

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
13/DP/04/2026

**Szpital Miejski
w Zabrze Sp. z o.o.
ul. Zamkowa 4
41-803 Zabrze
tel.: (32) 277-61-00, (32) fax: (32) 271-73-11
e-mail: sekretariat@szpitalzabrze.pl
strona internetowa: www.szpitalzabrze.pl (BIP)**

**MATERIAŁY DOTYCZĄCE
SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU
OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
W ZAKRESIE:**

Pakiet Nr 1 :

Usług lekarskich w ramach specjalności położnictwo i ginekologia w tym udzielanie świadczeń zdrowotnych, wykonywanie procedur medycznych w Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego – Szpital Miejski w Zabrze

Pakiet Nr 2 :

Wykonywania świadczeń zdrowotnych z dziedziny położnictwa i ginekologii w ramach dyżurów lekarskich w Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego – Szpital Miejski w Zabrze

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst. jedn. DZ.U. z 2026r., poz. 156), oraz art. 140,141,146 ust. 1, 147, 148 ust.1,149,150, 151 ust. 1,2 i 4-6, 152, 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. : DZ.U. 2025r. , poz. 1461 ze zm.), właściwe Rozporządzenie Ministra z dnia 06.03.2025 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą tekst jedn.: DZ.U. 2025,poz. 272 ze zm.) oraz w oparciu o wewnętrzne przepisy prawne Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., zwanego dalej Udzielającym zamówienie.

PAKIET 1

Zabrze, dnia 30.04.2026 r.

I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych w zakresie : **wykonywanie procedur medycznych i sprawowanie opieki nad pacjentami, w ramach specjalności położnictwa i ginekologii** , zarówno w zakresie świadczeń realizowanych w ramach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (umowa z NFZ) jak i komercyjnych (odpłatnych) usług zdrowotnych w Oddziale Położniczo - Ginekologicznym, Patologii Ciąży i Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy, na Bloku Operacyjnym CZKiD, Bloku Porodowym, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym o profilu położniczo – ginekologicznym Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego – Szpital Miejski w Zabrzu oraz Poradni Położniczo – Ginekologicznej, Ginekologii Onkologicznej i Diagnostyki Prenatalnej NZOZ Zespołu Poradni Specjalistycznych przy Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka w Zabrzu jak również w innych jednostkach organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Zabrzu Sp. z o.o. w razie doraźnej potrzeby.
2. Usługi lekarskie tj. świadczenia zdrowotne i procedury medyczne wykonywane będą od poniedziałku do piątku w godzinach pomiędzy 07:25 – 15:00 , oraz w godzinach uzależnionych od aktualnych potrzeb.
3. Realizacja przedmiotu zamówienia - zgodnie z projektem umowy
4. Proponowane ceny i udział procentowy wskazany w formularzu ofertowo – cenowym stanowiącym zał. Nr 1 niniejszych materiałów jest obowiązujący przez cały okres trwania umowy,

II. TERMIN WYKONANIA UMOWY

1. Termin wykonania umowy: od dnia **01.06.2026 r. do dnia 31.05.2027 r.**
2. Udzielający zamówienie zastrzega możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą ,w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielenie przedmiotowego zamówienia.

III. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent przedstawia tylko jedną ofertę.
2. Oferta musi być złożona w trwale zamkniętej kopercie. Na kopercie należy umieścić :
 - Nazwa , dokładny adres oferenta, numer telefonu
 - Numer postępowania konkursowego
 - Napis określający przedmiot postępowania konkursowego
 - Napis „ nie otwierać przed dniem 21.05.2026r. do godz. 11:00”.

