MAZOWIECKIE CENTRUM LECZENIA CHORÓB PŁUC I GRUŹLICY W OTWOCKU

05-400 Otwock, ul. Narutowicza 80

na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654 ze zmianami) oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), **ogłasza konkurs ofert dla lekarzy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz MCLChPiG w Otwocku w zakresie:**

1. Patomorfologii – świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę w Pracowni Patomorfologii;

**§ 1.**

Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych w wyżej wymienionych zakresach zostanie zawarta na okres **od dnia 01.06.2024 r. do dnia 31.12.2025 r**.

**§ 2.**

Szczegółowe warunki konkursu ofert dostępne są w Biurze Radcy Prawnego oraz na stronie internetowej.

**§ 3.**

Oferty należy składać w kopertach zamkniętych i opatrzonych hasłem „Konkurs ofert –*Patomorfologia*”, do dnia **10.05.2024 r.** godz. **11:00** w Sekretariacie Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy, ul. Narutowicza 80, 05-400 Otwock. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **10.05.2024 r.** o godz. **12:00.**

**§ 4.**

1. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w dniu otwarcia ofert do godziny 15:00, a wynik zostanie ogłoszony na tablicy informacyjnej oraz na stronie internetowej MCLChPiG.

2. Konkurs przeprowadzony będzie w drodze wyboru najkorzystniejszej oferty dla ogłaszającego według oceny Komisji Konkursowej. Ocenie podlegać będzie zgłoszone przez oferenta m.in. doświadczenie, kwalifikacje, wysokość zaproponowanego wynagrodzenia z tytułu realizacji umowy oraz deklarowany wymiar pracy (ilość godzin/miesiąc).

3. Oferent jest związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

4. Zastrzega się prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert.

5. Oferent ma prawo do składania środków odwoławczych dotyczących konkursu ofert zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Szczegółowe warunki konkursu ofert**

Konkurs kierowany jest do lekarzy specjalistów, bądź specjalizujących się w danej dziedzinie w zakresie patomorfologii prowadzących indywidualną praktykę lekarską w ramach działalności gospodarczej.

Wymagania kwalifikacyjne:

1. Tytuł zawodowy lekarza.
2. Specjalizacja w dziedzinie patomorfologii – ukończona.
3. Doświadczenie w pracy na samodzielnym stanowisku starszego asystenta – 2 lata.
4. Biegła znajomość języka polskiego i języka angielskiego.

Dodatkowym atutem będzie aktywna działalność naukowa udokumentowana publikacjami w czasopismach naukowych ujętych w wykazie, o którym mowa w art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. A, b ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

Oferta musi być sporządzona na piśmie i winna zawierać:

1. imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu określającego aktualne uprawnienia do wykonywania zawodu oraz określenie przedmiotu oferty zgodnie z treścią ogłoszenia,
2. wypis z ewidencji działalności gospodarczej oraz zaświadczenie o numerze statystycznym REGON ,
3. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i doświadczenie oferenta (kserokopie: dyplomu lekarza, dyplomu uzyskania specjalizacji lub karty rozpoczęcia specjalizacji, prawa wykonywania zawodu oraz inne dokumenty potwierdzające staż pracy i nabycie kwalifikacji uprawniających do pracy w wybranym zakresie),
4. oświadczenia:

- o zapoznaniu się i akceptacji treści pisemnego ogłoszenia o konkursie, projektu umowy, warunków dotyczących oferty i oferenta oraz regulaminu konkursu,

- o związaniu ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,

- oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe,

1. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy na stanowisku lekarza w wybranym zakresie,
2. kopię polisy OC,
3. propozycję wysokości wynagrodzenia.

**Załączniki:**

1. **Oświadczenie oferenta**
2. **Druk oferty i oświadczeń**

**Załącznik nr 1 do SWKO**

**Oświadczenie** **oferenta**

Niniejszym oświadczam, że:

a) zapoznałem/łam się i akceptuję treści pisemnego ogłoszenia o konkursie, projekt umowy, warunki dotyczące oferty i oferenta,

b) będę związany/a ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,

1. oświadczam, że nie byłem/byłam karany/a, w tym za przewinienia zawodowe,

….....................................

pieczęć i podpis oferenta

**Załącznik nr 3 do SWKO**

**O F E R T A**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:……………………………………………. …............................................................................................ w MCLChPiG w Otwocku.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia MCLChPiG w Otwocku  
   z dnia ….................................... o konkursie ofert dla lekarzy jw.
2. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w MCLChPiG w Otwocku w zakresie ...........................................................................................

**Dane Oferenta:**

Imię, nazwisko i adres Oferenta: .................................................................................................

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza: ...................................................................................

Numer wpisu do właściwego rejestru (Izby Lekarskiej): ............................................................

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem działalności gospodarczej):

…................................................................................................................................................................................................................................................................................................

REGON: …...................................................................................................................................................

NIP: …...................................................................................................................................................

Nr tel. .......................

**Proponowany wymiar pracy (ilość godzin/miesiąc):** ………………………………………………………….

**Proponowane kwoty za świadczenie usług medycznych**:

1. …........................ zł brutto – stawka godzinowa za świadczenia usług w godzinach podstawowej ordynacji
2. …....................... zł brutto za godzinę świadczenia usług poza godzinami podstawowej ordynacji w dzień powszedni (dyżur)
3. …....................... zł brutto za godzinę świadczenia usług poza ordynacją w soboty, niedziele, dni świąteczne (dyżur)
4. …....................... zł brutto za godzinę świadczenia usług w zakresie pozostawania w gotowości (dyżur na telefon)

Lub

1. Stawka ryczałtowa (miesięcznie) ………………………………….. zł brutto

Lub

1. Stawka za konsultację (jedną) ……………………………………….. zł brutto

…..................................

data i podpis Oferenta

**W załączeniu do oferty przedkładam kopie następujących dokumentów:**

1. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
2. zaświadczenie o numerze REGON i NIP,
3. dokumenty potwierdzające kwalifikacje do wykonywania świadczeń zdrowotnych: prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe, dyplomy potwierdzające ukończenie specjalizacji w zakresie …..................................., zaświadczenia potwierdzające odbycie kursów i szkoleń mających zastosowanie przy udzielaniu określonych świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert
4. polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w oferowanym zakresie na okres obowiązywania umowy lub oświadczenia oferenta , że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
5. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnej/specjalistycznej praktyki lekarskiej w OIL w ….................................................. .

…..................................

data i podpis Oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

…..................................

data i podpis Oferenta