

WSZ-IV-022/ 442 /2023

Konin, dnia 28 listopada 2023 r.

Dotyczy: konkurs ofert w sprawie zawarcia umowy na całodobowe udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą:

3. Usług diagnostycznych z zakresu mikrobiologii,
4. Usług diagnostycznych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej
(kod CPV: 85100000-0, 85121000-3, 85148000-8, 85145000-7)

W związku ze złożonym zapytaniem dotyczącym zapisów warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie, Szpital jako Udzielający zamówienia informuje, że:

Pytanie 1.

„ w związku z ogłoszonym postępowaniem konkursowym zwracam się zapytaniem dotyczącym zapisu w Załączniku nr 3 – Formularz nr 3 do warunków konkursu ofert oraz w załączniku nr 3 do umowy określonych pod nazwą „ Wykaz personelu, który będzie wykonywać świadczenia w ramach umowy”

Czy udzielający zamówienia wyraża zgodę na niepodawanie przez Oferenta w wyżej wymienionych Załącznikach, w Kolumnie 3 (trzeciej) tabel, numerów PESEL lekarzy wykonujących świadczenia w ramach umowy lub zastąpienie tych numerów numerem Prawa wykonywania zawodu?”

Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę na niepodawanie przez Oferenta w Wykazie personelu medycznego, który będzie wykonywać świadczenia w ramach umowy (stanowiącym Formularz Nr 3 do Warunków konkursu ofert oraz Załącznik nr 3 do ww. umowy), numerów PESEL lekarzy wykonujących świadczenia w ramach umowy. W takim wypadku Oferent zobowiązany jest podać numery prawa wykonywania zawodu ww. lekarzy.

W związku z powyższym zmianie ulega treść zapisu nazwy kolumny nr 3 załącznika nr 3 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych **WYKAZ PERSONELU MEDYCZNEGO, REALIZUJĄCYCH ŚWIADCZENIA W RAMACH UMOWY** oraz treść opisu kolumny nr ... Formularza nr 3 do Warunków konkursu ofert:

treść przed zmianą : PESEL

treść po zmianie: **PESEL/ nr prawa wykonywania zawodu.**


Pozostałe zapisy załącznika nr 3 do umowy **WYKAZ PERSONELU MEDYCZNEGO, REALIZUJĄCYCH ŚWIADCZENIA W RAMACH UMOWY** oraz Formularza nr 3 do Warunków konkursu ofert nie ulegają zmianie.

W związku z powyższym załącznik nr 3 do ww. umowy oraz Formularz nr 3 do Warunków konkursu ofert przyjmują treść jak w załączeniu do niniejszego pisma.

Załączniki:

1/ Załącznik nr 3 do umowy

2/ Formularz nr 3 do Warunków konkursu ofert


z poważaniem dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego
im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie

Krystyna Brzezińska

Opracowała: B. Slemińkowska tel. 63 240 - 41-39

Załącznik nr 3 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z dnia

rejestr umów

WYKAZ PERSONELU MEDYCZNEGO, REALIZUJĄCYCH ŚWIADCZENIA W RAMACH UMOWY

L.p.	Imię i Nazwisko*	PESEL / NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU	Wykształcenie i kwalifikacje	Stopień i nazwa specjalizacji
1	2	3	4	5
1.				
2.				
3.				
...				

* Należy dołączyć oświadczenia wszystkich osób wymienionych w powyższej tabeli o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych do celów przeprowadzenia konkursu zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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, RODO).

Udziałujący zamówienia

Przyjmujący zamówienie

Formularz Nr 3**WYKAZ PERSONELU MEDYCZNEGO, KTÓRY BĘDZIE WYKONYWAĆ ŚWIADCZENIA W RAMACH UMOWY**

L.p.	Imię i Nazwisko*	PESEL / NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU	Wykształcenie i kwalifikacje	Stopień i nazwa specjalizacji
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
....				

* Należy dołączyć oświadczenia wszystkich osób wymienionych w powyższej tabeli o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych do celów przeprowadzenia konkursu zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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, RODO)

.....
data

.....
pleczęć i podpis Oferenta