Pierwsza strona oferty powinna zawierać :

- Łączną ilość stron oferty
 - Spis zawartości koperty tj. spis treści zawierający wykaz złożonych dokumentów z podaniem numeru strony, na której dany dokument się znajduje
3. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA WYMAGA PRZEDSTAWIENIA OFERTY NA ZAŁĄCZONYCH DRUKACH (Załączniki nr 1, 2, 3).
 4. Oferta musi być kompletna.
 5. Oferta musi być sporządzona w języku polskim i podpisana przez Oferenta.
 6. Każda strona powinna być opatrzona podpisem Oferenta oraz kolejnym numerem nadanym przez Oferenta.
 7. Udzielający zamówienia **nie dopuszcza składania ofert częściowych**
 8. **Kserokopie dokumentów winny być uwierzytelnione za zgodność z oryginałem przez Oferenta.**
 9. Ewentualne błędy wymagają czytelnego skreślenia niewłaściwej treści oraz naniesienia poprawek. Każda poprawka musi być sygnowana podpisem Oferenta i datą jej dokonania.
 10. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

IV. WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM – (w przypadku wyboru Pakietów 1 i 2 wymagane dokumenty oraz załączniki Nr 2 i Nr 3 do niniejszych materiałów należy złożyć tylko raz)

1. Wymagane dokumenty

- a) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)
- b) Księga rejestrowa potwierdzająca wpis do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą Okręgową Izbę Lekarską , potwierdzoną za zgodność z oryginałem. Księga winna zawierać potwierdzenie działalności w dziedzinie medycznej dotyczącej przedmiotu zamówienia
- c) Zaświadczenie lub poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- d) Zaświadczenie lub poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej (NIP)
- e) Dyplom lekarza
- f) Dyplom specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii (II stopnia/ specjalizacja)
- g) prawo wykonywania zawodu lekarza
- h) zaświadczenia o odbytych kursach i szkoleniach z zakresu przedmiotu zamówienia- jeśli posiada

Oferent, którego oferta została wybrana w niniejszym konkursie przed podpisaniem umowy lub najpóźniej dzień przed rozpoczęciem świadczenia usług zdrowotnych, zobowiązuje się dostarczyć Udzielającemu zamówienie następujące dokumenty :

- a) aktualną polisę ubezpieczenia OC
- b) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie niniejszej umowy

Oferent winien dostarczyć wraz z ofertą następujące dokumenty:

1. Formularz ofertowo/cenowy (Załącznik Nr 1)
2. Oświadczenie Oferenta (Załącznik Nr 2)
3. Klauzula informacyjna o ochronie danych osobowych (Załącznik Nr 3)
4. Dokumenty wymagane zgodnie z punktem „IV wymagania stawiane Oferentom „, niniejszych materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

V. WARUNKI PŁATNOŚCI

Zgodnie z projektem umowy

VI. WARUNKI REALIZACJI ZLECONYCH ŚWIADCZEŃ

1. Szpital oczekiwał będzie od Przyjmującego zamówienie wykonania usługi w zakresie świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie jakościowym, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy, normami, sztuką i etyką zawodową, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest posiadać ważne dokumenty potwierdzające uprawnienia w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia.
3. Niniejsze Szczegółowe warunki konkursu będą stanowić integralną część umowy podpisanej z wybranym Oferentem.
4. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych materiałach będą zawarte w umowie podpisanej z Oferentem wybranym w przedmiotowym postępowaniu , której projekt stanowi załącznik nr 4, a której akceptacja jest warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu.

VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT ORAZ OTWARCIA OFERT

Oferta musi być złożona **do dnia 21.05.2026r. do godz. 09:30** w siedzibie Udzielającego zamówienia –

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
13/DP/04/2026

Sekretariat.

W przypadku ofert przesłanych pocztą za datę oraz godzinę złożenia uważa się datę oraz godzinę wpływu oferty do siedziby Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

Otwarcie ofert odbędzie się **dnia 21.05.2026 r. o godz. 11:00** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sala konferencyjna – budynek Dyrekcji.

VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

IX. OCENA OFERT

- **Wybór najkorzystniejszej oferty dokonany zostanie na podstawie kryterium ceny „Cena” / „udział procentowy”.**

1. Cena za godzinę i udział procentowy : 100%

Kryterium ceny będzie rozpatrywane na podstawie oferty podanej przez Oferenta na formularzu ofertowo/cenowym (Załącznik nr 1).

