

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:

dla potrzeb SP ZOZ MSW w Rzeszowie:

1. *Badania izotopowe*
2. *Badania urodynamiczne*
3. *Kapilaroskopia*
4. *Badania cytologii ginekologicznej*
5. *Badania histopatologiczne*
6. *Badania EMG*
7. *Wzrokowe potencjały wywołane*
8. *Sekcja zwłok*
9. *Mammografia*
10. *Palczyczjometria*
11. *Badania w kierunku gruźlicy i kontroli biologicznej autoklawów*
12. *Bronchoskopia*
13. *Światłolecznictwo terapeutyczne lampa UVA i UVB*
14. *Tympanogram*
15. *Konsultacje torakochirurgiczne*
16. *Badanie EEG*

Rzeszów, dnia 17.03.2015 r.

Oprac.: P.Kotelnicki

.....  
(podpis Dyrektora)

## **I. Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**dla potrzeb SP ZOZ MSW w Rzeszowie:**

1. *Badania izotopowe*
2. *Badania urodynamiczne*
3. *Kapilaroskopia*
4. *Badania cytologii ginekologicznej*
5. *Badania histopatologiczne*
6. *Badania EMG*
7. *Wzrokowe potencjały wywołane*
8. *Sekcja zwłok*
9. *Mammografia*
10. *Palestezjometria*
11. *Badania w kierunku gruźlicy i kontroli biologicznej autoklawów*
12. *Bronchoskopia*
13. *Światłolecznictwo terapeutyczne lampą UVA i UVB*
14. *Tympanogram*
15. *Konsultacje torakochirurgiczne*
16. *Badanie EEG*

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

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.04.2015 r.** do **31.03.2016 r.**

## **III. Warunki przystąpienia do konkursu**

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Miejscem wykonywania świadczeń będzie siedziba Oferenta.
3. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każdy pakiet osobno.
4. Niemożliwe jest składanie ofert częściowych w ramach pakietu.
5. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy musi znajdować się na terenie miasta Rzeszowa.

## **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>,
    - określenie warunków lokalowych, wyposażenie w aparaturę oraz sprzęt medyczny,
    - wypełnione oświadczenie o zapoznaniu się i akceptacji treści ogłoszenia, warunków konkursu ofert oraz wzoru umowy (załącznik nr 2),

W przypadku przystępowania do postępowania konkursowego SP ZOZ, NZOZ oraz grupowych praktyk lekarskich, oferent ma obowiązek złożenia poniższych dokumentów:

---

<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. Faktyczna ilość zleczanych usług będzie wynikać z rzeczywistych potrzeb Zamawiającego w tym zakresie.

- 1) kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej,
- 2) kopia dokumentów rejestracyjnych Oferenta.

W przypadku przystępowania do postępowania konkursowego indywidualnej praktyki lekarskiej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, oferent ma obowiązek złożenia poniższych dokumentów:

- 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. Sposób obliczania wartości złożonej oferty:**

1. W zadaniach, na które Oferent składa ofertę, w tabeli formularza cenowego w kolumnie nr 4 należy wpisać cenę brutto jednego badania natomiast w kolumnie 5 wartość brutto badania stanowiącą iloczyn planowanej ilości badań oraz ceny brutto jednego badania (kolumna 3 × kolumna 4).
2. W dole tabeli w wierszu „RAZEM” należy wpisać sumę wartości brutto dla całego zadania.
3. Każda cena wpisana w formularzu cenowym musi być wyrażona w zł, z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku (tj. w groszach) i obejmować wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
4. We wzorze formularza cenowego w zadaniach, na które Wykonawca składa ofertę, wszystkie wyszczególnione pola tabeli muszą być wypełnione.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do poprawy oczywistych omyłek rachunkowych.

#### **VI. Forma przygotowania i składania ofert**

1. Ofertę należy złożyć na załączonych drukach (lub na ich podstawie) wypełniając je 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)**

#### **VII. 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 **25.03.2015 r.** do godz. **13.00.**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

#### **VIII. Termin otwarcia złożonych ofert**

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dniu **25.03.2015 r.** o godz. **13.15** 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.

#### **IX. Przewidywany termin rozstrzygnięcia konkursu ofert**

1. Przewidywany termin rozstrzygnięcia konkursu ofert to **30.03.2015 r.**
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, przesunięcia terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert bez podania przyczyny.

