

Dyrektor Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli ul. Staszica 4

Na podstawie art. 35 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 roku Nr 14, poz. 89 z późn. zm.);

OGŁASZA KONKURS otwarty

1. Na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza w niżej wymienionych oddziałach Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli:

Oddziały zachowawcze:

- Chorób wewnętrznych
- Kardiologiczny
- Psychiatryczny i Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych
- Kardiologii Inwazyjnej i Angiologii z Pracownią Hemodynamiki
- Nefrologiczny i Dializoterapii
- Pediatryczny i Neonatologiczny
- Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym i Otolaryngologiczny
- Okulistyczny

Oddziały zabiegowe:

- Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Chirurgiczny Ogólny
- Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
- Ginekologiczno - Położniczy

w godz. od 15⁰⁰ do 7⁰⁰ dnia następnego w dni powszednie
i od 7⁰⁰ do 7⁰⁰ dnia następnego w soboty, niedziele i święta
w okresie od 15 lipca 2008 r. do 31 grudnia 2011 r.

Szpitalny Oddział Ratunkowy - dyżur stacjonarny zwykły i zabiegowy
- dyżur w zespołach wyjazdowych;
karetki R-1, W-1, R-2 oraz karetka ogólnolekarska

2. Na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych w:

- ***Szpitalnym Oddziale Ratunkowym***
- ***Opieka Doraźna; zespoły wyjazdowe - karetka W-2***

Oferty na formularzu wraz z załącznikami należy składać w zamkniętej kopercie pod adresem SPZZOZ Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli ul. Staszica 4 w terminie do 3 dnia każdego miesiąca 2008 r. począwszy od lipca 2008 roku z dopiskiem „KONKURS”.

Otwarcie ofert następować będzie w siedzibie Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli przy ul. Staszica 4; - 10 dnia każdego miesiąca 2008 r. o godz. 10⁰⁰
Rozstrzygnięcie konkursu następować będzie etapami w ciągu 3 dni od otwarcia ofert.
Termin związania ofertą to 30 dni od dnia otwarcia ofert.

Zastrzega się prawo do odwołania KONKURSU oraz do przesunięcia terminu składania ofert.

Organizator konkursu zastrzega sobie prawo nie przyjęcia oferty podmiotu, który

według posiadanej przez organizatora opinii nie gwarantuje udzielania świadczeń zdrowotnych na odpowiednim poziomie.

Oferta powinna zawierać:

- Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
- Dane o ofercie (odpowiednio):
 - a) nazwę i siedzibę zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej,
 - b) imię i nazwisko, adres, prawo wykonywania zawodu lekarza, staż pracy, posiadane specjalizacje (stopień), zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej lub zezwolenie na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, (kopie dokumentów w/w powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem)
- Oświadczenie oferenta o zawarciu umowy ubezpieczenia OC zgodnie z rozp. Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (Dz. U. Nr 283, poz. 2825).
- Proponowaną kwotę należności (zł/godz.) za realizację zamówienia,
- Określenie jakich świadczeń zdrowotnych oferta dotyczy.

Skargi i protesty dotyczące KONKURSU rozstrzygane będą zgodnie z §16 i § 17 rozp. MZiOS z 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. Nr 93 poz. 592)

Szczegółowych informacji dotyczących Konkursu udziela Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Andrzej Komsa oraz Zastępca Dyrektora ds. Finansowo - Ekonomicznych Roman Ryznar w siedzibie Szpitala, w godzinach od 7³⁰ do 14⁰⁰ (tel. 0-15 8433205; 0-15 842-06-44 lub 0-15 843-33-76).

Powyższe ogłoszenie ukazało się w;

- Gazecie Wyborczej - dodatek Reklama w dniu 14 grudnia 2007 r
- Echu Dnia w dniu 17 grudnia 2007r.
- Kurierze Lubelskim w dniu 14 grudnia 2007r.

OFERTA

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami wykonywania zawodu **lekarza w oddziałach szpitalnych** Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli – oddział

I.

Dane o ofercie:

.....
(imię i nazwisko, adres)

.....
(prawo wykonywania zawodu lekarza)

.....
(staż pracy, posiadane specjalizacje – stopień)

.....
(zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej /specjalistycznej praktyki lekarskiej)

Załączniki:

- 1) Dyplom + specjalizacje
- 2) prawo wykonywania zawodu + wpis do rejestru indywidualnej praktyki lekarskiej + zezwolenie OIL
- 3) polisa ubezpieczeniowa (dołączę do dnia zawarcia umowy)*)

II.

Oświadczam, że zapoznałem /zapoznałam *) się z warunkami udzielania świadczeń zdrowotnych w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli zgodnie z zasadami wykonywania zawodu lekarza w oddziale.....
w godz. od 15⁰⁰ do 7⁰⁰ dnia następnego w dni powszednie oraz od poniedziałku do piątku, w sobotę, niedzielę i święta od 7⁰⁰ do 7⁰⁰ dnia następnego *).

III.

Oświadczam, że umowę ubezpieczenia OC zawrę zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy wykonywaniu tych świadczeń (Dz. U. Nr 143, poz. 921).