Punktacja za cenę/udział procentowy będzie obliczona na podstawie wzorów:

$$P = \frac{\text{cena za 1 godz. świadczenia usług (najniższa spośród ofert)}}{\text{cena za 1 godz. świadczenia usług(badanej oferty)}} \times 60 \%$$

$$P = \frac{\text{udział procentowy w cenie porady komercyjnej (najniższa spośród ofert)}}{\text{udział procentowy w cenie porady komercyjnej (badanej oferty)}} \times 20 \%$$

$$P = \frac{\text{udział procentowy w cenie zabiegu komercyjnego (najniższa spośród ofert)}}{\text{udział procentowy w cenie zabiegu komercyjnego (badanej oferty)}} \times 20 \%$$

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

Całkowitą liczbę punktów stanowić będzie suma uzyskanych punktów z badania wszystkich powyższych składników tj. cen i udziałów procentowych.

Nie spełnienie wymogów określonych w pkt IV Materiałów dot. Konkursu Ofert powoduje odrzucenie oferty.

Oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans punktów (maksymalna liczba przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryterium) zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja świadczenia usług zostanie powierzona Oferentowi, którego oferta uzyska najwyższą ilość punktów lub takiej liczbie oferentów , zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie (max 10 osób). W przypadku większej niż ta wskazana powyżej liczba Oferentów , którzy uzyskali taką samą liczbę punktów, spełniających na równi wymogi określone w szczegółowych warunkach konkursu, Udzielający zamówienie weźmie pod uwagę kolejność składania ofert. Jeżeli oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienie wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
13/DP/04/2026

X. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU OFERT

Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienie **do dnia 22.05.2026 r.**

XI. OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Po rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający zamówienia podpisze z Oferentem umowę w terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert zgodnie z załączonym projektem umowy stanowiącym Załącznik nr 4 do Materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

Udzielający zamówienie dopuszcza możliwość unieważnienia konkursu w całości lub części bez podania przyczyny.

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. przy ul. Zamkowej 4 , 41-803 Zabrze, jako administrator danych osobowych uczestników konkursu informuje , że dane osobowe zawarte w przesłanych dokumentach aplikacyjnych będą przetwarzane wyłącznie dla celów związanych z przeprowadzeniem konkursu, w tym wyborem najlepszej oferty, rozpatrzeniem ewentualnych protestów. Każdemu uczestnikowi przysługuje prawo wglądu w swoje dane i możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne , ale niezbędne do wzięcia udziału w konkursie.

Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu iod@szpitalzabrze.pl

Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :

Kierownik Działu Planowania i Rozliczeń Usług Personelu Medycznego - mgr Sylwia Woźniak

Za Zarząd Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o.
Dyrektor ds. medycznych – Prokurent – lek. Bożena Śliwa - Rak

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
13/DP/04/2026

PAKIET 1 Załącznik nr 1
FORMULARZ OFERTOWO/CENOWY (ZAŁĄCZNIK NR 1 DO UMOWY)

I. Dane Oferenta :

1. Nazwa Oferenta:
2. Adres:
3. Numer telefonu kontaktowego :e-mail :
4. NIP
5. PESEL
6. REGON
7. Numer księgi rejestrowej :
8. Organ dokonujący wpisu
9. Nr konta bankowego

10. Akceptuję przedstawiony projekt umowy: Załącznik nr 4 (wraz z załącznikami do umowy)

II. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za wynagrodzeniem w wysokości :

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Maksymalna - prognozowana liczba godzin
	W Oddziale Położniczo – Ginekologicznym , Patologii Ciąży, Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy/ Poradnia Położniczo – Ginekologiczna, Ginekologii Onkologicznej i Diagnostyki Prenatalnej CZKiD	
	świadczenie usług lekarskich w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00	840

<p>1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Oddziale Położniczo – Ginekologicznym , Patologii Ciąży, Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy/ Poradnia Położniczo – Ginekologiczna, Ginekologii Onkologicznej i Diagnostyki Prenatalnej w dni (od poniedziałku do piątku) w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00 (oraz w godzinach pracy poradni)</p> <p>..... zł słownie.....</p> <p>Ogółem wartość za świadczenia: 840 godz x=.....</p>	(max. 160,00 zł)
---	--------------------

<p>Prognozowana wartość usług komercyjnych: (należy podać kwotę nie niższą niż 1000,00 zł)</p> <p>Miesięcznie :zł (słownie :)</p> <p>W okresie umowy :zł x 12 miesięcy =zł (słownie.....)</p>
--

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
13/DP/04/2026

Ogółem wartość całego zamówienia :

.....złotych , (słownie :.....)

(suma wszystkich tabel) na godziny dopołudniowe, komercja)

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

1. Udział procentowy należności uzyskanych przez Udzielającego zamówienie po odjęciu kosztów związanych z realizacją usługi zdrowotnej od należności uzyskanych przez Udzielającego zamówienie – z tytułu wykonywania przez Przyjmującego zamówienie odpłatnych świadczeń zdrowotnych – **porad lekarskich** po cenach przewidzianych w cenniku Udzielającego zamówienie w Poradni Położniczo – Ginekologicznej, Ginekologii Onkologicznej i Diagnostyki Prenatalnej Zespołu Poradni Specjalistycznych przy Centrum Zdrowia Kobiety i kDziecka w Zabrze% (słownie :procent)
(max: 50%)
2. Udział procentowy należności uzyskanych przez Udzielającego zamówienie po odjęciu kosztów związanych z realizacją usługi zdrowotnej (zabiegów operacyjnych , procedur) z tytułu wykonywania przez Przyjmującego zamówienie odpłatnych świadczeń zdrowotnych (komercyjnych) po cenach przewidzianych w cenniku Udzielającego zamówienie.
.....% (słownie :procent)) (max : 50%)

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienie.:

Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego – Szpital Miejski w Zabrzu oraz w Poradni Położniczo – Ginekologicznej, Ginekologii Onkologicznej i Diagnostyki Prenatalnej - NZOZ Zespołu Poradni Specjalistycznych przy Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka w Zabrzu ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze

.....
data i podpis Oferenta

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
13/DP/04/2026

Załącznik nr 2

....., dn.

„ Oświadczenie Oferenta” (dotyczy Pakietów 1 i 2)

Nazwa Oferenta.....

.....

Adres.....

.....

Niniejszym, oświadczam, że :

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu , projektem umowy i tym samym je akceptuję.
2. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na okres podany w warunkach konkursu w miejscu wyznaczonym przez Organizatora konkursu i w terminie zgodnym z warunkami konkursu.
3. Jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych firmy przez Szpital Miejski w Zabrze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla potrzeb realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
6. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia.
7. Nie udzielam i nie będę udzielać w trakcie trwania umowy wynikającej z niniejszego konkursu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia jako:
 - a) lekarz prowadzący praktyki zawodowe indywidualne
 - b) lekarz prowadzący praktyki grupowe w formie spółek cywilnych
 - c) lekarz prowadzący indywidualne przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego
 - d) lekarz prowadzący przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w formie spółki cywilnej

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu niniejszego postępowania konkursowego prowadzonego przez Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. zgodnie z przepisami prawa unijnego oraz polskiego w zakresie ochrony danych osobowych.

Zostałem/em poinformowany, że Administratorem Danych Osobowych jest Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze, przy ul. Zamkowej 4, 41-803 Zabrze. Dane zbierane są dla potrzeb rekrutacji. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych wymienionych w niniejszym ogłoszeniu jest dobrowolne i niezbędne do procesu rekrutacji. Podanie dodatkowych danych i informacji, wykraczających poza zakres niniejszego ogłoszenia, nie jest wymagane. ”

