

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie w następującym zakresie:

1. Diagnostyki laboratoryjnej
2. Wykonywania badań cytologicznych – cytologii ginekologicznej
3. Wykonywania badań histopatologicznych
4. Wykonywania badań EMG
5. Rektoskopii
6. Światłolecznictwa terapeutycznego lampą UVA i UVB
7. Badań tympanometrycznego
8. Badań okulistycznych
9. Badań laryngologicznych
10. Spirometrii
11. Audiometrii
12. Badań RTG
13. Badań EEG z opisem
14. Innych badań i świadczeń medycznych

Rzeszów, dnia 11.10.2018 r.

.....
(podpis Dyrektora)

I. Przedmiot zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb Przychodni SP ZOZ MSWiA w Krośnie w zakresie:

- 1. Diagnostyki laboratoryjnej**
- 2. Wykonywania badań cytologicznych – cytologii ginekologicznej**
- 3. Wykonywania badań histopatologicznych**
- 4. Wykonywania badań EMG**
- 5. Rektoskopii**
- 6. Światłolecznictwa terapeutycznego lampą UVA i UVB**
- 7. Badania tympanometrycznego**
- 8. Badań okulistycznych**
- 9. Badań laryngologicznych**
- 10. Spirometrii**
- 11. Audiometrii**
- 12. Badań RTG**
- 13. Badania EEG z opisem**
- 14. Innych badań i świadczeń medycznych**

II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia

Umowa zostanie zawarte na okres od **01.11.2018 r.** do **31.10.2020 r.**

III. Warunki przystąpienia do konkursu

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Nie dopuszcza się składania ofert częściowych w ramach pakietu.
3. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każdy pakiet osobno
4. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych jest siedziba Oferenta.
5. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy musi znajdować się na terenie miasta Krosna.
6. Maksymalny czas oczekiwania na wynik badania (formularz cenowy „Diagnostyka laboratoryjna” poz. 1-62, 66-77) wynosi 1 dzień, oprócz badań bakteriologicznych – maksymalny czas oczekiwania wynosi 3 dni (formularz cenowy „Diagnostyka laboratoryjna” poz. 64-66), oraz badania miano alloprzeciwciał – maksymalny czas oczekiwania wynosi 2 dni (formularz cenowy poz. 80). *(dotyczy pakietu nr 1 „Diagnostyka laboratoryjna”)*

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
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 ofertowy (Załącznik nr 1)
 - wypełniony formularz cenowy¹ (Załącznik nr 2)

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.

- określenie warunków lokalowych, wyposażenie w aparaturę oraz sprzęt medyczny (Załącznik nr 3)
- wypełnione oświadczenie o zapoznaniu się i akceptacji treści ogłoszenia, warunków konkursu ofert oraz wzoru umowy (załącznik nr 4),

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,
- 3) aktualne prawo wykonywania zawodu medycznego,
- 4) dyplom specjalizacji,
- 5) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe,
- 6) zaświadczenie lekarskie,
- 7) potwierdzenie nadania NIP,
- 8) 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 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 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 **17.10.2018 r.** do godz. **09:00**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

VIII. Termin otwarcia złożonych ofert

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dniu **17.10.2018 r.** o godz. **09:15** 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 **22.10.2018 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. 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.

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

FORMULARZ CENOWY

1. Diagnostyka laboratoryjna

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	OB.	1152			
2	Morfologia	3446			
3	Rozmaz krwi (mikroskopowo)	536			
4	Płytki krwi	5			
5	Retikulocyty	5			
6	Czas krwawienia i krzepnięcia	5			
7	Mocz z osadem	2268			
8	Bilirubina	564			
9	Próba tymolowa	5			
10	Kał na pasożyty	56			
11	Kał na cysty lamblii	26			
12	Kał na krew utajoną	78			
13	Cukier	2888			
14	Cholesterol	2642			
15	HDL-cholesterolu	172			
16	LDL -cholesterol	120			
17	Trójglicerydy	1248			
18	Żelazo	517			
19	Kwas moczowy	540			
20	Kreatynina	1558			
21	Mocznik	570			
22	ASPAT	748			
23	ALAT	472			
24	ASO	12			
25	Diastaza	5			
26	Białko	28			
27	Wskaźnik protrombinowy	402			
28	OWA	5			
29	HBS	6			
30	Elektrolity	288			
31	Elektroforeza	5			
32	Ca	58			
33	P	104			
34	Mg	18			
35	TIBC	5			
36	Fosfataza alkaliczna	78			
37	Fosfataza kwaśna	5			
38	GGTP	62			
39	CK-MB	5			
40	CPK	5			
41	APTT	5			
42	Fibrynogen	5			
43	Ferrytyna	5			
44	Carbamazepina	5			

45	CRP	700			
46	Odczyn Walerego-Rossego	64			
47	IgE całkowite	5			
48	IgE swoiste – panel wziewny	5			
49	IgE swoiste – panel pokarmowy	5			
50	FT3	124			
51	FT4	348			
52	TSH	200			
53	FSH	42			
54	LH	5			
55	PRL	5			
56	Estradiol	30			
57	Progesteron	46			
58	Testosteron	16			
59	CEA	15			
60	PSA	5			
61	HbA-1C (hemoglobina glikozylowana)	26			
62	Lateks R	32			
63	Lateks Le	10			
64	Posiewy wszelkiego rodzaju wymazów	366			
65	Posiewy w kierunku mykologicznym	14			
66	Posiew w kierunku prątki gruźlicy	5			
67	Oznaczenie p/ciał anty HCV	10			
68	Oznaczenie p/ciał anty HIV	8			
69	Oznaczenie p/ciał Toxo IgM	12			
70	Oznaczenie p/ciał Toxo IgG	12			
71	Oznaczenie p/ciał Boreliozy IgM	12			
72	Oznaczenie p/ciał Boreliozy IgG	10			
73	Oznaczenie p/ciał CMV IgM	10			
74	Oznaczenie p/ciał HAV IgM/IgG	20			
75	Oznaczenie p/ciał Rubella IgM	20			
76	Oznaczenie p/ciał Rubella IgG	20			
77	Oznaczenie p/ciał anty HBc IgM/IgG	10			
78	Oznaczenie p/ciał mononukleozy zakaźnej	10			
79	GFR	50			
80	Miano alloprzeciwciał	10			
81	D-Dimer	10			
82	Lipaza	10			
83	Amylaza	10			
84	Albuminy	10			
85	Prolaktyna	10			
86	Vit. D3	10			
87	Vit. B12	10			
88	Kwas walproinowy	10			
89	Białko Benca - Jonesa	10			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

2. Badania cytologiczne – cytologia ginekologiczna

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 cytologiczne – cytologia ginekologiczna	500			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

3. Badania histopatologiczne

	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 histopatologiczne	800			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

4. Wykonywanie badań EMG

5.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Max. czas oczekiwania na badanie
1.	2.	3	4.	5.	6.
1	Badanie przewodnictwa we włóknach ruchowych z falą F 1 nerwu	134			
2	Badanie przewodnictwa we włóknach czuciowych 1 nerwu	120			
3	Badanie 1 mięśnia elektrodą igłową koncentryczną jednorazowego użytku	10			
4	Próba męczliwości w diagnostyce miastonii	10			
5	Badanie przewodnictwa w rdzeniowych korzeniach czuciowych nerwów kończyn dolnych (badanie odruchu H)	10			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

5. Rektoskopia

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	Rektoskopia diagnostyczna	66			
2	Rektoskopia z 1 wycinkiem hist.- pat. i jego oceną	145			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

6. Światłolecznictwo terapeutyczne lampą UVA i UVB

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	5			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

7. Badania tympanometryczne

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 tympanometryczne	108			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

8. Badania okulistyczne

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	Komputerowe badanie pola widzenia obu oczu	10			
2	Angiografia fluoresceinowa	10			
3	USG okulistyczne	10			
4	Opis do badań w pozycjach nr 1, 2, 3	30			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

9. Badania laryngologiczne

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	Słuchowe potencjały wywołane z pnia mózgu (ABR)	10			
2	Badanie stroboskopowe krtani	10			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

10. Spirometria

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	30			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

11. Audiometria

Lp.	Nazwa badania	Planowana liczba badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na badanie
1.	Audiometria	30			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

12. Badania RTG

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	460			
2	RTG klatki piersiowej – zdj. boczne	102			
3	RTG klatki piersiowej – zdj. P-A i boczne z kontrastem	20			
4	RTG czaszki – zdj. przeglądowe	20			
5	RTG czaszki – zdj. celowane siodełka tureckiego	20			
6	RTG zatok przynosowych	70			
7	RTG nosa	6			
8	RTG żuchwy	5			
9	RTG st. skroniowo-żuchwowych	24			
10	RTG oczodołów – kanały nn. wzrokowych	6			
11	RTG transorbitalne piramid	5			
12	RTG uszu	5			
13	RTG kręgosłupa szyjnego	328			
14	RTG celowane kręgosłupa szyjnego	10			
15	RTG kręgosłupa piersiowego	324			
16	RTG kręgosłupa lędźwiowego	300			
17	RTG kości krzyżowej i ogonowej	10			
18	RTG miednicy i stawów biodrowych	16			
19	RTG st. krzyżowo-biodrowych	22			
20	RTG żeber – zdj. P-A i skośne	88			
21	RTG mostka	10			
22	RTG obojczyka	12			
23	RTG łopatki	10			
24	RTG stawu barkowego	138			
25	RTG kości ramiennej	10			
26	RTG stawu łokciowego	34			
27	RTG przedramienia	44			
28	RTG nadgarstka	30			
29	RTG dłoni lub stopy	282			
30	RTG kości udowej	10			
31	RTG stawu kolanowego	346			
32	RTG podudzia	36			
33	RTG stawu skokowego	78			
34	RTG kości piętowej	38			
35	RTG dłoni – wiek kostny	10			
36	RTG palca	112			
37	RTG jamy brzusznej – zdj. przeglądowe	10			
38	RTG zębów – punktowe	10			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

13. Badania EEG z opisem

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	70			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

14. Inne badania i świadczenia medyczne

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	Gradówka - leczenie operacyjne ambulatoryjne (w tym badanie hist-pat)	10			
2	Kriochirurgia zmian miejscowych	10			
3	Laseroterapia p/jaskrowa:	10			
3.1	gonioplastyka	10			
3.2	trabekuloplastyka	10			
3.3	iridektomia	10			
3.4	laseroterapia ogniskowa siatkówki	10			
4	Płukanie dróg łzowych	10			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

1. Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....

.....

.....

.....

.....
miejsowość, 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