

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

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

- 1. Wykonywania badań i zabiegów w Pracowni Endoskopii dla potrzeb oddziałów szpitalnych i leczenia ambulatoryjnego**
- 2. Wykonywania badań i zabiegów w Pracowni Endoskopii dla potrzeb oddziałów szpitalnych i leczenia ambulatoryjnego oraz pełnienie funkcji Kierownika Pododdziału Endoskopii Zabiegowej.**
- 3. Wykonywanie konsultacji obejmujących kwalifikację pacjentów przed i po zabiegu endoskopii w Pracowni Endoskopii**

Rzeszów, dnia 18.05.2020 r.

.....  
(podpis Dyrektora)

## **I. Przedmiot zamówienia**

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

- 1. Wykonywania badań i zabiegów w Pracowni Endoskopii dla potrzeb oddziałów szpitalnych i leczenia ambulatoryjnego**
- 2. Wykonywania badań i zabiegów w Pracowni Endoskopii dla potrzeb oddziałów szpitalnych i leczenia ambulatoryjnego oraz pełnienie funkcji Kierownika Pododdziału Endoskopii Zabiegowej.**
- 3. Wykonywanie konsultacji obejmujących kwalifikację pacjentów przed i po zabiegu endoskopii w Pracowni Endoskopii**

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

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.06.2020 r.** do **31.05.2022 r.**

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

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Możliwe jest składanie ofert na każdy pakiet osobno.
3. Niemożliwe jest składanie ofert częściowych w ramach pakietu.
4. Miejscem wykonywania świadczeń będzie siedziba Udzielającego zamówienie.

## **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 cenowy ( Załącznik nr 2 )
    - wypełnione oświadczenie o zapoznaniu się i akceptacji treści ogłoszenia, warunków konkursu ofert oraz wzoru umowy (załącznik nr 3),
    - wypełnione oświadczenie o podstawie rozliczenia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych (załącznik nr 4)<sup>1</sup>

Pozostałe wymagane dokumenty zależne od przedmiotu zamówienia:

- 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) numer NIP,
- 8) numer 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.**

---

<sup>1</sup> Oferent określa podstawę rozliczania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie (faktura VAT/rachunek).

## **V. 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)**

## **VI. Sposób obliczania wartości złożonej oferty:**

1. 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

## **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 **21.05.2020 r.** do godz. **11:30**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

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

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dniu **21.05.2020 r.** o godz. **11:45** 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 **25.05.2020 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

**OFERTA KONKURSOWA**  
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych

.....  
(przedmiot oferty)

dla potrzeb .....

I. Dane o ofercie:

<b>Imię i nazwisko lub nazwa zakładu:</b>		
<b>Adres</b>	Kod pocztowy:	
	Miejscowość:	
	Ulica:	
	Nr domu/nr mieszkania:	
Telefon:		
e-mail:		
<b>Nr wpisu do rejestru:</b>		
<b>Organ dokonujący wpisu:</b>		
<b>NIP:</b>		
<b>REGON:</b>		
<b>Nazwa banku:</b>		
<b>Numer rachunku bankowego:</b>		

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

## FORMULARZ CENOWY

## 1. Wykonywanie badań i zabiegów w Pracowni Endoskopii dla potrzeb oddziałów szpitalnych i lecznictwa ambulatoryjnego

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1	Fiberosigmoidoskopia	34			
2	Przezskórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej [PEG]	38			
3	Fiberosigmoidoskopia z biopsją	32			
4	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	6			
5	Esophagogastroduodenoskopia [EGD]	980			
6	Esofagogastroduodenoskopia z biopsją	712			
7	Endoskopowe wycięcie polipów żołądka	166			
8	Fiberokolonoskopia	856			
9	Kolonoskopia z biopsją	186			
10	Endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego	610			
11	Endoskopowe nastrzykanie żyłaków przełyku	5			
12	Endoskopowe wycięcie polipa przełyku	10			
13	Podwiązanie hemoroidów (połączone z inną procedurą)	5			
14	Endoskopowe opanowanie krwawienia żołądek/dwunastnica	12			
15	Endoskopowe opanowanie krwotoku z jelita grubego	6			
16	Endoskopowa ablacja guza jelita grubego	30			
17	ECPW diagnostyczne	5			
18	ECPW zabiegowe	66			
19	ECPW z protezą samorozprężalną	5			
20	Opaskowanie żyłaków przełyku	5			
21	Endoskopowe wycięcie/zniszczenie zmian w dwunastnicy	8			

.....  
miejsowość, data.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

## FORMULARZ CENOWY

### 2. Wykonywanie badań i zabiegów w Pracowni Endoskopii dla potrzeb oddziałów szpitalnych i leczenia ambulatoryjnego oraz pełnienie funkcji Kierownika Pododdziału Endoskopii Zabiegowej

•

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1	Fiberosigmoidoskopia	34			
2	Przezskórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej [PEG]	38			
3	Fiberosigmoidoskopia z biopsją	32			
4	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	6			
5	Esophagogastroduodenoskopia [EGD]	980			
6	Esophagogastroduodenoskopia z biopsją	712			
7	Endoskopowe wycięcie polipów żołądka	166			
8	Fiberokolonoskopia	856			
9	Kolonoskopia z biopsją	186			
10	Endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego	610			
11	Endoskopowe nastrzykanie żyłaków przełyku	5			
12	Endoskopowe wycięcie polipa przełyku	10			
13	Podwiązanie hemoroidów (połączone z inną procedurą)	5			
14	Endoskopowe opanowanie krwawienia żołądek/dwunastnica	12			
15	Endoskopowe opanowanie krwotoku z jelita grubego	6			
16	Endoskopowa ablacja guza jelita grubego	30			
17	ECPW diagnostyczne	5			
18	ECPW zabiegowe	66			
19	ECPW z protezą samorozprężalną	5			
20	Opaskowanie żyłaków przełyku	5			
21	Endoskopowe wycięcie/zniszczenie zmian w dwunastnicy	8			

- pełnienie funkcji Kierownika Pododdziału Endoskopii Zabiegowej .....zł/ miesięcznie

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

## FORMULARZ CENOWY

**3. Wykonywanie konsultacji obejmujących kwalifikację pacjentów przed i po zabiegu endoskopii w Pracowni Endoskopii**

- cena brutto za wykonanie konsultacji obejmujących kwalifikację pacjentów przed i po zabiegu endoskopii wraz z oceną wycinka histopatologicznego

.....zł/ **jeden pacjent**



***Oświadczenie***

*Oświadczam, że zapoznałem(łam) się i akceptuję treść ogłoszenia, szczegółowe warunki konkursu ofert oraz wzór umowy.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

***Oświadczenie***

*Oświadczam, że podstawą rozliczenia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych będzie faktura VAT/rachunek\* wystawiona na koniec każdego miesiąca.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć składającego ofertę

\*niepotrzebne skreślić