

**ZARZĄDZENIE NR 2/26**  
**BURMISTRZA PRZEMKOWA**

z dnia 12 stycznia 2026 r.

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Przemków**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1153 ze zm.) oraz art. 9a, 9b i 48b ust. 2-4 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 ze zm.) zarządzam, co następuje:

**§ 1.** Ogłaszam konkurs ofert na realizację świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Przemków w 2026 roku w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy.

2. Treść konkursu ofert stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.** Ogłoszenie, o którym mowa w § 1 umieszcza się w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego w Przemkowie oraz na tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego w Przemkowie.

**§ 3.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

BURMISTRZ

**Jerzy Szczupak**

**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Przemków**

**Informacje ogólne  
Przedmiot konkursu  
Warunki świadczenia usług oraz okres realizacji umowy  
Informacje dotyczące przygotowania oferty  
Zasady składania oferty**

Szczegółowe warunki konkursu ofert określają wymagania, jakie powinna spełniać oferta, sposób jej przygotowania oraz tryb składania ofert przez oferentów a także zasady przeprowadzania konkursu.

Burmistrz Przemkowa – Zamawiający działając na podstawie art. 9a i 9b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.) ogłasza konkurs ofert i zaprasza do ich składania.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu w całości lub w części na każdym etapie bez podania przyczyny oraz do zmiany terminu składania ofert.

**Przedmiot konkursu**

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Przemków w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godz. 8.00 -10.00.

2. W przypadku gdy Oferent (Przyjmujący Zamówienie) jest lub będzie stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, świadczenia, o których mowa w ust. 1 obejmują wyłącznie świadczenia udzielane ponad kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec oferenta w danym zakresie.

3. Miejscem realizacji świadczeń musi być lokal na terenie miasta Przemków, który winien spełniać warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 402).

4. Zamawiający wymaga, aby Oferent spełniał warunki świadczenia usługi zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1427 ze zm.) zwane dalej Rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

**Warunki świadczenia usług oraz okres realizacji umowy**

1. Zamawiający wymaga, aby świadczenia były realizowane na zasadach określonych w załączniku nr 2 do Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, w godz. 8.00 -10.00.

2. Okres realizacji umowy: 01.02.2026 r. – 31.12.2026 r.

**Informacje dotyczące przygotowania oferty**

1. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej w języku polskim wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami, na formularzu oferty wg wzoru stanowiącego załączniki do niniejszego ogłoszenia.

2. Oferta musi być podpisana, a kopie dokumentów potwierdzone klauzulą „Potwierdzam za zgodność z oryginałem” przez osobę uprawnioną do występowania w imieniu oferenta zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub posiadającą pełnomocnictwo.

3. Oferent może wycofać złożoną przez siebie ofertę przed upływem terminu składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jako ofertę zgodnie z postanowieniami punktu – Zasady składania ofert z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”.

4. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta i oznaczone datą.

5. Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.

6. Do konkursu mogą przystąpić podmioty lecznicze lub podmioty wykonujące działalność leczniczą, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 450 ze zm.), które świadczą usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.

7. Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty:

1) formularz ofertowy,

2) oświadczenie – Załącznik do oferty konkursowej,

3) kopie dokumentów spełnienia przez podmiot leczniczy warunków, o których mowa w art. 17 ustawy o działalności leczniczej:

- kopie odpisu aktualnego z rejestru przedsiębiorców KRS lub kserokopia wpisu do CEIDG oraz NIP i REGON,

- kopie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczenia medycznego poświadczoną „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta,

4) kopie dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące te świadczenia:

- wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych wraz z kopiami dokumentów potwierdzających kwalifikacje,

- kopia dyplomu,

- kopia prawa wykonywania zawodu,

- kopie certyfikatów i innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe,

6) opis pomieszczeń i ich wyposażenia przewidzianych do realizacji świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

### **Zasady składania oferty**

1. Ofertę wraz z załącznikami opatrzoną danymi Oferenta należy umieścić w zaklejonej kopercie w sposób uniemożliwiający jej przypadkowe otwarcie oznaczonej:

„Oferta na świadczenie usług zdrowotnych - świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej” „Nie otwierać”

**2. Dokumenty konkursowe należy złożyć w Kancelarii Urzędu Miejskiego w Przemkowie ul. Plac Wolności 25 w godzinach pracy Urzędu lub drogą pocztową do dnia 28.01.2026 r. do godz. 14.00.**

3. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.

4. Za datę złożenia oferty uważa się datę jej fizycznego otrzymania przez Zamawiającego a nie datę jej nadania w placówce operatora publicznego.

5. Składający ofertę otrzyma potwierdzenie zawierające datę złożenia oferty w przypadku złożenia oferty w siedzibie Zamawiającego.

6. Oferent może wycofać złożoną przez siebie ofertę przed upływem terminu składania ofert. Fakt wycofania musi być odnotowany przez Zamawiającego i potwierdzony podpisem Oferenta lub osoby przez niego upoważnionej.

7. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent może zwrócić się do Zamawiającego o udzielenie informacji niezbędnych do prawidłowego złożenia oferty. Zapytanie kieruje się drogą mailową na adres wskazany poniżej. Informacje telefoniczne nie będą udzielane.

8. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed ustalonym terminem składania ofert Zamawiający może zmienić lub zmodyfikować treść wymagań dotyczących składania ofert

9. O każdej zmianie lub modyfikacji wymagań dotyczących składania ofert Zamawiający zawiadamia niezwłocznie każdego z oferentów którzy złożyli swoje oferty, zmianę wymagań publikuje się w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego w Przemkowie oraz na tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego w Przemkowie.

10. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, Zamawiający może przedłużyć termin składania ofert.

