

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych  
w Rzeszowie, ul. Krakowska 16

## SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:

dla potrzeb SP ZOZ MSW w Krośnie:

*1. Komputerowe badania pola widzenia.*

Rzeszów, dnia 30.12.2015 r.

Oprac.: Olga Krzysztyniak

.....  
(podpis Dyrektora)

## **I. Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:  
**dla potrzeb SP ZOZ MSW w Krośnie:**

### **1. Komputerowe badania pola widzenia.**

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

Umowy zostaną zawarte na okres **od 01.02.2016 r. do 31.01.2018 r.**

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

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
3. Nie dopuszcza się składania ofert częściowych w ramach pakietu.
5. Miejscem wykonywania świadczeń będzie placówka Oferenta.
6. Miejsce 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) aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej

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 zabezpieczonej kopercie i opatrzyć następującymi danymi:

---

<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.

**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 **18.01.2016 r.** do godz. **10.00**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

**VII. Termin otwarcia złożonych ofert**

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia ofert dniu **18.01.2016 r.** o godz. **10.15** 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 **20.01.2016 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 zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( DZ. U. Nr 112, poz. 654) oraz Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. ( Dz. U. Nr 293, poz. 1729)
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.

**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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
miejsce, data

.....  
podpis składającego ofertę

## XII. Proponowany zakres świadczeń zdrowotnych i cena.

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Max. czas oczekiwania na badanie
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1	Komputerowe badanie pola widzenia	40			
			<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