podpis

* niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, dalej „RODO”), informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest *Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. (ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze) wpisany do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000328484*
2. **Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.** powołał inspektora ochrony danych osobowych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: **iod@szpitalzabrze.pl**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach:
 - a. związanych z przeprowadzeniem konkursu, w tym wyborem najlepszej oferty, rozpatrzeniem ewentualnych protestów, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w zakresie danych zawartych w dokumentach aplikacyjnych/ofercie.
 - b. związanych z zawarciem (w tym działania przed zawarciem umowy) i realizacją umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b. RODO), w zakresie danych niezbędnych do realizacji umowy (imię, nazwisko, wykształcenie, przebieg dotychczasowego zatrudnienia, kwalifikacje, PESEL, adres zamieszkania, numer rachunku płatniczego)
 - c. zapewnienia bezpieczeństwa na terenie Szpitala, w tym bezpieczeństwa pracowników i pacjentów, ochrony mienia Administratora, za pośrednictwem systemu monitoringu wizyjnego rejestrującego wizerunek – obraz - utrwalony w chwili przebywania w miejscach objętych zasięgiem monitoringu, w tym Pani/Pana przemieszczania się oraz zachowania, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f. RODO (przetwarzanie danych jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora),
4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą **upoważnieni pracownicy/zleceniobiorcy Szpitala Miejskiego w Zabrze sp. z o.o. oraz** inne podmioty na podstawie właściwych przepisów, w szczególności Narodowy Fundusz Zdrowia, właściwy urząd skarbowy, osoby i podmioty przetwarzające dane w ramach świadczeń obsługi podatkowo-księgowej i doradztwa prawnego;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:
 - a. trwania konkursu oraz okres niezbędny do rozpatrzenia ewentualnych protestów;
 - b. **trwania umowy oraz okres przedawnienia roszczeń wynikających z umowy, w tym także okres przechowywania dokumentacji podatkowej, dokumentacji ZUS, NFZ;**
 - c. Nagrania monitoringu wizyjnego są przechowywane przez 10 dni od dnia nagrania. W przypadku, w którym nagrania obrazu pochodzące z monitoringu wizyjnego stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub Pracodawca powziął wiadomość, iż mogą one stanowić dowód w postępowaniu, nagrania obrazu będą przechowywane do czasu prawomocnego zakończenia postępowania. Po okresie przechowywania nagrań na nośnikach zarejestrowane dane są nadpisywane kolejnymi nagraniami, bez możliwości technicznego odzyskania.
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
8. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzoru gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest **warunkiem wzięcia udziału w konkursie, zawarcia i kontynuowania umowy;**
10. dane nie są poddane profilowaniu.

Potwierdzam uzyskanie powyższych informacji

.....
data, podpis

PAKIET NR 2

Zabrze, dnia 30.04.2026 r.

I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych w zakresie: **położnictwa i ginekologii w ramach dyżurów lekarskich**, które udzielane będą na podstawie miesięcznego zapotrzebowania, ustalonego dla potrzeb Oddziału, zatwierdzonego każdorazowo przez Kierownika Oddziału Położniczo – Ginekologicznego, Patologii Ciąży i Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy - Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego Udzielającego zamówienie.
2. Realizacja zamówienia – zgodnie z projektem umowy
3. Cena podana przez Oferenta winna być ceną brutto, która zawiera już wszystkie elementy cenotwórcze.
4. Proponowana cena za świadczenia zdrowotne jest obowiązująca przez cały okres obowiązywania umowy a liczba świadczeń wskazana w formularzu cenowym (**Załączniku nr 1**) jest szacunkowa i nie stanowi podstawy jakichkolwiek roszczeń ze strony Oferenta.
5. Świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.
6. Dyżury lekarskie pełnione będą w dni :
 - a) powszednie :
 - od poniedziałku do piątku (od godziny 15:00 do godziny 7:25),
 - w soboty (od godziny 7:25 do godziny 7:25)
 - b) świąteczne :
 - niedziele , święta (od godziny 7:25 do godziny 7:25)zgodnie z comiesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym i zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału według aktualnych potrzeb Udzielającego zamówienie.
7. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa załącznik Nr 1 niniejszych materiałów.

II. TERMIN WYKONANIA UMOWY

1. Termin wykonania umowy: od dnia **01.06.2026 r. do dnia 31.05.2027 r.**
2. Udzielający zamówienie zastrzega możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą , w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielenie przedmiotowego zamówienia.

III. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent przedstawia tylko jedną ofertę.
2. Oferta musi być złożona w trwale zamkniętej kopercie. Na kopercie należy umieścić :
 - Nazwa , dokładny adres oferenta, numer telefonu
 - Numer postępowania konkursowego
 - Napis określający przedmiot postępowania konkursowego
 - Napis „ nie otwierać przed dniem 21.05.2026r do godz. 11:00”.

