

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:

- **dla potrzeb SP ZOZ MSW w Rzeszowie:**
 1. wykonywanie badań i orzeczeń dla potrzeb Wojewódzkiej Komisji Lekarskiej w Rzeszowie,

- **dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**
 2. realizacja transportów sanitarnych,
 3. rektoskopia,
 4. spirometria,
 5. audiometria,
 6. badania EEG,
 7. światłolecznictwo terapeutyczne lampa UVA i UVB,
 8. badania cytologiczne,
 9. badania histopatologiczne,
 10. badania USG,
 11. badania RTG,
 12. diagnostyka laboratoryjna,
 13. badania tympanometryczne,
 14. badania okulistyczne,
 15. badania laryngologiczne,
 16. mammografia,
 17. inne badania i świadczenia medyczne.

Rzeszów, dnia 26.09.2014 r.

.....
(podpis Dyrektora)

I. Przedmiot zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

dla potrzeb SP ZOZ MSW w Rzeszowie:

1. wykonywanie badań i orzeczeń dla potrzeb Wojewódzkiej Komisji Lekarskiej w Rzeszowie,

dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:

2. realizacja transportów sanitarnych,
3. rektoskopia,
4. spirometria,
5. audiometria,
6. badania EEG,
7. światłolecznictwo terapeutyczne lampa UVA i UVB,
8. badania cytologiczne,
9. badania histopatologiczne,
10. badania USG,
11. badania RTG,
12. diagnostyka laboratoryjna,
13. badania tympanometryczne,
14. badania okulistyczne,
15. badania laryngologiczne,
16. mammografia,
17. inne badania i świadczenia medyczne.

II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.11.2014 r.** do **31.10.2015 r.** (pkt 1)

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.11.2014 r.** do **31.10.2016 r.** (pkt 2-17)

III. Warunki przystąpienia do konkursu

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każdy pakiet osobno.
3. Nie dopuszcza się składania ofert częściowych w ramach pakietu.
4. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych jest siedziba Zamawiającego (pkt 1).
5. Miejscem wykonywania świadczeń będzie siedziba Oferenta (pkt 3-17).
6. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy musi znajdować się na terenie miasta Krosna (pkt 2-17).
7. Konieczne jest zorganizowanie punktu pobrań w budynku Przychodni MSW w Krośnie (pkt 12).

IV. Opis sposobu przygotowania oferty

1. Oferent sporządza ofertę zgodnie z wymogami określonymi w niniejszej specyfikacji. Ofertę można złożyć na drukach załączonych do niniejszej specyfikacji (załącznik nr 1 lub załącznik nr 2).
2. Druki, które należy wypełnić i podpisać (wyłącznie przez osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta) – dotyczy wszystkich przystępujących do postępowania konkursowego bez względu na charakter prawny działalności:
 - 1) oferta zawierająca:
 - wypełniony formularz cenowy¹,
 - wypełnione oświadczenie o zapoznaniu się i akceptacji treści ogłoszenia, warunków konkursu ofert oraz wzoru umowy (załącznik nr 3),

Pozostałe wymagane dokumenty zależne od przedmiotu zamówienia:

¹ Zamawiający zastrzega, iż może nie zrealizować pełnego zakresu i ilości zaplanowanych badań. Wartości te wskazane są jedynie w celu wyboru przez Zamawiającego najkorzystniejszej oferty. Oferent nie ma prawa do roszczeń w przypadku niezrealizowania pełnej ilości poszczególnych badań.

- 1) kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej,
- 2) dyplom ukończenia studiów medycznych,
- 3) aktualne prawo wykonywania zawodu medycznego,
- 4) dyplom specjalizacji,
- 5) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe,
- 6) zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich/podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 7) wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
- 8) zaświadczenie lekarskie,
- 9) potwierdzenie nadania NIP,
- 10) potwierdzenie nadania REGON.

Dokumenty należy złożyć w odpisach lub kserokopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Oferenta.

Uwaga: Wyciąg z aktu prawnego o wpisie dotyczącym wpisu do działalności jednostki winien odzwierciedlać stan faktyczny na dzień złożenia oferty.

