

**ZAPYTANIE OFERTOWE nr DSP.4240.10.2021.DSK
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU LEKARZA MEDYCyny PRACY DLA
PRACOWNIKÓW DSK**

I. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ul Banacha1a, 02-097
Warszawa

Zakład Lecznicy Dziecięcy Szpital Kliniczny im. J. Polikarpa Brudzińskiego (DSK),

NIP 5220002529, REGON 000288975 KRS 0000073036

II. TRYB UDZIELANIA ZAMÓWIENIA

Zamówienie udzielane jest w trybie zapytania ofertowego na podstawie art. 12 Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2019 5r poz.1175)

III. OPIS PRZEDMIOTU ZAPYTANIA OFERTOWEGO

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczenie zdrowotnych w zakresie **świadczeń lekarza posiadającego uprawnienia do przeprowadzenia badań profilaktycznych medycyny pracy (tzw. lekarza zakładowego) oraz wydaniu orzeczenia lekarskiego** o braku przeciwwskazań do pracy lub przeciwwskazaniach do pracy na określonym stanowisku pracy Udzielającego Zamówienia, w szczególności:
 - 1) wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników;
 - 2) wykonywanie badań do celów sanitarno-epidemiologicznych;
 - 3) wystawianie orzeczeń lekarza medycyny pracy.
2. Wykonanie badań diagnostycznych niezbędnych do wydania orzeczenia lekarskiego leży po stronie Udzielającego Zamówienia.
3. Wymiar czasu udzielania świadczeń zdrowotnych: Świadczenia udzielane będą wg zapotrzebowania Udzielającego Zamówienia: w przypadku braku udzielania przedmiotowych świadczeń przez Udzielającego zamówienia: absencja chorobowa, urlop wypoczynkowy itp.. Udzielający Zamówienia będzie zgłaszał zapotrzebowanie z 1-tygodniowym wyprzedzeniem w przypadku planowego zapotrzebowania oraz 2-dniowym wyprzedzeniem - w sytuacjach nagłych.
4. Liczba pracowników objętych opieką lekarza medycyny pracy – ok. 1.tys. osób.
5. Termin realizacji: umowa zostanie zawarta na okres 24 miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy.
6. Miejsce realizacji: DSK w Warszawie, ul. Żwirki i Wigury 63a, 02-091 Warszawa lub podmiot leczniczy na terenie m.st Warszawy, oferujący usługi z zakresu medycyny pracy w promieniu do 5 km od siedziby Udzielającego Zamówienia.
7. Świadczenia będą realizowane zgodnie z umową zawartą pomiędzy Udzielającym zamówienie a Przyjmującym zamówienie przygotowaną na wzorach Udzielającego zamówienie.
8. Szacunkowa wartość zamówienia nie przekracza równowartości 130 tys. zł.
9. Zapytanie ofertowe nie jest zamówieniem i otrzymanie oferty nie powoduje powstania żadnych zobowiązań wobec stron.
10. Do zapytania nie stosuje się ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 2019 ze zm.) .
11. Udzielający Zamówienia może zmodyfikować treść zapytania oraz warunków realizacji zamówienia.

IV. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY ICH SPEŁNIANIA

1. O udzielenie niniejszego zamówienia mogą ubiegać się Oferenci, , który spełnia następujące warunki:
 - 1) Jest podmiotem wymienionym w art. 26 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2021 poz. 711) lub osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnie obowiązującymi aktami prawnymi.
 - 2) Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Przyjmującego Zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
 - 3) Posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (t.j. Dz. U. z 2016 poz.2067 ze zm.).
 - 4) Posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonania zamówienia.
2. Ocena spełnienia przez Oferenta warunków udziału w postępowaniu odbywać się będzie na zasadzie spełnia/nie spełnia.

V. KRYTERIA OCENY OFERTY

Udzielający zamówienia przy wyborze ofert będzie kierował się następującym kryterium: **cena (70%) oraz odległość od Udzielającego Zamówienia (30%)**

Udzielający Zamówienia udzieli zamówienia Oferentowi, którego oferta odpowiada wszystkim wymaganiom określonym w Zapytaniu ofertowym i zostanie oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o kryterium wyboru ofert.

VI. SPOSÓB WYBORU OFERTY

1. Udzielający Zamówienia dokona oceny ofert pod względem formalnym oraz zgodnie z treścią niniejszego Zapytania ofertowego.
2. Oferta zostanie odrzucona jeśli jej treść nie odpowiada treści niniejszego Zapytania ofertowego.
3. Oferta, która spełni wszystkie wymagane warunki zamówienia oraz której cena będzie najniższa, zostanie uznana za najkorzystniejszą.
4. W wyniku zapytania ofertowego zostanie zawarta **jedna** umowa.