Pierwsza strona oferty powinna zawierać :

- Łączną ilość stron oferty
 - Spis zawartości koperty tj. spis treści zawierający wykaz złożonych dokumentów z podaniem numeru strony, na której dany dokument się znajduje
3. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA WYMAGA PRZEDSTAWIENIA OFERTY NA ZAŁĄCZONYCH DRUKACH (Załączniki nr 1, 2, 3).
 4. Oferta musi być kompletna.
 5. Oferta musi być sporządzona w języku polskim i podpisana przez Oferenta.

6. Każda strona powinna być opatrzona podpisem Oferenta oraz kolejnym numerem nadanym przez Oferenta.
7. Udzielający zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych.
8. Kserokopie dokumentów winny być uwierzytelnione za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
9. Ewentualne błędy wymagają czytelnego skreślenia niewłaściwej treści oraz naniesienia poprawek. Każda poprawka musi być sygnowana podpisem Oferenta i datą jej dokonania.
10. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

V. WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM

1. Wymagania wobec oferentów prowadzących indywidualne praktyki lekarskie

Wymagane dokumenty:

- a) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
 - b) Księga rejestrowa potwierdzająca wpis do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą Okręgową Izbę Lekarską, potwierdzoną za zgodność z oryginałem. Księga winna zawierać potwierdzenie działalności w dziedzinie medycznej dotyczącej przedmiotu zamówienia
 - c) Zaświadczenie lub poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
 - d) Zaświadczenie lub poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej (NIP)
 - e) Dyplom lekarza
 - f) Dyplom specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii (II stopnia/ specjalizacja)
 - g) prawo wykonywania zawodu lekarza
- Oferent, którego oferta została wybrana w niniejszym konkursie przed podpisaniem umowy lub najpóźniej dzień przed rozpoczęciem świadczenia usług zdrowotnych, zobowiązuje się dostarczyć Udzielającemu zamówienie następujące dokumenty :**

- a) aktualną polisę ubezpieczenia OC
- b) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie niniejszej umowy

Oferent winien dostarczyć wraz z ofertą następujące dokumenty:

1. Formularz Ofertowo - cenowy (Załącznik Nr 1)
2. Oświadczenie Oferenta (Załącznik Nr 2)
3. Klauzula informacyjna o ochronie danych osobowych (Załącznik Nr 3)
4. Dokumenty wymagane zgodnie z punktem „IV wymagania stawiane Oferentom „ niniejszych materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

V. WARUNKI PŁATNOŚCI

Zgodnie z projektem umowy

VI. WARUNKI REALIZACJI ZLECONYCH ŚWIADCZEŃ

1. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa Załącznik Nr 1. Liczba planowanych świadczeń do zrealizowania może się zmienić (zmniejszyć) w zależności od zapotrzebowania – wg potrzeb Udzielającego zamówienie.
2. Szpital oczekiwat będzie od Przyjmującego zamówienie wykonania usługi w zakresie świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie jakościowym, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy, normami, sztuką i etyką zawodową, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z zapotrzebowaniem zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału Położniczo - Ginekologicznego, Patologii Ciąży i Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy CZKiD im. Prof. Wojciecha Starzewskiego Udzielającego

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
13/DP/04/2026

zamówienie.

4. Przyjmujący zamówienie przejmuje pełną odpowiedzialność za dokładność i sumienność wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest posiadać ważne dokumenty potwierdzające uprawnienia w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia.
6. Niniejsze Szczegółowe warunki konkursu będą stanowić integralną część umowy podpisanej z wybranym Oferentem.
7. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych Warunkach będą zawarte w umowie podpisanej z Oferentem wybranym w przedmiotowym postępowaniu, której projekt stanowi załącznik nr 4a, a której akceptacja jest warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu.

VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT ORAZ OTWARCIA OFERT

Oferta musi być złożona **do dnia 21.05.2026 r. do godz. 09:30** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

W przypadku ofert przesłanych pocztą za datę oraz godzinę złożenia uważa się datę oraz godzinę wpływu oferty do siedziby Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

Otwarcie ofert odbędzie się **dnia 21.05.2026 r. o godz. 11:00** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sala konferencyjna – budynek Dyrekcji.

VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

IX. OCENA OFERT

Wybór najkorzystniejszej oferty dokonany zostanie na podstawie kryterium „Cena” 100%

Kryterium ceny będzie rozpatrywane na podstawie oferty podanej przez Oferenta na formularzu ofertowo – cenowym (Załącznik nr 1).

Punktacja za cenę będzie obliczona na podstawie wzoru:

$$P = \frac{\text{cena najniższa spośród ofert}}{\text{cena badanej oferty}} \times 100$$

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

Nie spełnienie wymogów określonych w pkt IV Materiałów dot. Konkursu Ofert powoduje odrzucenie oferty. Oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans punktów (maksymalna liczba przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryterium) zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja świadczenia usług zostanie powierzona Oferentowi, którego oferta uzyska najwyższą ilość punktów lub takiej liczbie Oferentów zgodnej z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia i jednocześnie których oferta będzie miała najkorzystniejszy w rankingu bilans punktów. (maksymalnie : 12 lekarzy)

Jeżeli oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienie wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

X. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU OFERT

Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienia do dnia 22.05.2026 r.

W przypadku uzyskania przez większą liczbę Oferentów takiej samej liczby punktów, Udzielający

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
13/DP/04/2026

zamówienie zastrzega sobie prawo wezwania wszystkich tych oferentów do złożenia ofert dodatkowych.

XI. OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Po rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający zamówienia podpisze z Oferentem umowę w terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert zgodnie z załączonym projektem umowy stanowiącym Załącznik nr 4 do Materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

Udzielający zamówienie dopuszcza możliwość unieważnienia konkursu w całości lub części bez podania przyczyny.

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. przy ul. Zamkowej 4 , 41-803 Zabrze, jako administrator danych osobowych uczestników konkursu informuje , że dane osobowe zawarte w przesłanych dokumentach aplikacyjnych będą przetwarzane wyłącznie dla celów związanych z przeprowadzeniem konkursu, w tym wyborem najlepszej oferty, rozpatrzeniem ewentualnych protestów. Każdemu uczestnikowi przysługuje prawo wglądu w swoje dane i możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne , ale niezbędne do wzięcia udziału w konkursie.

Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu iod@szpitalzabrze.pl

Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :

Kierownik Działu Planowania i Rozliczeń Usług Personelu Medycznego - mgr Sylwia Woźniak

Za Zarząd Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o.
Dyrektor ds. medycznych – Prokurent – lek. Bożena Śliwa - Rak

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
13/DP/04/2026

Pakiet NR 2

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWO/CENOWY (ZAŁĄCZNIK NR 1 DO UMOWY)

I. Dane Oferenta :

1. Nazwa Oferenta:
2. Adres:
3. Numer telefonu kontaktowego :e-mail :
4. NIPREGON
5. PESEL
6. Numer księgi rejestrowej :
7. Organ dokonujący wpisu
8. Nr konta bankowego

Akceptuję przedstawiony projekt umowy: Załącznik nr 4a (wraz z załącznikami do umowy)

II. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za wynagrodzeniem w wysokości :

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Planowana liczba godzin dyżurów
	W Oddziale Położniczo – Ginekologicznym , Patologii Ciąży, Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy CZKiD/SOR CZKiD	
	Dyżur zwykły/święteczny	1560

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego **Oddziale Położniczo – Ginekologicznym , Patologii Ciąży, Endokrynologii Ginekologicznej z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Endoskopowego Leczenia Endometriozy CZKiD** w dni (od poniedziałku do piątku) od godziny 15:00 – 07:25, (soboty) od godziny 07:25 – 07:25 , (w niedziele i święta) od godziny (07:25-07:25)zł słownie.....

(max. 190,00 zł)

Ogółem wartość za dyżury: 1560 godz x=.....

.....złoty , (słownie :.....)

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienie.:

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.

ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze

.....
data i podpis Oferenta

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
13/DP/04/2026

Załącznik nr 2

....., dn.

„ Oświadczenie Oferenta” (dotyczy Pakietów 1 i 2)

Nazwa Oferenta.....

.....

Adres.....

.....