V. Forma przygotowania i składania ofert

1. Ofertę należy złożyć na załączonych drukach (lub na ich podstawie) wypełniając je czytelnym pismem maszynowym lub drukowanym.
2. Ofertę i wszystkie wymagane dokumenty należy sporządzić w języku polskim z wyłączeniem pojęć medycznych.
3. Każdy dokument należy sygnować oryginalnym podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania firmy na zewnątrz, natomiast strony należy zaparafować. Parafowane muszą być wszystkie miejsca, w których Oferent naniósł zmiany.
4. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zapieczętowanej kopercie i opatrzyć następującymi danymi:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW
35-111 Rzeszów ul. Krakowska 16
konkurs ofert w zakresie... (podać rodzaj świadczenia zdrowotnego)**

VI. Miejsce i termin składania ofert

Ofertę należy złożyć w Kancelarii Zamawiającego:

1. **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16** najpóźniej do dnia **20.10.2014 r.** do godz. **12.00**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

VII. Termin otwarcia złożonych ofert

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dniu **20.10.2014 r.** o godz. **12.15** w siedzibie Zamawiającego tj. w **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSW 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16.**
2. Dalsze czynności w Komisji odbędą się bez udziału Oferentów.

VIII. Przewidywany termin rozstrzygnięcia konkursu ofert

1. Przewidywany termin rozstrzygnięcia konkursu ofert to **27.10.2014 r.**
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, przesunięcia terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert bez podania przyczyny.

IX. Wybór Oferenta i ogłoszenie wyniku konkursu

1. Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty w oparciu o złożoną dokumentację oraz informacje zawarte w formularzu ofertowym, w szczególności oceniając cenę.
2. Zamawiający udzieli zamówienia Oferentowi, którego oferta odpowiadać będzie warunkom zamówienia, a także zostanie uznana za najkorzystniejszą.
3. Komisja może nie przyjąć ofert, których cena przewyższa kwotę przeznaczoną na finansowanie zamówienia.

4. Zamawiający niezwłocznie powiadomi o wyniku konkursu podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko i siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany.

X. Związanie oferta

Składający ofertę jest nią związany przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

XI. Istotne warunki umowy

Ubezpieczenie OC

1. Oferent zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone ubezpieczonym w związku z udzieleniem bądź zaniechaniem udzielenia świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert obejmujące przypadki przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażeń wirusem HIV i WZW na czas trwania umowy.
2. Oferent zobowiązany jest do utrzymania ważnego ubezpieczenia i jego zakresu oraz sumy ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
3. Oferent zobowiązany jest do złożenia Zamawiającemu kopii polisy ubezpieczeniowej.

.....
Pieczęć nagłówkowa Oferenta

OFERTA KONKURSOWA
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych

.....
(przedmiot oferty)

dla potrzeb

I. Dane o ofercie:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu:		
Adres	Kod pocztowy:	
	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr domu/nr mieszkania:	
Telefon:		
Nr wpisu do rejestru:		
Organ dokonujący wpisu:		
NIP:		
REGON:		
Nazwa banku:		
Numer rachunku bankowego:		

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć składającego ofertę

.....
Pieczęć nagłówkowa Oferenta

OFERTA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb

.....
w zakresie

I. Dane oferenta:

Nazwa oferenta:

.....

.....

REGON:

NIP:

Siedziba:

Miejscowość:

Kod pocztowy: Poczta:

Ulica:

Nr domu:, nr lokalu:

Telefon:

Fax:

Numer KRS lub wpisu do innego rejestru z oznaczeniem organu dokonującego wpisu:

.....

Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej:

Bank:

Nr rachunku bankowego:

.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć składającego ofertę

II. Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

III. Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

IV. Miejsce, dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis składającego ofertę

XII. Proponowany zakres świadczeń zdrowotnych i cena.

- **Wykonywanie badań i orzeczeń dla potrzeb Wojewódzkiej Komisji Lekarskiej w Rzeszowie**

Cena brutto:

-zł/badanie i wydanie orzeczenia

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć składającego ofertę

- **Realizacja transportów sanitarnych dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa	Cena brutto w zł na 1 podopiecznego
1	Realizacja transportów sanitarnych	

