.12.2026 r. do 31.08.2027 r.**
9.5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przedłużenia terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu bez podawania przyczyn. Oferentom nie przysługują żadne roszczenia wobec Udzielającego zamówienia z tytułu odwołania konkursu oraz przedłużenia terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu.

10. KRYTERIA OCENY OFERT

10.1. W celu wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający zamówienia przyjął następujące kryterium:
● cena brutto za realizację przedmiotu konkursu ofert - 100 %.

10.2. Zasady oceny ofert według ustalonego kryterium:

Ocena ofert dokonywana będzie wg kryterium:

cena brutto za realizację przedmiotu konkursu ofert, wg wzoru:

$$C = \frac{C\,n}{C\,ob} \times Wc$$

gdzie:
C - ilość punktów otrzymanych za proponowaną cenę
C*n* - najniższa cena proponowana przez Oferentów
C*ob* - cena oferty badanej
W*c* - wartość wagowa (100 %)
Oferty oceniane będą za pomocą systemu punktowego.

Obliczenia będą dokonywane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów w zakresie danego pakietu.

10.3. W przypadku niemożliwości wyboru oferty na podstawie wyżej wymienionego kryterium, Komisja Konkursowa przeprowadza negocjacje z Oferentami.
10.4. W przypadku wpływu identycznych ofert Komisja przekazuje oferty Dyrektorowi, który decyduje o wyborze oferty po przeprowadzeniu dodatkowych negocjacji z każdym z Oferentów.

11. INFORMACJA O MOŻLIWOŚCI SKŁADANIA PROTESTÓW, ODWOŁAŃ DOTYCZĄCYCH KONKURSU OFERT

11.1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienia zasad przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w SWKO.
11.2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
a. wybór trybu postępowania,
b. niedokonanie wyboru Oferenta,
c. unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
11.3. W toku postępowania konkursowego, do czasu zakończenia postępowania, świadczeniodawca może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
11.4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
11.5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
11.6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
11.7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.
11.8. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja Konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.
11.9. Oferent może wnieść do Dyrektora Udzielającego zamówienia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
11.10. 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. INFORMACJA O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA Z OFERENTAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW; WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI

12.1. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający zamówienia i Oferent przekazują pisemnie lub faksem na adres:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
ul. Park Hutniczy 6
41-800 Zabrze
tel. 32 271-84-42; fax wew. 104

12.2. Osobą uprawnioną do porozumiewania się z Oferentami jest: **Sonia Opic-Jaworek**.

13. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1 Formularz ofertowy (wzór)
Załącznik nr 2 Oświadczenie Oferenta (wzór)
Załącznik nr 3 Cennik Oferenta (wzór)
Załącznik nr 4 Umowa (wzór)

ZATWIERDZAM
Adam Frąc – Dyrektor

załącznik nr 1 do SWKO

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Przedmiot konkursu:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług terapeutycznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodku Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrzu

Zadanie Nr ……

Udzielający zamówienia:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
ul. Park Hutniczy 6
41-800 Zabrze
tel. 32 271-84-42; fax wew. 104

Dane o Oferencie:

nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą (jeśli dotyczy)
.....
.....
Imię i nazwisko.....
adres siedziby/zamieszkania: ul. ..... nr .....
kod..... miejscowość .....
seria i numer dowodu osobistego.....
data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

1. Certyfikat / dyplom / zaświadczenie .....
(nazwa)
nr..... z dn. .....
wydany przez.....

2. Certyfikat / dyplom / zaświadczenie .....
(nazwa)
nr..... z dn. .....
wydany przez.....

nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność (jeśli dotyczy) .....
PESEL..... NIP (jeśli dotyczy) .....
REGON (jeśli dotyczy) ..... Urząd Skarbowy .....
numer telefonu ..... e-mail .....

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert wraz z załącznikami w terminie od **01.12.2026 r. do 31.08.2027 r.**
2. Oferuję wykonywanie przedmiotu zamówienia za wynagrodzenie w wysokości określonej w Cenniku, stanowiącym załącznik do oferty.

