 ***Samodzielny Publiczny***



***Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej***

***Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Bydgoszczy***ul. Ks. Markwarta 4-6, 85-015 Bydgoszcz

tel. centrala 52 / 58-26-200, sekretariat 52 / 58-26-205, fax: 52 / 58-26-209

e-mail: sekretariat@szpitalmsw.bydgoszcz.pl

NIP: 554-22-01-453, REGON: 092325348, ISO 9001:2000

Konto: 53 1130 1075 0002 6035 9320 0007 BGK

***Znak sprawy: 03/2017***

Bydgoszcz, dnia 22 września 2017 r.

**Dyrektor**

**Samodzielnego Publicznego Wielospecjalistycznego**

**Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Bydgoszczy**

**ul. Markwarta 4-6, 85-015 Bydgoszcz**

działając na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej
(t.j. Dz. U. z 2016, poz. 1638 ze zm.)

**OGŁASZA KONKURS OFERT**
na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

1. Przedmiotem konkursu jest realizacja świadczeń zdrowotnych w OIOMiA z Blokiem operacyjnym, poradni konsultacyjnej – kwalifikacja do zabiegów, w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz innych miejscach Udzielającego zamówienie w przypadku wystąpienia konieczności udzielenia świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w ramach umów cywilno – prawnych, w ordynacji dziennej, dyżurze.
2. Szczegółowe warunki świadczenia usług określają odpowiednie przepisy oraz postanowienia umowy, która zostanie zawarta między stronami – wzór stanowi załącznik nr 3 do Regulaminu.
3. Umowa na świadczenie usług zostanie zawarta na okres od 01.11.2017 r. do 31.12.2020 r.
4. **Materiały ofertowe dostępne są na stronie internetowej szpitala** [**www.szpital-msw.bydgoszcz.pl**](http://www.szpital-msw.bydgoszcz.pl)**. Dodatkowe informacje można uzyskać pod nr tel. 52 58-26-205.**
5. Oferty należy składać w sekretariacie Dyrektora pok. 506 V piętro na formularzach ofertowych (**załącznik nr 1 do Regulaminu Konkursu**) w zaklejonych kopertach, na kopercie należy umieścić:
	1. Firma / Imię i Nazwisko Oferenta,
	2. Adres do korespondencji,
	3. Zapis co najmniej następującej treści:

**„Świadczenie usług zdrowotnych – postępowanie numer 03/2017”**

w nieprzekraczalnym terminie do dnia **04.10.2017 r. do godz. 1030** (decyduje data i godzina wpływu oferty).

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **04.10.2017 r.** o godzinie **11:00** w siedzibie Udzielającego zamówienia.
2. Negocjacje warunków umowy prowadzone będą w dniach **od 04.10.2017 r. do 06.10.2017 r.**
3. Oferent związany jest ofertą 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo przesunięcia terminu składania ofert i odwołania konkursu na każdym etapie, bez podania przyczyn.

Dyrektor

SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy

 dr n. med. Marek Lewandowski

/podpis na oryginale/