Podpis oferenta

IV.

Proponowana kwota należności (zł/godz.) za realizację zamówienia:

..... zł za godzinę pracy w dni powszednie

..... zł za godzinę pracy w sobotę niedzielę i święta

VI.

Określenie jakich świadczeń zdrowotnych dotyczy oferta:

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

VII.

Proponowany czas trwania umowy:

.....
.....

.....
(data i podpis oferenta)

Decyzja o przyjęciu lub odrzuceniu oferty

Oferta została przyjęta/odrzucona*).

Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas tj. od
dnia do dnia

Oferta została odrzucona z powodu

.....
.....

.....
podpis dyrektora lub osoby upoważnionej

*) niepotrzebne skreślić

OFERTA

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami wykonywania zawodu **lekarza w*); szpitalnym oddziale ratunkowym zespołach wyjazdowych Pogotowia Ratunkowego Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli – Karetka**

I.

Dane o ofercie:

.....
1. (imię i nazwisko, adres)

.....
2. (prawo wykonywania zawodu lekarza)

.....
3. (staż pracy, posiadane specjalizacje – stopień)

.....
4. (zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej /specjalistycznej praktyki lekarskiej)

Załączniki:

1) Dyplom + specjalizacje

2) prawo wykonywania zawodu + wpis do rejestru indywidualnej praktyki lekarskiej + zezwolenie OIL

3) polisa ubezpieczeniowa (dołączę do dnia zawarcia umowy)*)

II.

Oświadczam, że zapoznałem /zapoznałam *) się z warunkami udzielania świadczeń zdrowotnych w zespole wyjazdowym Pogotowia Ratunkowego Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli zgodnie z zasadami wykonywania zawodu w godz. od 7⁰⁰ lub 15⁰⁰ do 7⁰⁰ dnia następnego w dni powszednie oraz od poniedziałku do piątku, w sobotę, niedziele i święta od 7⁰⁰ do 7⁰⁰ dnia następnego *).

III.

Oświadczam, że umowę ubezpieczenia OC zawarę zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy wykonywaniu tych świadczeń (Dz. U. Nr 143, poz. 921).

*) niepotrzebne skreślić

IV.

Proponowana kwota należności (zł/godz.) za realizację zamówienia:

..... zł za godzinę pracy w dni powszednie

..... zł za godzinę pracy w sobotę niedzielę i święta

VI.

Określenie jakich świadczeń zdrowotnych dotyczy oferta:

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

VII.

Proponowany czas trwania umowy:

.....
.....

.....
(data i podpis oferenta)

Decyzja o przyjęciu lub odrzuceniu oferty

Oferta została przyjęta/odrzucona*).

Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas tj. od
dnia do dnia

Oferta została odrzucona z powodu

.....
.....

.....
podpis dyrektora lub osoby upoważnionej

*) niepotrzebne skreślić

OFERTA

Na udzielanie świadczeń przez **ratowników medycznych w^{*)}**;

- Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

- Opiece Doraźnej - zespoły wyjazdowe Pogotowia Ratunkowego Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli – Karetka Wypadkowa

I.

Dane o ofercie:

.....
1. (imię i nazwisko, adres)

.....
2. (dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe)

.....
3. (staż pracy, posiadane specjalizacje – stopień)

.....
4. (wpis do rejestru działalności gospodarczej, NIP, PESEL)

Załączniki:

1) Dyplom uzyskania tytułu zawodowego ratownika medycznego

2) wpis do rejestru działalności gospodarczej

3) Prawo jazdy kat. "B" oraz świadectwo kwalifikacyjne

4) Zaświadczenie od lekarza medycyny pracy oraz wykonane badania dla celów sanitarno- epidemiologicznych

5) polisa ubezpieczeniowa (dołączę do dnia zawarcia umowy)*)

II.

Oświadczam, że zapoznałem /zapoznałam *) się z warunkami udzielania świadczeń zdrowotnych w SOR i Opiece Doraźnej - zespoły wyjazdowe Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli w godz. od 7⁰⁰ do 19⁰⁰ i od 19⁰⁰ do 7⁰⁰ dnia następnego w dni powszednie, soboty, niedziele i święta *).

III.

Oświadczam, że umowę ubezpieczenia OC zawrę zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy wykonywaniu tych świadczeń (Dz. U. Nr 143, poz. 921).

*) niepotrzebne skreślić

IV.

Proponowana kwota należności (zł/godz.) za realizację zamówienia:

..... zł za godzinę pracy w dni powszednie

..... zł za godzinę pracy w sobotę niedzielę i święta

VI.

Określenie jakich świadczeń zdrowotnych dotyczy oferta:

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

VII.

Proponowany czas trwania umowy:

.....
.....

.....
(data i podpis oferenta)

Decyzja o przyjęciu lub odrzuceniu oferty

Oferta została przyjęta/odrzucona*).

Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas tj. od
dnia do dnia

Oferta została odrzucona z powodu
.....
.....

.....
podpis dyrektora lub osoby upoważnionej

*) niepotrzebne skreślić