

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:

- **dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**
 1. diagnostyka laboratoryjna.

Rzeszów, dnia 16.10.2014 r.

.....
(podpis Dyrektora)

Oprac.: Paulina Tomoń

I. Przedmiot zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- **dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**
 1. diagnostyka laboratoryjna.

II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.11.2014 r.** do **31.10.2016 r.**

III. Warunki przystąpienia do konkursu

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Nie dopuszcza się składania ofert częściowych w ramach pakietu.
3. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych jest placówka Oferenta.
4. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy musi znajdować się na terenie miasta Krosna.
5. Maksymalny czas oczekiwania na wynik badania (załącznik nr 2 poz.1-62,66-77) wynosi 1 dzień, oprócz badań bakteriologicznych- maksymalny czas oczekiwania wynosi 3 dni (załącznik nr 2 poz.63-65), oraz badania miano alloprzeciwciał- maksymalny czas oczekiwania wynosi 2 dni (załącznik nr 2 poz.78).

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).
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(załącznik nr 2),
 - 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) kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej,
- 2) zaświadczenie o wpisie do podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 3) wpis do ewidencji działalności gospodarczej / KRS,
- 4) potwierdzenie nadania NIP,
- 5) 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.

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.

- 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:

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16** najpóźniej do dnia **22.10.2014 r.** do godz. **08.00**
- Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

VII. Termin otwarcia złożonych ofert

- Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dnia **22.10.2014 r.** o godz. **08.15** w siedzibie Zamawiającego tj. w **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSW 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16.**
- Dalsze czynności w Komisji odbędą się bez udziału Oferentów.

VIII. Przewidywany termin rozstrzygnięcia konkursu ofert

- Przewidywany termin rozstrzygnięcia konkursu ofert to **29.10.2014 r.**
- 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

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

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

XI. Istotne warunki umowy

Ubezpieczenie OC

- 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.
- Oferent zobowiązany jest do utrzymania ważnego ubezpieczenia i jego zakresu oraz sumy ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
- Oferent zobowiązany jest do złożenia Zamawiającemu kopii polisy ubezpieczeniowej.

Załącznik nr 2
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:

.....

.....
miejsowość, 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:

.....

.....

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

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

XII. Proponowany zakres świadczeń zdrowotnych i cena.

Załącznik nr 2

- Diagnostyka Laboratoryjna dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Max. czas oczekiwania na wynik badania
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 allopzeciwciał	5			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
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