#### **X. 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.

#### **XI. Związanie ofertą**

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

#### **XII. Istotne warunki umowy**

##### **Ubezpieczenie OC**

1. Przyjmujący zamówienie 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. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do utrzymania ważnego ubezpieczenia i jego zakresu oraz sumy ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do złożenia Zamawiającemu kopii polisy ubezpieczeniowej.

.....

Załącznik nr 1

**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 i pieczęć składającego ofertę

***Oświadczenie***

*Oświadczam, że zapoznałem(łam) się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert oraz wzór umowy.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

### 1 - Badania izotopowe

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na jedno badanie
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1	Scyntygrafia tarczycy – jodochwytność	2			
2	Terapia I131				
2a	Porada kwalifikacyjna (z wykonaniem scyntygrafii tarczycy)	5			
2b	Podanie izotopu	5			
2c	Porada kontrolna	5			
3	Scyntygrafia kości (MDP)	1			
4	Scyntygrafia ognisk zapalnych leukocyty-HMPAO	2			
5	Perfuzja mięśnia sercowego techniką GSPECT	1			
6	Scyntygrafia nerek (EC,DTPA)	1			
7	Scyntygrafia nerek (EC,DTPA) SPECT	1			
8	Scyntygrafia nerek z testem farmakologicznym	2			
9	Scyntygrafia nerek z testem farmakologicznym SPECT	2			
10	Scyntygrafia koloidowa wątroby	2			
11	Scyntygrafia koloidowa wątroby SPECT	2			
12	Scyntygrafia dróg żółciowych	2			
13	Scyntygrafia dróg żółciowych SPECT	1			
14	Scyntygrafia naczyniaka wątroby	2			
15	Scyntygrafia naczyniaka wątroby SPECT	3			
16	Scyntygrafia perfuzyjna płuc	2			
17	Scyntygrafia przytarczyc	1			
18	Limfoscyntygrafia	2			
			<b>RAZEM</b>		

**Wartość brutto słownie:**

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę



## 2 - Badania urodynamiczne

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

*Wartość brutto słownie:*

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

### 3 - Kapilaroskopia

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

*Wartość brutto słownie:*

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

#### 4 - Cytologia ginekologiczna

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na jedno badanie
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1	Ocena 1 preparatu (1 szkiełko) obejmuje: barwienie, opracowanie techniczne, ocena mikroskopowa z wynikiem, konsultacje patomorfologiczne, odbiór preparatów z miejsca pobrania, dostarczenie wyników.	976			
2	Ocena 1 preparatu (1 szkiełko) bez barwienia, opracowania technicznego obejmuje: ocena mikroskopowa z wynikiem, odbiór preparatów, dostarczenie wyników	30			
3	Ocena 1 preparatu (1 szkiełko) w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy	30			
			<b>RAZEM</b>		

**Wartość brutto słownie:**

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

### 5 - Badania histopatologiczne

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na jedno badanie
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1	Badanie cytologiczne płynów ustrojowych	40			
2	Wycinki histopatologiczne	4357			
3	BACC 1-guz-1 zmiany ogniskowej z nadesłanych rozmazów	33			
4	BACC 1-guz-1 zmiany ogniskowej pod kontrolą USG	34			
5	Intry	7			
6	Badanie immunohistochemiczne 1 odczyn	38			
			<b>RAZEM</b>		

**Wartość brutto słownie:**

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

### 6 - Badania EMG

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na jedno badanie
<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>	<i>5.</i>	<i>6.</i>
1	Badanie przewodnictwa we włóknach ruchowych z falą F 1 nerwu	673			
2	Badanie przewodnictwa we włóknach czuciowych 1 nerwu	672			
3	Badanie 1 mięśnia elektrodą igłową koncentryczną jednorazowego użytku	62			
4	Próba męczliwości w diagnostyce miastonii	5			
5	Badanie przewodnictwa w rdzeniowych korzeniach czuciowych nerwów kończyn dolnych (badanie odruchu H)	5			
			<b>RAZEM</b>		

**Wartość brutto słownie:**

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

**7 - Badania wzrokowe potencjały wywołane**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania</b>	<b>Planowana ilość badań</b>	<b>Cena jednostkowa brutto zł</b>	<b>Wartość brutto zł</b>	<b>Czas oczekiwania na jedno badanie</b>
<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>	<i>5.</i>	<i>6.</i>
1	Wzrokowe potencjały wywołane	3			
			<b>RAZEM</b>		