Niniejszym, oświadczam, że :

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu , projektem umowy i tym samym je akceptuję.
 2. Zobowiązuje się, w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na okres podany w warunkach konkursu w miejscu wyznaczonym przez Organizatora konkursu i w terminie zgodnym z warunkami konkursu.
 3. Jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
 4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
 5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych firmy przez Szpital Miejski w Zabrze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla potrzeb realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
 6. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia.
 7. Nie udzielam i nie będę udzielać w trakcie trwania umowy wynikającej z niniejszego konkursu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia jako:
 - a) lekarz prowadzący praktyki zawodowe indywidualne
 - b) lekarz prowadzący praktyki grupowe w formie spółek cywilnych
 - c) lekarz prowadzący indywidualne przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego
 - d) lekarz prowadzący przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w formie spółki cywilnej
- „Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu niniejszego postępowania konkursowego prowadzonego przez Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. zgodnie z przepisami prawa unijnego oraz polskiego w zakresie ochrony danych osobowych.

Zostałam/em poinformowany, że Administratorem Danych Osobowych jest Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze, przy ul. Zamkowej 4, 41-803 Zabrze. Dane zbierane są dla potrzeb rekrutacji. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych wymienionych w niniejszym ogłoszeniu jest dobrowolne i niezbędne do procesu rekrutacji. Podanie dodatkowych danych i informacji, wykraczających poza zakres niniejszego ogłoszenia, nie jest wymagane. ”

podpis Oferenta

* niepotrzebne skreślić

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
13/DP/04/2026

Załącznik Nr 3

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, dalej „RODO”), informuję, iż:

11. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest *Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. (ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze) wpisany do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000328484*
12. **Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.** powołał inspektora ochrony danych osobowych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: **iod@szpitalzabrze.pl**
13. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach:
 - d. związanych z przeprowadzeniem konkursu, w tym wyborem najlepszej oferty, rozpatrzeniem ewentualnych protestów, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w zakresie danych zawartych w dokumentach aplikacyjnych/ofercie.
 - e. związanych z zawarciem (w tym działania przed zawarciem umowy) i realizacją umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b. RODO), w zakresie danych niezbędnych do realizacji umowy (imię, nazwisko, wykształcenie, przebieg dotychczasowego zatrudnienia, kwalifikacje, PESEL, adres zamieszkania, numer rachunku płatniczego)
 - f. zapewnienia bezpieczeństwa na terenie Szpitala, w tym bezpieczeństwa pracowników i pacjentów, ochrony mienia Administratora, *za pośrednictwem systemu monitoringu wizyjnego rejestrującego wizerunek – obraz - utrwalony w chwili przebywania w miejscach objętych zasięgiem monitoringu, w tym Pani/Pana przemieszczania się oraz zachowania, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f. RODO (przetwarzanie danych jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora),*
14. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą **upoważnieni pracownicy/zleceniobiorcy Szpitala Miejskiego w Zabrze sp. z o.o. oraz** inne podmioty na podstawie właściwych przepisów, w szczególności Narodowy Fundusz Zdrowia, właściwy urząd skarbowy, osoby i podmioty przetwarzające dane w ramach świadczeń obsługi podatkowo-księgowej i doradztwa prawnego;
15. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
16. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:
 - d. trwania konkursu oraz okres niezbędny do rozpatrzenia ewentualnych protestów;
 - e. **trwania umowy oraz okres przedawnienia roszczeń wynikających z umowy, w tym także okres przechowywania dokumentacji podatkowej, dokumentacji ZUS, NFZ;**
 - f. Nagrania monitoringu wizyjnego są przechowywane przez 10 dni od dnia nagrania. W przypadku, w którym nagrania obrazu pochodzące z monitoringu wizyjnego stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub Pracodawca powziął wiadomość, iż mogą one stanowić dowód w postępowaniu, nagrania obrazu będą przechowywane do czasu prawomocnego zakończenia postępowania. Po okresie przechowywania nagrań na nośnikach zarejestrowane dane są nadpisywane kolejnymi nagraniami, bez możliwości technicznego odzyskania.
17. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
18. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzoru gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
19. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest **warunkiem wzięcia udziału w konkursie, zawarcia i kontynuowania umowy;**
20. dane nie są poddane profilowaniu.

Potwierdzam uzyskanie powyższych informacji

.....
data, podpis