

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:**

**1. dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

1. badania USG.

Rzeszów, dnia 29.10.2014 r.

.....  
(podpis Dyrektora)

Oprac.: Paulina Tomoń

## **I. Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

### **2. dla potrzeb Przychodni MSW w Krośnie:**

1. badania USG.

## **II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia**

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.12.2014 r.** do **30.11.2016 r.**

## **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 placówka Oferenta.
5. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy musi znajdować się na terenie miasta Krosna.

## **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 cenowy<sup>1</sup>,
    - wypełnione oświadczenie o zapoznaniu się i akceptacji treści ogłoszenia, warunków konkursu ofert oraz wzoru umowy (załącznik nr 2),

Pozostałe wymagane dokumenty zależne od przedmiotu zamówienia:

- 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/KRS
- 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.

---

<sup>1</sup> 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.

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 **06.11.2014 r.** do godz. **9.00**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

#### **VII. Termin otwarcia złożonych ofert**

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dnia **06.11.2014 r.** o godz. **9.15** 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 **13.11.2014 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 ofertą**

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**  
**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.

### Badania USG

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	USG jamy brzusznej	130			
2	USG narządów szyi (tarczycy, ślinianki, węzły chłonne)	40			
3	USG tkanek miękkich i narządu ruchu	5			
4	USG sutków	90			
5	USG Doppler „przepływy naczyniowe” tętnic	30			
6	USG Doppler „przepływy naczyniowe” żył	30			
			<b>RAZEM</b>		

Wartość brutto słownie: .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

**Badania USG stawów biodrowych,  
Biopsja cienkoigłowa: sutek, tarczycza pod kontrolą USG**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania</b>	<b>Planowana ilość badań</b>	<b>Cena jednostkowa brutto zł</b>	<b>Wartość brutto zł</b>	<b>Max. czas oczekiwania na wynik badania</b>
<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>	<i>5.</i>	<i>6.</i>
1	USG stawów biodrowych	5			
2	Biopsja cienkoigłowa: sutek, tarczycza pod kontrolą USG	5			
			<b>RAZEM</b>		

*Wartość brutto słownie:* .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę



## Badania USG ginekologiczno-położnicze

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	USG ginekologiczno-położnicze	75			
			<b>RAZEM</b>		

*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