3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że niniejsza oferta wiąże mnie przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Załącznikami do oferty są:
   a. Oświadczenie Oferenta, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO,
   b. Cennik Oferenta, obejmujący ceny za udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO,
   c. Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczpospolitej Polskiej lub Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (jeśli dotyczy),
   d. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (w zależności od wybranych zdań, zgodnie z SWKO):
   - dyplom ukończenia studiów wyższych w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych,
   - certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień/zaświadczenie potwierdzające udział w szkoleniu przygotowującym do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień,
   e. Orzeczenie lekarskie z zakresu medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem.
   f. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Podpis:

l.p.	**Nazwisko i imię Oferenta**	**Podpis Oferenta**	**Miejscowość i data**
1)			

Załącznik nr 2 do SWKO

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot konkursu:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług terapeutycznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodku Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrzu

Zadanie Nr ……

Udzielający zamówienia:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
ul. Park Hutniczy 6
41-800 Zabrze
tel. 32 271-84-42; fax wew. 104

1. Zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert dotyczących konkursu na udzielenie ww. świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Zapoznałem/zapoznałam się z projektem umowy przygotowanym przez Udzielającego zamówienie i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. W przypadku wybrania mojej oferty w postępowaniu konkursowym czas świadczonych usług podany w ofercie nie będzie pokrywał się ze świadczeniem przeze mnie usług medycznych w innej placówce.
4. Oświadczam, że zapewnię ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń.
5. W przypadku wybrania mojej oferty w postępowaniu konkursowym wyrażam zgodę na przekazanie wynagrodzenia za realizację świadczeń zdrowotnych na rachunek bankowy nr……
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Udzielającego zamówienia na zasadach określonych w rozporządzeniu 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 ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE moich danych osobowych zawartych w ofercie oraz przekazanych w konkursie, w zakresie wykraczającym.
7. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych dostępną w danym ogłoszeniu konkursowym.

Podpis:

l.p.	Nazwisko i imię Oferenta	Podpis Oferenta	Miejscowość i data
1)			

Załącznik nr 3 do SWKO

CENNIK OFERENTA

Przedmiot konkursu:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług terapeutycznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodku Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrzu

Zadanie Nr …….

Udzielający zamówienia:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
ul. Park Hutniczy 6
41-800 Zabrze
tel. 32 271-84-42; fax wew. 104

Lp.	Zakres czynności	Cena jednostkowa brutto zł za godzinę
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług terapeutycznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodku Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrzu	

Podpis:

l.p.	Nazwisko i imię Oferenta	Podpis Oferenta	Miejscowość i data
1)			

Załącznik nr 4 do SWKO
wzór umowy

UMOWA nr /

o udzielanie świadczeń zdrowotnych

zawarta w dniu **……. r.** w Zabrzu, pomiędzy **Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ośrodkiem Profilaktyki i Leczenia Uzależnień**, ul. Park Hutniczy 6, 41- 800 Zabrze, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000040291, zwanym w dalszej części umowy „Udzielającym zamówienia", w imieniu którego działa ***Dyrektor – Adam Frąc,***
po wstępnej kontroli, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych dokonanej przez Głównego Księgowego Mariannę Papaj

a **……..……..** NIP ……..……., (jeśli dotyczy)
REGON …….....……, (jeśli dotyczy) zwanym „Przyjmującym zamówienie".

§ 1

Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Ośrodka.

§ 2

1. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, o ile powstała z jego winy.
2. Przyjmujący zamówienie wykonując czynności objęte niniejszą umową ponosi ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną działalnością (jeśli dotyczy).

§ 3

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się w szczególności do:
1. Przestrzegania zasad udzielania świadczeń określonych w Regulaminie Organizacyjnym Udzielającego zamówienia.
2. Zapoznania się z umowami zawartymi ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz do przestrzegania zasad i warunków udzielania świadczeń wynikających z zawartych umów.
3. Ścisłego przestrzegania wyznaczonego czasu świadczenia usług medycznych, zgodnie z harmonogramem zawartym w załączniku nr 1.
4. Osobistego wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy przez **…… godzin tygodniowo** zgodnie z harmonogramem zawartym w załączniku nr 1. Istnieje możliwość wyznaczania zastępstwa, po uprzednim uzgodnieniu propozycji z Udzielającym zamówienia pod warunkiem, że osoba wyznaczona posiada identyczne kwalifikacje i zostaną zachowane pozostałe warunki niniejszej umowy.
5. Potwierdzania liczby godzin udzielonych świadczeń zdrowotnych w rejestrze godzin realizacji zleceń.

§ 4

Strony zgodnie postanawiają, że:
1. Przyjmujący zamówienie przy realizacji świadczeń objętych umową korzystać będzie nieodpłatnie ze sprzętu i innych środków Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie nie może w ramach niniejszej umowy pobierać dodatkowych opłat od pacjentów, chyba, że odpłatność wynika z przepisów odrębnych i pobierana jest na rzecz Udzielającego Zamówienia.