VII. OFERTA POWINNA ZAWIERAĆ

1. Wypełniony formularz ofertowy stanowiący **załącznik nr 1** do Zapytania ofertowego
3. Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej CEIDG ;w przypadku podmiotów leczniczych - KRS
4. Wyciąg z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL)
5. Kopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe; tj. prawo wykonywania zawodu, dokument potwierdzający specjalizację lekarza, dokument potwierdzający tytuł naukowy
6. Dokument, potwierdzający posiadanie aktualnego orzeczenia lekarskiego od lekarza medycyny pracy stwierdzającego brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zapytania
7. Kopię wymaganej przez przepisy prawa umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Oferenta) za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych **lub oświadczenie**, że przed przystąpieniem do realizacji umowy Oferent będzie posiadał taką umowę ubezpieczenia (**załącznik nr 2** - Oświadczenie o posiadaniu umów ubezpieczeniowych).

8. Kopię umowy ubezpieczenia od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych, w tym wirusa HIV, w okresie obowiązywania zawieranej umowy **lub oświadczenie**, że przed przystąpieniem do realizacji umowy Oferent będzie posiadał taką umowę ubezpieczenia (**załącznik nr 2** - Oświadczenie o posiadaniu umów ubezpieczeniowych).

VIII. TERMIN, MIEJSCE I SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Termin składania ofert: **16.06.2021r. godz.: 12.00**

2. **Miejsce składania ofert:** Za formę pisemną uznaje się przesłanie oferty do dnia na adres mailowy : kadry@uckwum.pl, nina.fronczak@uckwum.pl lub UCK WUM, Dziecięcy Szpital Kliniczny, Kancelaria, parter, pok. 001D, ul. Żwirki i Wigury 63a, 02-091 Warszawa

Nazwa i dokładny adres Oferenta

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM, Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie
ul. Banacha 1a 02-097 Warszawa

Nazwa zamówienia: Oferta na zapytanie ofertowe nr DSP. 4240.10.2021.DSK
NIE OTWIERAĆ PRZED DNIEM **16.06.2021** godz. **12.15**

W przypadku wybrania oferty przez Oferenta, który złożył ofertę w formie elektronicznej, Oferent zobowiązany jest o dostarczenie oferty w wersji papierowej wraz załącznikami w oryginale w terminie 3 dni od wezwania.

IX. DODATKOWE WARUNKI REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Udzielający zamówienia po dokonaniu oceny nadesłanych ofert dokona oceny najkorzystniejszej oferty, co zostanie udokumentowane protokołem.

2. Informacja o wyniku postępowania zostanie umieszczona na stronie UCK WUM niezwłocznie po zakończeniu procedury wyboru Przyjmującego zamówienia oraz wysłana drogą mailową do wszystkich Oferentów, którzy złożyli oferty.

3. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym etapie bez podania przyczyny. Złożenie oferty nie stanowi podstawy do występowania z jakimikolwiek roszczeniami wobec Udzielającego Zamówienia ze strony podmiotu, który złożył ofertę.

4. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do Oferenta z wnioskiem o złożenie, uzupełnienie, poprawienie lub wyjaśnienie oferty, jeśli uzna, że złożona oferta nie zawiera oświadczeń lub dokumentów potwierdzających spełnienie warunków udziału w postępowaniu lub dokumenty te są niekompletne lub budzą wątpliwości.

X. OSOBA WYZNACZONA PRZEZ UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA DO KONTAKTÓW W SPRAWIE ZAPYTANIA OFERTOWEGO

1. Osobą upoważnioną do kontaktów w sprawie zapytania ofertowego jest:

Nina Fronczak

e-mail: nina.fronczak@uckwum.pl, 22-317-91-37

2. Udzielający Zamówienia dopuszcza możliwość zadawania pytań przez Oferentów dotyczących przedmiotu zamówienia oraz procedury pod warunkiem złożenia ich drogą mailową na wskazany powyżej adres e-mail w terminie do 2 dni przed zakończeniem terminu składania ofert.

3. Udzielający Zamówienia złożone zapytania wraz z odpowiedzią opublikuje na swojej stronie internetowej www.uckwum.pl w terminie 2 dni przed zakończeniem terminu składania ofert.

