

Wołów, 12.03.2024 r.

1/PCM/2024/KO

## ZAWIADOMIENIE O MODYFIKACJI TREŚCI SWKO z dnia 12.03.2024 r.

Dotyczy: postępowania nr 1/PCM/2024/KO **Udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na opisywaniu badań z zakresu RTG przez okres 12 miesięcy**

Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji dokonuje modyfikacji treści Specyfikacji Warunków Konkursu Ofert w następujący sposób:

### 1) SWKO – pkt. 5.1.6

#### **Jest:**

#### **5.1.6 W przypadku praktyk zawodowych:**

- a) Oferty **nie może** złożyć lekarz, który ma wpisaną praktykę tylko „w miejscu wezwania”.
- b) orzeczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy,
- c) orzeczenie o stanie zdrowia do celów sanitarno-epidemiologicznych wydane przez lekarza medycyny pracy,
- d) kserokopia dyplomu specjalizacji odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywania świadczeń zdrowotnych,
- e) kserokopia dyplomu Akademii Medycznej,
- f) kserokopia prawa wykonywania zawodu (strona ze zdjęciem, strona 2 i 3, strona z wpisaną specjalizacją),
- g) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy;

#### **Po modyfikacji:**

#### **5.1.6 W przypadku praktyk zawodowych:**

- a) Oferty **nie może** złożyć lekarz, który ma wpisaną praktykę tylko „w miejscu wezwania”.
- b) orzeczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy,
- ~~c) orzeczenie o stanie zdrowia do celów sanitarno-epidemiologicznych wydane przez lekarza medycyny pracy,~~
- d) kserokopia dyplomu specjalizacji odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywania świadczeń zdrowotnych,
- e) kserokopia dyplomu Akademii Medycznej,
- f) kserokopia prawa wykonywania zawodu (strona ze zdjęciem, strona 2 i 3, strona z wpisaną specjalizacją),
- g) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy;

### 2) SWKO – pkt. 5.14

#### **Jest:**

5.14. Przyjmujący zamówienie prześle ofertę w sposób następujący:

- b) na adres: [przetarg@pcm-wolow.pl](mailto:przetarg@pcm-wolow.pl) oznaczona numerem sprawy oraz tytułem postępowania "Udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na opisywaniu zdalnie badań z zakresu RTG przez okres 12 miesięcy"

w nieprzekraczalnym terminie tj. do 18.03.2024 r. godzina 10:00

### **Po modyfikacji:**

5.14. Przyjmujący zamówienie prześle ofertę w sposób następujący:

b) na adres: [przetarg@pcm-wolow.pl](mailto:przetarg@pcm-wolow.pl) oznaczona numerem sprawy oraz tytułem postępowania "Udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na opisywaniu zdalnie badań z zakresu RTG przez okres 12 miesięcy"

w nieprzekraczalnym terminie tj. do ~~18.03.2024~~ **21.03.2024 r.** godzina 10:00

### **3) SWKO – pkt. 10.1**

#### **Jest:**

10.1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **18.03.2024 r.** o godzinie **10:30** w siedzibie Powiatowego Centrum Medycznego w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji, ul. Inwalidów Wojennych 26, 56-100 Wołów.

#### **Po modyfikacji:**

10.1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu ~~18.03.2024 r.~~ **21.03.2024 r.** o godzinie **10:30** w siedzibie Powiatowego Centrum Medycznego w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji, ul. Inwalidów Wojennych 26, 56-100 Wołów.

### **4) SWKO – Załącznik nr 3**

#### **Jest:**

#### **MINIMALNA LICZBA OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości lub kierowanie usługą, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami wymagany jest w celu potwierdzenia, że wykonawca dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

| Lp. | Imię i Nazwisko | Tel. kontaktowe, fax. | Kwalifikacje /<br>Wykształcenie | Zakres wykonywanych<br>czynności |
|-----|-----------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------|
|     |                 |                       |                                 |                                  |
|     |                 |                       |                                 |                                  |
|     |                 |                       |                                 |                                  |
|     |                 |                       |                                 |                                  |
|     |                 |                       |                                 |                                  |

Do niniejszego wykazu należy dołączyć poniższe dokumenty:

1. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe wykazanego personelu (dyplom lekarza, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalisty)
2. Kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

#### **Po modyfikacji:**

#### **MINIMALNA LICZBA OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości lub kierowanie usługą, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami wymagany jest w celu potwierdzenia, że wykonawca dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

| Lp. | Imię i Nazwisko | Tel. kontaktowe, fax.                    | Kwalifikacje /<br>Wykształcenie | Zakres wykonywanych<br>czynności |
|-----|-----------------|--|---------------------------------|----------------------------------|
|     |                 | wypełnić na etapie<br>podpisywania umowy |                                 |                                  |
|     |                 | wypełnić na etapie<br>podpisywania umowy |                                 |                                  |
|     |                 | wypełnić na etapie<br>podpisywania umowy |                                 |                                  |
|     |                 | wypełnić na etapie<br>podpisywania umowy |                                 |                                  |
|     |                 | wypełnić na etapie<br>podpisywania umowy |                                 |                                  |

Do niniejszego wykazu należy dołączyć poniższe dokumenty:

1. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe wykazanego personelu (dyplom lekarza, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalisty) – *dostarczone na etapie podpisywania umowy*
2. Kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

### 5) SWKO – wzór umowy – par. 10 (dodano ust. 5)

**Jest:**

-

**Po modyfikacji:**

5. Przyjmujący zamówienie może rozwiązać umowę z zachowaniem 1 miesięcznego terminu wypowiedzenia ze skutkiem prawnym na koniec miesiąca bez podania przyczyny wypowiedzenia, z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.

PREZES  
ZARZĄDU SPÓŁKI

*Piotr Burdach*

POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE  
W WOŁOWIE SP. Z O.O. W RESTRUKTURYZACJI  
ul. Inwalidów Wojennych 26, 56-100 Wołów  
WOJ. DOLNOŚLĄSKIE  
NIP 988 02 67 118, REGON 020749596  
Tel. 71/380 58 01

Anna Chechelska, Tel: 71/ 38 05 807, e-mail: [annachechelska@pcm-wolow.pl](mailto:annachechelska@pcm-wolow.pl)