§ 5

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na okres od **……. r**. do **…….. r.**
2. Wszelkie zmiany warunków umowy wymagają zgodnego oświadczenia stron złożonego w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

§ 6

Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do:
1. Rzetelnego wykonywania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem wiedzy i umiejętności z uwzględnieniem postępu w tym zakresie i zgodnie z innymi obowiązkami określonymi w odrębnych przepisach.
2. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z wymaganiami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 252 poz.1697), bądź zgodnie z innymi aktualnymi przepisami obowiązującymi w dniu wykonywania przedmiotu umowy.
3. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wykonywanych świadczeniach bądź w zakwestionowaniu wpisów w dokumentacji medycznej oraz obciążenia Udzielającego zamówienia karami umownymi z tego tytułu przez NFZ lub inną instytucję, kary te ponosi Przyjmujący zamówienie.
4. Poddania się kontroli ze strony Udzielającego zamówienia oraz innych uprawnionych osób i organów w zakresie:
   a) sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
   b) dostępności świadczeń, w tym zarówno dostępności formalnej jak i merytorycznej, a w szczególności jakości udzielanych świadczeń,
   c) gospodarowania użyczonym sprzętem,
   d) prowadzonej dokumentacji medycznej.
5. Prowadzenia sprawozdawczości statystycznej w sposób ustalony przez Udzielającego zamówienia w terminach wskazanych przez Udzielającego zamówienia.
6. Osobistego zgłoszenia swojej działalności i rozliczania się w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych (jeśli dotyczy).
7. Posiadania aktualnego orzeczenia lekarskiego z zakresu medycyny pracy potwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie realizacji zamówienia przez cały okres trwania umowy.

8. Bezwzględnego przestrzegania zasad ochrony danych osobowych określonych w przepisach prawa oraz regulacjach wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego zamówienia.
9. Przestrzegania przepisów BHP i ppoż., określonych w przepisach prawa oraz obowiązujących u Udzielającego zamówienia oraz instrukcji i procedur wewnątrzzakładowych powstałych również po dacie zawarcia umowy.

§ 7

1. Strony ustalają, że należność z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi brutto: **……..**zł (słownie: **……00/100**) za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Należność z tytułu wykonania umowy będzie wypłacona w miesięcznych okresach rozliczeniowych w ciągu 30 dni od daty wystawienia faktury/rachunku, na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie w wystawionych fakturach/rachunkach.
3. Na wystawionej fakturze/rachunku Przyjmujący zamówienie podaje:
   liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych x cenę jednostkową = cena brutto udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Wykonanie świadczeń objętych umową wymaga potwierdzenia merytorycznego przez Dyrektora Ośrodka w formie podpisu na wystawionej fakturze.
5. Za dzień zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.

§ 8

1. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron za 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia upływającym na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. W przypadku zmian zasad kontraktowania i warunków finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sposób odbiegający od zasad obowiązujących w dniu podpisania umowy, a także rozwiązania i niezawarcia nowego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę z zachowaniem 3-dniowego okresu wypowiedzenia.
3. Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:
   a) utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień lub możliwości wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy;
   b) nienależytego udzielania świadczeń przez Przyjmującego zamówienie, polegającego w szczególności na ograniczeniu dostępności, nieodpowiedniej jakości lub zawężeniu zakresu świadczeń.
   c) niewywiązania się z obowiązku poddania się kontroli określonej w §6 pkt. 5 niniejszej umowy.
4. Przyjmujący zamówienie jest uprawniony do rozwiązania umowy z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia w przypadku zwłoki Udzielającego zamówienia w zapłacie wynagrodzenia określonego w niniejszej umowie.
5. Każda ze stron może rozwiązać niniejszą umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne warunki umowy. Przez rażące naruszenie postanowień umowy rozumie się niestanowiące podstawy do wypowiedzenia umowy zawinione działanie lub zaniechanie powodujące, że konkretne obowiązki tej strony określone w niniejszej umowie są nierealizowane w ogóle lub są realizowane w sposób sprzeczny z zasadami wynikającymi z przepisów prawa lub niniejszej umowy.

§9

W sprawach nieuregulowanych postanowieniami umowy mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 10

Ewentualne spory, które mogą wyniknąć w trakcie realizacji umowy, będą rozpatrywane przez właściwe sądy powszechne.

§ 11

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

Przyjmujący zamówienie Udzielający zamówienia

…… ……

Sposób, organizacja i harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodku Profilaktyki i Leczenia Uzależnień,
Zabrze, ul. Park Hutniczy 6

1. Udzielający zamówienia zapewnia rejestrację pacjentów na podstawie zgłoszenia:
   a. osobistego,
   b. telefonicznego,
   c. za pośrednictwem trzeciej osoby,

od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-20.00, soboty 8.00-15.00.

2. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przyjęcia pacjenta w ustalonym terminie. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie ustalonego terminu Udzielający zamówienia w każdy dostępny sposób informuje pacjenta o zmianie terminu.

3. Harmonogram udzielania świadczeń:*

**Harmonogram udzielenia świadczeń zdrowotnych zostanie sporządzony przy podpisywaniu umowy.*