XI. INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

**UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa

Informacja Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na podstawie art. 13 RODO skierowana do podmiotów uczestniczących w zapytaniu ofertowym DSP.4240.9.2021.DSK na udzielenie świadczeń zdrowotnych z zakresu zadań lekarz medycyny pracy

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, informuję, że:

1. w ramach postępowania – **konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych z zakresie lekarza medycyny pracy**, prowadzonego w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Administrator przetwarza dane osobowe w postaci imienia, nazwiska, numeru telefonu, adresu e-mail oraz adresu do korespondencji, dotyczące osób fizycznych działających w imieniu własnym lub jako przedstawiciele innych podmiotów, których udział w niniejszym postępowaniu związany jest w szczególności z występowaniem jako:
 - a. podmioty, które złożyły zapytania i wnioski w trakcie trwania niniejszego postępowania;
 - b. podmioty, które będą składały pisma dotyczące niniejszego postępowania;
 - c. Wykonawcy, którzy złożyli oferty w niniejszym postępowaniu.
2. Dane osobowe pozyskiwane są zarówno bezpośrednio od osób fizycznych, których one dotyczą, jak i od podmiotów w imieniu których osoby te działają.
3. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (UCK WUM), adres siedziby: ul. Banacha 1a, 02 – 097 Warszawa, adres do korespondencji: ul. Żwirki i Wigury 63A, 02-091 Warszawa, tel. 22 317 9133, fax 22 317 9027, NIP 5220002529, REGON 000288975, KRS 0000073036.
4. Inspektorem ochrony danych w UCK WUM jest Pan Wojciech Brzostowski tel. 506 027 012.
5. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO w celu związanym z ww. postępowaniem – konkursem ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Jednocześnie poucza się, że zgodnie z treścią art. 26 ust 4 ustawy o działalności leczniczej w związku z art. 151 ust 1,2 4-6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert, a ogłoszenie zawiera nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres trwania umowy oraz okres jej archiwizacji. Jednocześnie wskazuje się, że na podstawie ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w oparciu o wprowadzone na podstawie w/w ustawy, Instrukcję Kancelaryjną oraz Jednolity Rzeczkowy Wykaz Akt obowiązujące u Administratora, umowy wraz z załącznikami zawarte w ramach procedury konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych, prowadzonego w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, podlegają archiwizacji zakładowej bez brakowania, a następnie po okresie archiwizacji zakładowej wymaganej przepisami prawa, są przekazywane do Archiwum Państwowego.

8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy, warunkującym udział w postępowaniu - konkursie ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych, prowadzonego w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
9. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO.
10. Posiada Pani/Pan:
 - 1) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 - 2) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
 - 3) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
 - 4) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
11. Nie przysługuje Pani/Panu:
 - 1) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
 - 2) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
 - 3) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

XII. ZAŁĄCZNIKI DO ZAPYTANIE OFERTOWEGO

Załącznik nr 1 Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 Oświadczenie o posiadaniu umów ubezpieczeniowych

Niniejsze zapytanie nie jest zobowiązaniem do podpisania umowy. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do:

- odstąpienia od realizacji zamówienia,
 - zmiany terminu realizacji zamówienia
- bez konieczności podania przyczyny.

Udzielający zamówienia nie odpowiada za koszty poniesione przez Oferenta w związku z przygotowaniem i złożeniem oferty.

Udzielający zamówienia zastrzega, że dane dotyczące Udzielającego zamówienia (przedmiot umowy, informacje o Przyjmującym zamówienie i kwota) są jawne oraz stanowią informację publiczną i mogą zostać udostępnione na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 roku o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. 2020 poz.2176)

Formularz ofertowy do zapytania ofertowego

na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu lekarza medycyny pracy dla pracowników DSK

Udzielający zamówienia
UCK WUM
Dziecięcy Szpital Kliniczny
Im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie
Żwirki i Wigury 63 A
02-091 Warszawa

I. Dane Oferenta, zwanego również w treści oferty Przyjmujący Zamówienie

Imię i Nazwisko/firma składającego ofertę:

.....
.....

Adres:.....

Telefon nr E-mail.....

NIP..... REGON.....

PWZ..... PESEL.....

Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą.....

NR wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego

Za realizację oczekuję wynagrodzenie w wysokości, brutto:

Rodzaj badania	Sposób rozliczenia	Cena jednostkowa brutto, zł
Badanie kontrolne, okresowe, profilaktyczne	Osoba/badanie	

Osobą upoważnioną* do złożenia oferty trybie art. 26 ust. 4a:

.....
(pieczęć, podpis)

*(w przypadku ustanowienia pełnomocnictwa należy załączyć pełnomocnictwo)

Data:

.....
Podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU UMOWY UBEZPIECZENIOWEJ

(Wypełniane, gdy Oferent nie posiada umów ubezpieczeniowych na dzień składania Oferty)

Oświadczam, że przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienia, będę posiadać:

1. **umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej** za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w okresie trwania realizacji świadczenia zdrowotnego i będę ją utrzymywać przez cały okres trwania umowy.

2. **umowę ubezpieczenia od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych, w tym wirusa HIV** w okresie trwania realizacji świadczenia zdrowotnego i będę ją utrzymywać przez cały okres trwania umowy

Data:

.....
Podpis Oferenta