

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

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

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

- **Tomografia komputerowa**
- **Rezonans magnetyczny**
- **TK Angiografia**

Rzeszów, dnia 07.05.2020 r.

.....
(podpis Dyrektora)

I. Przedmiot zamówienia

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

- Tomografia komputerowa
- Rezonans magnetyczny
- TK Angiografia

II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.06.2020 r.** do **11.02.2023 r.**

III. Warunki przystąpienia do konkursu

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych – w lokalizacji Zamawiającego.
3. Niemożliwe jest składanie ofert częściowych w ramach pakietu.

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)
 - 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.

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 Zamawiający zastrzega, iż podana ilość badań jest ilością szacunkową. Oferent nie ma prawa do roszczeń w przypadku niezrealizowania pełnej ilości poszczególnych badań, jak i przekroczenia podanej ilości badań. Faktyczna ilość zleczanych usług będzie wynikać z rzeczywistych potrzeb Zamawiającego w tym zakresie.

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 **14.05.2020 r.** do godz. **10:00**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

VIII. Termin otwarcia złożonych ofert

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dniu **14.05.2020 r.** o godz. **10:15** 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 **19.05.2020 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 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

Załącznik nr 1

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb

.....
w zakresie

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

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł
1.	2.	3.	4.	5.
1	TK GŁOWA BEZ KONTRASTU	4927		
2	TK GŁOWA Z KONTRASTEM	340		
3	TK GŁOWA Z KONTRASTEM z oceną przysadki	5		
4	TK OCZODOŁY BEZ KONTRASTU	5		
5	TK OCZODOŁY Z KONTRASTEM	5		
6	TK OCZODOŁY I GŁOWY Z KONTRASTEM	5		
7	TK KOŚĆ SKRONIOWA BEZ KONTRASTU	5		
8	TK KOŚĆ SKRONIOWA Z KONTRASTEM	5		
9	TK ZATOKI BEZ KONTRASTU	5		
10	TK TWARZOCZASZKA BEZ KONTRASTU	27		
11	TK TWARZOCZASZKA Z KONTRASTEM	5		
12	TK SZYI BEZ KONTRASTU	5		
13	TK SZYI Z KONTRASTEM	5		
14	TK KRTAŃ BEZ KONTRASTU	5		
15	TK KRTAŃ Z KONTRASTEM	5		
16	TK szyi/krtani/twarzoczszki i głowy z kontrastem	5		
17	TK JAMA BRZUSZNA BEZ KONTRASTU	10		
18	TK JAMA BRZUSZNA Z KONTRASTEM	85		
19	TK MIEDNICA BEZ KONTRASTU	5		
20	TK MIEDNICA Z KONTRASTEM	5		
21	TK JAMA BRZUSZNA I MIEDNICA MAŁA BEZ KONTRASTU	66		
22	TK JAMA BRZUSZNA I MIEDNICA MAŁA Z KONTRASTEM	1137		
23	TK KLATKA PIERSIOWA/PŁUC BEZ KONTRASTU	225		
24	TK KLATKA PIERSIOWA/PŁUC Z KONTRASTEM	992		
25	TK KLATKA HRCT BEZ KONTRASTU	30		
26	TK KLATKA HRCT Z KONTRASTEM	5		
27	TK KRĘGOSŁUP SZYJNY BEZ KONTRASTU	85		
28	TK KRĘGOSŁUP SZYJNY Z KONTRASTEM	5		
29	TK KRĘGOSŁUP PIERSIOWY BEZ KONTRASTU	42		
30	TK KRĘGOSŁUP PIERSIOWY Z KONTRASTEM	9		
31	TK KRĘGOSŁUP LĘDŹWIOWO -KRZYŻOWY BEZ KONTRASTU	110		
32	TK KRĘGOSŁUP LĘDŹWIOWO -KRZYŻOWY Z KONTRASTEM	12		
33	TK KOŃCZYNA GÓRNA BEZ KONTRASTU	5		
34	TK KOŃCZYNA GÓRNA Z KONTRASTEM	5		
35	TK RĘKI	5		
36	TK RĘKI Z KONTRASTEM	5		
37	TK SPLOT RAMIENNY BEZ KONTRASTU	5		
38	TK SPLOT RAMIENNY Z KONTRASTEM	5		
39	TK STAWU ŁOKCIOWEGO BEZ KONTRASTU	5		
40	TK STAWU ŁOKCIOWEGO Z KONTRASTEM	5		