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

- **Rektoskopia dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>	<i>5.</i>	<i>6.</i>
1	Rektoskopia diagnostyczna	3			
2	Rektoskopia z 1 wycinkiem hist.- pat. i jego oceną	2			
			RAZEM		

.....
 miejscowość, data

.....
 podpis składającego ofertę

- **Spirometria dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>	<i>5.</i>	<i>6.</i>
1	Spirometria	15			
			RAZEM		

.....
 miejscowość, data

.....
 podpis składającego ofertę

- **Audiometria dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>	<i>5.</i>	<i>6.</i>
1	Audiometria	15			
			RAZEM		

.....
 miejscowość, data

.....
 podpis składającego ofertę

- **Badanie EEG z opisem dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>	<i>5.</i>	<i>6.</i>
1	Badanie EEG z opisem	5			
			RAZEM		

.....
 miejscowość, data

.....
 podpis składającego ofertę

- Światłolecznictwo terapeutyczne lampa UVA i UVB dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1	Światłolecznictwo terapeutyczne lampa UVA i UVB	20			
			RAZEM		

.....
 miejscowość, data

.....
 podpis składającego ofertę

- **Badania cytologiczne dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>	<i>5.</i>	<i>6.</i>
1	Badanie cytologiczne – cytologia ginekologiczna	16			
			RAZEM		

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

- **Badania histopatologiczne dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>	<i>5.</i>	<i>6.</i>
1	Badanie histopatologiczne	36			
			RAZEM		

.....
 miejscowość, data

.....
 podpis składającego ofertę

- **Badania USG dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1	USG jamy brzusznej	130			
2	USG narządów szyi (tarczycy, ślinianki, węzły chłonne)	40			
3	USG tkanek miękkich i narządu ruchu	5			
4	USG stawów biodrowych	5			
5	USG sutków	90			
6	USG ginekologiczno-położnicze	75			
7	Biopsja cienkoigłowa: sutek, tarczycy pod kontrolą USG	5			
8	USG Doppler „przepływy naczyniowe” tętnic	30			
9	USG Doppler „przepływy naczyniowe” żył	30			
			RAZEM		

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

• **Badania RTG dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1	RTG klatki piersiowej P-A	155			
2	RTG klatki piersiowej – zdj. boczne	5			
3	RTG klatki piersiowej – zdj. P-A i boczne z kontrastem	5			
4	RTG czaszki – zdj. przeglądowe	3			
5	RTG czaszki – zdj. celowane siodełka tureckiego	5			
6	RTG zatok przynosowych	11			
7	RTG nosa	5			
8	RTG żuchwy	1			
9	RTG st. skroniowo-żuchwowych	5			
10	RTG oczodołów – kanały nn. wzrokowych	5			
11	RTG transorbitalne piramid	5			
12	RTG uszu	5			
13	RTG kręgosłupa szyjnego	50			
14	RTG celowane kręgosłupa szyjnego	5			
15	RTG kręgosłupa piersiowego	14			
16	RTG kręgosłupa lędźwiowego	57			
17	RTG kości krzyżowej i ogonowej	5			
18	RTG miednicy i stawów biodrowych	30			
19	RTG st. krzyżowo-biodrowych	8			
20	RTG żeber – zdj. P-A i skośne	5			
21	RTG mostka	7			
22	RTG obojczyka	1			
23	RTG łopatki	5			
24	RTG stawu barkowego	11			
25	RTG kości ramiennej	2			
26	RTG stawu łokciowego	5			
27	RTG przedramienia	7			
28	RTG nadgarstka	12			
29	RTG dłoni lub stopy	5			
30	RTG kości udowej	1			
31	RTG stawu kolanowego	28			
32	RTG podudzia	2			
33	RTG stawu skokowego	14			
34	RTG kości piętowej	3			
35	RTG dłoni – wiek kostny	15			
36	RTG palca	12			
37	RTG jamy brzusznej – zdj. przeglądowe	1			
38	RTG zębów – punktowe	5			
			RAZEM		