**Wartość brutto słownie:**

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

**8 - Sekcja zwłok**

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

*Wartość brutto słownie:*

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

### 9 - Mammografia

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

*Wartość brutto słownie:*

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę



**10 - Badanie palestezjometrii z wibrogramem i próbą oziębienia**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania</b>	<b>Planowana ilość badań</b>	<b>Cena jednostkowa brutto zł</b>	<b>Wartość brutto zł</b>	<b>Czas oczekiwania na jedno badanie</b>
<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>	<i>5.</i>	<i>6.</i>
1	Badanie palestezjometrii z wibrogramem i próbą oziębienia	3			
			<b>RAZEM</b>		

*Wartość brutto słownie:*

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

## 11 – Badanie w kierunku gruźlicy i kontroli biologicznej autoklawów

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na jedno badanie
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1	Posiew moczu w kierunku bakteriologii ogólnej	2			
2	Posiew w kierunku bakteriologii ogólnej wymazów z gardła, nosa, rany, skóry, odbytu, pochwy itp.	3			
3	Posiew płwociny, popłuczyn oskrzelowych, płynów z jam ciała itp.	2			
4	Posiew krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego, płynu z opłucnej – posiew bezpośredni na podłoże transportowo-wzrostowe (cena uwzględnia cenę podłoża)	3			
5	Posiew w kierunku beztlenowców	2			
6	Posiew w kierunku grzybów z mykogramem	3			
7	Posiew w kierunku <i>Aspergillus</i> spp.	3			
8	Wymazy czystości powierzchni	5			
9	Kontrola czystości powierzchni metodą płytek odciskowych	3			
10	Kontrola biologiczna autoklawów i suszarek „Sporal A” i „Sporal S”	10			
11	Kontrola biologiczna autoklawów i sterylizatorów gazowych „TEST 3 M” lub inny test fiolkowy	22			
12	Oznaczenie MIC metodą E-testu: 1 antybiotyk (w przypadku konieczności oznaczenia MIC laboratorium pobiera dodatkową opłatę za oznaczenie MIC danego antybiotyku)	5			
13	Posiew w kierunku gruźlicy na podłożu L-J i Stonebrinka (w tym preparat)	5			
14	Opracowanie preparatu w kierunku prątków gruźlicy	5			
15	Preparat CITO w kierunku gruźlicy	4			
16	Lekowrażliwość na 4 podstawowe leki p/prątkowe metodą tradycyjną	5			
17	Lekowrażliwość rozszerzona + testy dla mykobakterii atypowych i opornych szczepów <i>M. tuberculosis</i> (metoda tradycyjna)	4			
18	Posiew na podłożu BACTEC MGIT 960 (płwocina, wycinek, wymaz, ropa, wyskrobiny, płyny ustrojowe, popłuczyny oskrzelowe itp.)	3			
19	Lekowrażliwość w czułym systemie hodowlanym (4 podstawowe leki p/prątkowe)	2			

20	Lekowrażliwość na PZA	2			
21	Badanie genetyczne w kierunku M. tuberculosis complex w systemie Probe Tec (termin wykonania badania genetycznego „cito” należy wcześniej uzgodnić z laboratorium)	3			
			<b>RAZEM</b>		

**Wartość brutto słownie:**

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

## 12 – Bronchoskopia

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na jedno badanie
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1	Bronchoskopia	2			
2	Bronchoskopia z udrażnianiem światła oskrzeli (usunięcie ciała obcego)	2			
3	Konsultacja lekarza specjalisty	7			
			<b>RAZEM</b>		

**Wartość brutto słownie:**

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

**13 - Światłolecznictwo terapeutyczne lampa UVA i UVB**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania</b>	<b>Planowana ilość badań</b>	<b>Cena jednostkowa brutto zł</b>	<b>Wartość brutto zł</b>	<b>Czas oczekiwania na jedno badanie</b>
<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>	<i>5.</i>	<i>6.</i>
1	Światłolecznictwo terapeutyczne lampa UVA i UVB	10			
			<b>RAZEM</b>		

**Wartość brutto słownie:**

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

**14 – Badanie - tympanogram**

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

*Wartość brutto słownie:*

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

### 15 - Wykonywanie konsultacji torakochirurgicznych

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

*Wartość brutto słownie:*

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

### 16 - Badania EEG

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na jedno badanie
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1	Badanie EEG z opisem	15			
			<b>RAZEM</b>		

*Wartość brutto słownie:*

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę