

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:**

**dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie:**

1. rektoskopia,
2. spirometria,
3. audiometria,
4. badania EEG z opisem,
5. światłolecznictwo terapeutyczne lampa UVA i UVB,
6. badania cytologiczne,
7. badania histopatologiczne,
8. badania RTG,
9. badania tympanometryczne,
10. badania okulistyczne,
11. badania laryngologiczne,
12. mammografia,
13. inne badania i świadczenia medyczne.

.....  
(podpis Dyrektora)

Rzeszów, dnia 30.08.2016 r.

## **I. Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

### **dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie:**

1. rektoskopia,
2. spirometria,
3. audiometria,
4. badania EEG z opisem,
5. światłolecznictwo terapeutyczne lampa UVA i UVB,
6. badania cytologiczne,
7. badania histopatologiczne,
8. badania RTG,
9. badania tympanometryczne,
10. badania okulistyczne,
11. badania laryngologiczne,
12. mammografia,
13. inne badania i świadczenia medyczne.

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

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.11.2016 r.** do **31.10.2018 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. Niemożliwe jest składanie ofert częściowych w ramach pakietu.
4. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych jest placówka Oferenta.
5. 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>,
    - 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.

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,

---

<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.

- 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 MSWiA  
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 MSWiA 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16** najpóźniej do dnia **13.09.2016 r.** do godz. **11.15.**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

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

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dniu **13.09.2016 r.** o godz. **11.30** w siedzibie Zamawiającego tj. w **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA 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 **16.09.2016 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 oferta**

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.

.....  
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: .....

.....

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę



### **XIII. Proponowany zakres świadczeń zdrowotnych i cena**

#### **1 – Rektoskopia dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie**

<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	Rektoskopia diagnostyczna	3			
2	Rektoskopia z 1 wycinkiem hist.- pat. i jego oceną	2			
			<b>RAZEM</b>		

*Wartość brutto słownie:* .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

## 2 - Spirometria dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie

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	Spirometria	15			
			<b>RAZEM</b>		

*Wartość brutto słownie:* .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę



### 3 – Audiometria dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie

Lp.	Nazwa badania	Planowana liczba badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
1.	Audiometria	15			
			<b>RAZEM</b>		

*Wartość brutto słownie:* .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

#### 4 - Badanie EEG z opisem dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie

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	5			
			<b>RAZEM</b>		

*Wartość brutto słownie:* .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

5. – Światłolecznictwo terapeutyczne lampa UVA i UVB dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie

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	Światłolecznictwo terapeutyczne lampa UVA i UVB	20			
			<b>RAZEM</b>		

*Wartość brutto słownie:* .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

**6 – Badania cytologiczne dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie:**

<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 cytologiczne – cytologia ginekologiczna	16			
			<b>RAZEM</b>		

*Wartość brutto słownie:* .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

**7 – Badania histopatologiczne dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie:**

<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 histopatologiczne	36			
			<b>RAZEM</b>		

*Wartość brutto słownie:* .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

## 8 – Badania RTG dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie

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	RTG klatki piersiowej P-A	155			
2	RTG klatki piersiowej – zdj. boczne	5			
3	RTG klatki piersiowej – zdj. P-A i boczne z kontrastem	5			
4	RTG czaszki – zdj. przeglądowe	3			
5	RTG czaszki – zdj. celowane siodełka tureckiego	5			
6	RTG zatok przynosowych	11			
7	RTG nosa	5			
8	RTG żuchwy	1			
9	RTG st. skroniowo-żuchwowych	5			
10	RTG oczodołów – kanały nn. wzrokowych	5			
11	RTG transorbitalne piramid	5			
12	RTG uszu	5			
13	RTG kręgosłupa szyjnego	50			
14	RTG celowane kręgosłupa szyjnego	5			
15	RTG kręgosłupa piersiowego	14			
16	RTG kręgosłupa lędźwiowego	57			
17	RTG kości krzyżowej i ogonowej	5			
18	RTG miednicy i stawów biodrowych	30			
19	RTG st. krzyżowo-biodrowych	8			
20	RTG żeber – zdj. P-A i skośne	5			
21	RTG mostka	7			
22	RTG obojczyka	1			
23	RTG łopatki	5			
24	RTG stawu barkowego	11			
25	RTG kości ramiennej	2			
26	RTG stawu łokciowego	5			
27	RTG przedramienia	7			
28	RTG nadgarstka	12			
29	RTG dłoni lub stopy	5			
30	RTG kości udowej	1			
31	RTG stawu kolanowego	28			
32	RTG podudzia	2			
33	RTG stawu skokowego	14			
34	RTG kości piętowej	3			
35	RTG dłoni – wiek kostny	15			
36	RTG palca	12			
37	RTG jamy brzusznej – zdj. przeglądowe	1			
38	RTG zębów – punktowe	5			
			<b>RAZEM</b>		

**Wartość brutto słownie:** .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

**9 – Badanie tympanometryczne dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie**

<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 tympanometryczne	10			
			<b>RAZEM</b>		

*Wartość brutto słownie:* .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

**10 – Badania okulistyczne dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie**

<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	Komputerowe badanie pola widzenia obu oczu	5			
2	Angiografia fluoresceinowa	2			
3	USG okulistyczne	8			
4	Opis do badań w pozycjach nr 1, 2, 3	5			
			<b>RAZEM</b>		

**Wartość brutto słownie:** .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę



**11 – Badania laryngologiczne dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie**

<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	Słuchowe potencjały wywołane z pnia mózgu (ABR)	5			
2	Badanie stroboskopowe krtani	2			
			<b>RAZEM</b>		

*Wartość brutto słownie:* .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

**12 – Mammografia dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie**

<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	Mammografia	21			
			<b>RAZEM</b>		

*Wartość brutto słownie:* .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis składającego ofertę

**13 – Inne badania i świadczenia medyczne dla potrzeb Przychodni MSWiA w Krośnie**

<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	Gradówka - leczenie operacyjne ambulatoryjne (w tym badanie hist-pat)	5			
2	Kriochirurgia zmian miejscowych	5			
3	Laseroterapia p/jaskrowa:	5			
3.1	gonioplastyka	5			
3.2	trabekuloplastyka	5			
3.3	iridektomia	5			
3.4	laseroterapia ogniskowa siatkówki	5			
4	Płukanie dróg łzowych	5			
			<b>RAZEM</b>		

*Wartość brutto słownie:* .....

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis 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