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

- **Diagnostyka Laboratoryjna dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1	OB.	635			
2	Morfologia	1012			
3	Rozmaz krwi (mikroskopowo)	81			
4	Płytki krwi	5			
5	Retikulocyty	5			
6	Czas krwawienia i krzepnięcia	5			
7	Mocz z osadem	798			
8	Bilirubina	72			
9	Próba tymolowa	5			
10	Kał na pasożyty	9			
11	Kał na cysty lamblii	5			
12	Kał na krew utajoną	1			
13	Cukier	872			
14	Cholesterol	692			
15	HDL-cholesterolu	6			
16	Trójglicerydy	195			
17	Żelazo	181			
18	Kwas moczowy	208			
19	Kreatynina	251			
20	Mocznik	95			
21	ASPAT	160			
22	ALAT	160			
23	ASO	5			
24	Diastaza	4			
25	Białko	16			
26	Wskaźnik protrombinowy	173			
27	OWA	5			
28	HBS	5			
29	Elektrolity	47			
30	Elektroforeza	5			
31	Ca	4			
32	P	9			
33	Mg	3			
34	TIBC	5			
35	Fosfataza alkaliczna	24			
36	Fosfataza kwaśna	3			
37	GGTP	9			
38	CK-MB	5			
39	CPK	5			
40	APTT	2			
41	Fibrynogen	1			
42	Ferrytyna	5			
43	Carbamazepina	5			
44	CRP	210			
45	Odczyn Walerego-Rossego	13			
46	IgE całkowite	5			
47	IgE swoiste – panel wziewny	5			
48	IgE swoiste – panel pokarmowy	5			

49	FT3	1			
50	FT4	1			
51	TSH	175			
52	FSH	15			
53	LH	1			
54	PRL	5			
55	Estradiol	8			
56	Progesteron	11			
57	Testosteron	5			
58	CEA	19			
59	PSA	5			
60	HbA-1C (hemoglobina glikozylowana)	5			
61	Lateks R	3			
62	Lateks Le	5			
63	Posiewy wszelkiego rodzaju wymazów	5			
64	Posiewy w kierunku mykologicznym	5			
65	Posiew w kierunku prątki gruźlicy	5			
66	Oznaczenie p/ciał anty HCV	10			
67	Oznaczenie p/ciał anty HIV	4			
68	Oznaczenie p/ciał Toxo IgM	7			
69	Oznaczenie p/ciał Toxo IgG	11			
70	Oznaczenie p/ciał Boreliozy IgM	5			
71	Oznaczenie p/ciał Boreliozy IgG	5			
72	Oznaczenie p/ciał CMV IgM	5			
73	Oznaczenie p/ciał HAV IgM/IgG	5			
74	Oznaczenie p/ciał Rubella IgM	5			
75	Oznaczenie p/ciał Rubella IgG	4			
76	Oznaczenie p/ciał anty HBc IgM/IgG	5			
77	Oznaczenie p/ciał mononukleozy zakaźnej	5			
78	Miano alloprzeciwciał	5			
			RAZEM		

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

- **Badanie tympanometryczne dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>	<i>5.</i>	<i>6.</i>
1	Badanie tympanometryczne	10			
			RAZEM		

.....
 miejscowość, data

.....
 podpis składającego ofertę

- **Badania okulistyczne dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa badania	Cena brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
1	Komputerowe badanie pola widzenia obu oczu		
2	Angiografia fluoresceinowa		
3	USG okulistyczne		
4	Opis do badań w pozycjach nr 1, 2, 3		

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego

- **Badania laryngologiczne dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa badania	Cena brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
1	Słuchowe potencjały wywołane z pnia mózgu (ABR)		
2	Badanie stroboskopowe krtani		

.....
 miejscowość, data

.....
 podpis składającego ofertę

- **Mammografia dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa badania	Cena brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
1	Mammografia		

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

- **Inne badania i świadczenia medyczne dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

Lp.	Nazwa badania	Cena brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
1	Gradówka - leczenie operacyjne ambulatoryjne (w tym badanie hist-pat)		
2	Kriochirurgia zmian miejscowych		
3	Laseroterapia p/jaskrowa:		
3.1	gonioplastyka		
3.2	trabekuloplastyka		
3.3	iridektomia		
3.4	laseroterapia ogniskowa siatkówki		
4	Płukanie dróg łzowych		

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć składającego ofertę