41	TK STAWY NADGARSTKA BEZ KONTRASTU	5		
42	TK STAWY NADGARSTKA Z KONTRASTEM	5		
43	TK STAWU RAMIENNEGO BEZ KONTRASTU	5		
44	TK STAWU RAMIENNEGO Z KONTRASTEM	5		
45	TK GOLEŃ	5		
46	TK GOLEŃ Z KONTRASTEM	5		
47	TK KOŃCZYNA DOLNA BEZ KONTRASTU	5		
48	TK KOŃCZYNA DOLNA Z KONTRASTEM	5		
49	TK SPLOT BIODROWY BEZ KONTRASTU	5		
50	TK SPLOT BIODROWY Z KONTRASTEM	5		
51	TK STAW BIODROWY	10		
52	TK STAW BIODROWY Z KONTRASTEM	5		
53	TK STAW KOLANOWY	5		
54	TK STAW KOLANOWY Z KONTRASTEM	5		
55	TK STOPA BEZ KONTRASTU	5		
56	TK STOPA Z KONTRASTEM	5		
57	TK STAW SKOKOWY BEZ KONTRASTU	5		
58	TK STAW SKOKOWY Z KONTRASTEM	5		
59	TK UDO	2		
60	TK UDO Z KONTRASTEM	5		
61	TK KOLONOSKOPIA Z KONTRASTEM	5		
62	KOLONOSKOPIA WIRTUALNA	10		
63	TK ANGIOGRAFIA TT MÓZGOWYCH+GŁOWA	5		
64	TK ANGIOGRAFIA AORTY PIERSIOWEJ I BRZUSZNEJ	7		
65	TK ANGIOGRAFIA AORTY BRZUSZNEJ	5		
66	TK ANGIOGRAFIA AORTY PIERSIOWEJ	5		
67	TK ANGIOGRAFIA TT MÓZGOWYCH	262		
68	TK ANGIOGRAFIA JAMY BRZUSZNEJ	35		
69	TK ANGIOGRAFIA JAMY BRZUSZNEJ I MIEDNICY M	17		
70	TK ANGIOGRAFIA TĘTNIC KOŃCZYNY DOLNEJ	2		
71	TK ANGIOGRAFIA TĘTNIC KOŃCZYNY GÓRNEJ	2		
72	TK ANGIOGRAFIA KLATKI PIERSIOWEJ	237		
73	TK ANGIOGRAFIA MIEDNICY M	5		
74	TK ANGIOGRAFIA TĘTNIC NERKOWYCH	5		
75	TK ANGIOGRAFIA TĘTNIC SZYJNYCH	122		
76	MR GŁOWA BEZ KONTRASTU	765		
77	MR GŁOWA Z KONTRASTEM	917		
78	MR MÓZGU I PNIA MÓZGU BEZ KONTRASTU	5		
79	MR MÓZGU I PNIA MÓZGU Z KONTRASTEM	5		
80	MR TWARZOCZASZKA BEZ KONTRASTU	5		
81	MR TWARZOCZASZKA Z KONTRASTEM	5		
82	MR STAW SKRONIOWO-ŻUCHWOWY BEZ KONTRASTU	5		
83	MR STAWY SKRONIOWO-ŻUCHWOWE Z KONTRASTEM	5		
84	MR OCZODOŁY BEZ KONTRASTU	5		
85	MR OCZODOŁY Z KONTRASTEM	5		
86	MR SZYJA BEZ KONTRASTU	5		
87	MR SZYJA Z KONTRASTEM	5		

88	MR KLATKA PIERSIOWA Z KONTRASTEM	5		
89	MR KLATKA PIERSIOWA	5		
90	MR KRĘGOSŁUP SZYJNY	205		
91	MR KRĘGOSŁUP SZYJNY Z KONTRASTEM	42		
92	MR KRĘGOSŁUP PIERSIOWY	35		
93	MR KRĘGOSŁUP PIERSIOWY Z KONTRASTEM	50		
94	MR KRĘGOSŁUP ŁĘDZWIOWY	358		
95	MR KRĘGOSŁUP ŁĘDZWIOWY Z KONTRASTEM	72		
96	MR JAMA BRZUSZNA	5		
97	MR JAMA BRZUSZNA Z KONTRASTEM	65		
98	MR JAMA BRZUSZNA MRCP	172		
99	MR MIEDNICA MAŁA BEZ KONTRASTU	35		
100	MR MIEDNICA MAŁA ZKONTRASTEM	27		
101	MR STAWY MOSTKOWO-OBOJCZYKOWE BEZ KONTRASTU	5		
102	MR STAWY MOSTKOWO-OBOJCZYKOWE Z KONTRASTEM	5		
103	MR STAW RAMIENNY BEZ KONTRASTU	15		
104	MR STAW RAMIENNY Z KONTRASTEM	5		
105	MR STAW ŁOKCIOWY BEZ KONTRASTU	5		
106	MR STAW ŁOKCIOWY Z KONTRASTEM	5		
107	MR RĘKI BEZ KONTRASTU	5		
108	MR RĘKI Z KONTRASTEM	5		
109	MR STAWY NADGARSTKA BEZ KONTRASTU	5		
110	MR NADGARSTKA Z KONTRASTEM	5		
111	MR STAW BIODROWY BEZ KONTRASTU	5		
112	MR STAW BIODROWY Z KONTRASTEM	5		
113	MR STAW KOLANOWY BEZ KONTRASTU	5		
114	MR STAW KOLANOWY Z KONTRASTEM	5		
115	MR STOPA BEZ KONTRASTU	5		
116	MR STOPA Z KONTRASTEM	5		
117	MR STAW SKOKOWY BEZ KONTRASTU	5		
118	MR STAW SKOKOWY Z KONTRASTEM	5		
119	MR GOLENI BEZ KONTRASTU	5		
120	MR GOLENI Z KONTRASTEM	5		
121	MR UDO BEZ KONTRASTU	5		
122	MR UDA Z KONTRASTEM	5		
123	MR INNE OKOLICE	5		
124	MR INNE OKOLICE Z KONTRASTEM	5		
125	MR GŁOWA ANGIO	10		
126	MR ANGIO SZYJA	5		
127	TK 8 ANGAOBI TK angio aorty piersiowej +aorty brzusznej + tt biodrowych	17		
128	MR 5JBENT MR enterokliza	5		
			RAZEM	

Wartość brutto słownie:

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Miejsce, dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
miejsowość, 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