

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:

dla potrzeb SP ZOZ MSW w Rzeszowie:

- 1. Tomografia komputerowa*
- 2. Rezonans magnetyczny*
- 3. Angiografia*

Rzeszów, dnia 14.04.2015 r.

.....
(podpis Dyrektora)

Oprac.: Olga Krzysztyniak

I. Przedmiot zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

dla potrzeb SP ZOZ MSW w Rzeszowie:

1. *Tomografia komputerowa*
2. *Rezonans magnetyczny*
3. *Angiografia*

II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia

Umowy zostaną zawarte na okres **od 01.05.2015 r. do 30.04.2017 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 cenowy¹,
 - 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:

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

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 ofert

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.

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

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 **23.04.2015 r.** do godz. **12.20.**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

VIII. Termin otwarcia złożonych ofert

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dniu **23.04.2015 r.** o godz. **12.35** 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 **27.04.2015 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.

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 - Tomografia komputerowa

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	Głowa bez kontrastu	107			
2	Głowa z kontrastem	239			
3	Oczodołów bez kontrastu	5			
4	Oczodołów z kontrastem	10			
5	Oczodołów i głowy z kontrastem	5			
6	Uszu/piramid bez kontrastu	5			
7	Uszu/piramid z kontrastem	5			
8	Uszu/piramid i głowy z kontrastem	5			
9	Głowy + tylny dół z kontrastem	10			
10	Przełądowe zatok bez kontrastu	2			
11	Szyi/krtani/twarzoczaszki z kontrastem	2			
12	Szyi/krtani/twarzoczaszki i głowy z kontrastem	10			
13	Jamy brzusznej bez kontrastu	10			
14	Jamy brzusznej z kontrastem doustnie, dożylnie	72			
15	Miednicy z kontrastem doustnie i dożylnie, wlewka do odbytu.	26			
16	Miednicy bez kontrastu	10			
17	Jamy brzusznej +miednicy (ze wszystkim)	193			
18	Jamy brzusznej +miednicy bez kontrastu	10			
19	Klatki piersiowej/płuc/śródpiersia/HRCT bez kontrastu	27			
20	Klatki piersiowej/płuc/śródpiersia z kontrastem	102			
21	Klatki piersiowej HRCT z kontrastem	27			
22	Kręgosłupa 3 przestrzenie bez kontrastu	115			
23	Kręgosłup z kontrastem	10			
24	Innych kości, stawów	10			
25	Kolana	10			
26	Kolonoskopia wirtualna	12			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

2 - Rezonans magnetyczny

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	MP głowy – podstawowe (bez kontrastu)	2			
2	MP głowy + przysadki mózgowej – podstawowe i z kontrastem + badanie dynamiczne	5			
3	MR twarzoczaszki (zatoki, ślinianki, gardło, jama ustna) – podstawowe	2			
4	MR stawów skroniowo – żuchwowych – podstawowe	3			
5	MR oczodołów – podstawowe	4			
6	MR szyi (gardło, krtań tarczycy) – podstawowe	5			
7	MR klatki piersiowej (ściana klp, żebra, mostek, śródpiersie) – podstawowe	10			
8	MR kręgosłupa szyjnego – podstawowe	43			
9	MR kręgosłupa piersiowego – podstawowe	5			
10	MR kręgosłupa lędźwiowego – podstawowe	5			
11	MR jamy brzusznej – podstawowe	15			
12	Cholangio MR (MRCP)	11			
13	MR miednicy – podstawowe	5			
14	MR stawów mostkowo – obojczykowych – podstawowe	5			
15	MR barku – podstawowe	5			
16	MR łokcia – podstawowe	5			
17	MR ręki lub nadgarstka – podstawowe	5			
18	MR stawu biodrowego – podstawowe	8			
19	MR kolana – podstawowe	5			
20	MR stawu skokowego lub stopy – podstawowe	5			
21	MR badanie innej okolicy anatomicznej – podstawowe (np. udo, podudzie, ramię, przedramię)	10			
22	Angio MR naczyń mózgowych	5			
23	Angio MR naczyń szyjnych	5			
24	Angio MR naczyń obwodowych	5			
25	Angio MR naczyń klatki piersiowej	2			
26	Angio MR naczyń jamy brzusznej lub miednicy	3			
27	Podanie dożylnie środka kontrastowego (jako uzupełnienie badania podstawowego MR lub angio MR)	2			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

3 - Angiografia

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	Angiografia z kontrastem	104			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę