Znak sprawy: UŚ/R/08/2018

OGŁOSZENIE Nr UŚ//R/08/2018

 KONKURSU OFERT O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

kod CPV: 85142100-7 - usługi fizjoterapii

 85312500-4 - usługi rehabilitacyjne

Na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 160) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.).

**„Uzdrowisko Świnoujście” S.A. w Świnoujściu**

**ul. Nowowiejskiego 2**

**zaprasza**

**do składania ofert i uczestniczenia w konkursie ofert poprzedzającym zawarcie umów
o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby wykonujące zawód fizjoterapeuty lub technika masażysty.**

**I. Przedmiot zamówienia**

1. Przedmiotem zamówienia jest: **udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby wykonujące zawód fizjoterapeuty lub technika masażysty** dla pacjentów Uzdrowiska, kierowanych przez NFZ i komercyjnych (kod CPV:. 85142100-7, 85312500-4).

2. Zlecone świadczenia obejmować będą:

- świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii lub masażu leczniczego.

**II. Termin realizacji zamówienia**

Okres obowiązywania umowy **od dnia ……….2018 r. do dnia 31.12.2018r.**

**III. Informacja na temat warunków konkursu**

Oferty mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów i spełniające wymagania określone w „Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert na Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej”.

Oferta powinna być sporządzona na formularzu ofertowym, który wraz z materiałami można pobrać **od dnia 27.08.2018 r.** w Dziale Lecznictwa Uzdrowiskowego w Świnoujściu, ul. Nowowiejskiego 2 w godz. 7-15 od poniedziałku do piątku, tel. 91-327-95-20 lub ze strony internetowej www.uzdrowisko.pl

**IV**. **Termin i miejsce składania ofert.**

Oferty należy składać pod rygorem odrzucenia, w formie pisemnej (z podpisanymi wszystkimi stronami dokumentów należących do oferty), w zamkniętych kopertach z dopiskiem „**Konkurs ofert nr UŚ/R/08/2018 na udzielanie** ś**wiadcze**ń **opieki** **zdrowotnej”** w siedzibie ogłaszającego konkurs: Sekretariat ul. Nowowiejskiego 2, pok. nr 13 **do dnia 06.09.2018 r. do godziny 10:00.**

Oferta przesłana pocztą będzie potraktowana jako złożona w terminie, jeżeli wpłynie do siedziby Zarządu „Uzdrowisko Świnoujście” S.A. najpóźniej do dnia **05**.**09.2018 r.**

**V**. **Termin i miejsce otwarcia ofert.**

Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie ogłaszającego konkurs, w sali konferencyjnej, w dniu **06.09.2018 r. o godzinie 11:00.**

**VI. Termin i miejsce rozstrzygni**ę**cia konkursu.**

Oferty będą rozpatrzone w ciągu 14 dni od terminu określonego dla ich złożenia w siedzibie Udzielającego Zamówienia.

**VII. Termin związania ofertą: 30 dni od upływu terminu składania ofert.**

**VIII. Ogłaszający konkurs.**

1. Zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert w całości lub części oraz przedłużenia terminu składania ofert bez podania przyczyn.

2.Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez „Uzdrowisko Świnoujście” S.A. zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługują środki odwoławcze i skarga.

 Zarząd „Uzdrowisko Świnoujście” S.A.

 …..……………………………

 Kierownik Udzielającego Zamówienia