11. Po zakończeniu postępowania konkursowego, oferty złożone Zamawiającemu wraz z załączonymi dokumentami nie podlegają zwrotowi.

12. Wszelka korespondencja (w tym zapytania) do Zamawiającego powinna być kierowana przez Oferentów pisemnie na adres: Urząd Miejski w Przemkowie ul. Plac Wolności 25 lub e-mail: [anna.prus@przemkow.pl](mailto:anna.prus@przemkow.pl)

### **Tryb otwierania ofert**

1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Zamawiający powoła komisję konkursową.

2. Komisja konkursowa składać się będzie z 3 osób, spośród których Zamawiający wyznaczy Przewodniczącego komisji konkursowej.

3. Komisja konkursowa rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

4. Komisja może nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń zdrowotnych.

5. Zamawiający zawiadomi pisemnie lub telefonicznie wybranych oferentów i zaprosi do podpisania umów.

6. Komisja odrzuci ofertę:

1) złożoną przez oferenta po terminie;

2) zawierającą nieprawdziwe informacje;

3) jeżeli oferent nie podał proponowanej ceny świadczeń opieki zdrowotnej;

4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;

5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;

6) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa lub niniejszym ogłoszeniu.

7. W przypadku gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki, komisja może wezwać oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty lub odrzucić ofertę bez wezwania do usunięcia braków.

8. Z przebiegu konkursu sporządza się protokół, który powinien zawierać:

1) oznaczenie miejsca i czasu rozpoczęcia i zakończenia konkursu,

2) imię i nazwisko członków komisji konkursowej,

3) wykaz zgłoszonych ofert,

4) wykaz ofert odpowiadających warunkom określonym w konkursie,

- 5) wykaz ofert nie odpowiadających warunkom określonym w konkursie lub zgłoszonych po terminie wraz z uzasadnieniem,
  - 6) wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
  - 7) wskazanie najkorzystniejszych ofert dla Zamawiającego albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta wraz z uzasadnieniem,
  - 8) podpisy członków komisji konkursowej.
9. Termin związania z ofertą wynosi 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

### **Unieważnienie postępowania konkursowego**

Zamawiający unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:

1. nie wpłynęła żadna oferta,
2. odrzucono wszystkie oferty,
3. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
4. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Zamawiającego czego nie można było wcześniej przewidzieć.

**Zamawiający informuje, że na realizację świadczeń przewidzianych postępowaniem zamierza przeznaczyć w 2026 r. kwotę nie wyższą niż 25 tysiące złotych.**

### **Kryteria wyboru najkorzystniejszej oferty**

Przy wyborze najkorzystniejszej oferty gmina będzie kierowała się kryterium oceny: Cena – waga kryterium 100%. Cena powinna obejmować wszystkie koszty niezbędne do wykonania przedmiotu umowy. Cenę oferty należy obliczyć w formularzu oferty. Ostateczną decyzję w sprawie wyboru oferty podejmie Burmistrz Przemkowa po przedstawieniu opinii przez Komisję Konkursową.

### **Powiadomienie o wynikach**

O rozstrzygnięciu konkursu Zamawiający ogłosi na stronie internetowej:  
<https://umprzemkow.bip.gov.pl/ogloszenia/>.

### **Postanowienia końcowe**

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych szczegółowych warunkach konkursu ofert zastosowanie mają przepisy:

1. Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1071 ze zm.),
2. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 ze zm.).

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na wykonanie świadczeń medycznych dla potrzeb Gminy Przemków ul. Plac Wolności 25, 59-170 Przemków składam niniejszą ofertę

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 1.  | Imię i nazwisko   |  |
| 2.  | Pełna nazwa oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem)  |  |
| 3.  | Adres prowadzenia działalności  |  |
| 4.  | Telefon kontaktowy  |  |
| 5.  | NIP   |  |
| 6.  | REGON   |  |
| 7.  | Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpis   |  |
| 8.  | <p>Oferent posiada aktualne obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC)*</p> <p>Oferent zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na dzień podpisania umowy*</p> <p>(*niepotrzebne skreślić)</p> |  |
| 9.  | Zakres oferowanych świadczeń:   |  |
| 10. | Proponowana kwota należności brutto za realizację zamówienia za 1 miesiąc   |  |
| 11. | Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe   |  |

.....  
 Podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej

**WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

| <b>Lp.</b> | <b>Imię i nazwisko</b> | <b>Nr prawa wykonywania zawodu</b> | <b>Funkcja</b> | <b>Informacja, czy osoba jest pracownikiem Oferenta<br/>TAK/NIE</b> |
|------------|------------------------|------------------------------------|----------------|---|
|            |                        |                                    |                |   |
|            |                        |                                    |                |   |
|            |                        |                                    |                |   |
|            |                        |                                    |                |   |
|            |                        |                                    |                |   |

.....

data pieczęć i podpis Oferenta

.....  
Pieczęć firmowa z pełną nazwą Oferenta

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
  2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
  3. Oświadczam, że zapoznałem się z projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.
  4. Oświadczam, że zapoznałem się z wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
  5. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
  6. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
  7. Oświadczam, że posiadam odpowiedni personel do realizacji świadczeń oraz spełniam standardy i wymagania określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia z zakresu świątecznej opieki zdrowotnej.
  8. Spełniam wymogi określone w art. 17 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450 ze zm.).
  9. Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania zamówienia objętego konkursem.
  10. Posiadam aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej OC/będę posiadał obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej OC na dzień rozpoczęcia realizacji udzielania świadczeń
  11. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli przez Zamawiającego.
- Na każde żądanie Zamawiającego zobowiązuję się dostarczyć niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu.
- Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

.....  
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli