

**OGŁOSZENIE O KONKURSIE OFERT**  
**wraz**  
**Z ZAPROSZENIEM DO SKŁADANIA OFERT**

**Dyrektor Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy**

**ul. Armii Krajowej 1 , 56-400 Oleśnica**

**tel. 071 7767300, fax 071 7767307, mail: sekretariat@pzsolesnica.pl**

**ogłasza konkurs ofert**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej(t. jedn. Dz. U. 2020 poz.295) oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 poz.1373)**

**Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w izbie przyjęć.**

- Szczegółowe warunki konkursu ofert wraz z załącznikami dostępne są na stronie internetowej Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy [www.pzsolesnica.pl](http://www.pzsolesnica.pl),
- Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta zostanie z Oferentem który przedłoży najkorzystniejszą ofertę.
- Pisemne oferty w zamkniętej kopercie z adnotacją „**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w izbie przyjęć**” należy składać w sekretariacie Dyrekcji Szpitala od dnia 02.07.2020r. do dnia 09.07.2020r. do godz. 11.00
- Otwarcie ofert nastąpi dnia 09.07.2020 r. o godz. 11.15 w siedzibie Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy
- Oferenci związani są ofertą 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
- W toku badania i oceny ofert Udzielający Zamówienia może żądać od Oferenta wyjaśnień i prowadzić negocjacje dotyczące treści złożonej oferty.
- Oferenci mają prawo kierować protesty i odwołania dotyczące konkursu ofert do Dyrektora Szpitala.
- Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w terminie 7 dni liczonych od dnia otwarcia ofert.
- Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczone na tablicy ogłoszeń Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy.
- Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert bez podania przyczyny w całości lub części oraz przedłużenia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

**Zatwierdzam**

**DYREKTOR**  
Powiatowego Zespołu Szpitali  
w Oleśnicy

*Krzysztof Włwrot*