

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

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

- 1. Badań RTG**
- 2. Badań TK**
- 3. Kontroli biologicznej autoklawów**
- 4. Badanie w kierunku gruźlicy**
- 5. Bronchoskopia**
- 6. Konsultacje torakochirurgiczne**

Rzeszów, dnia 13.08.2020 r.

.....
(podpis Dyrektora)

I. Przedmiot zamówienia

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

- 1. Badań RTG**
- 2. Badań TK**
- 3. Kontroli biologicznej autoklawów**
- 4. Badanie w kierunku gruźlicy**
- 5. Bronchoskopia**
- 6. Konsultacje torakochirurgiczne**

II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia

Umowy zostaną zawarte na okres od **01.09.2020 r.** do **31.08.2022 r.**

III. Warunki przystąpienia do konkursu

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Miejscem wykonywania świadczeń będzie siedziba Oferenta.
3. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każdy pakiet osobno.
4. Niemożliwe jest składanie ofert częściowych w ramach pakietu.
5. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy musi znajdować się na terenie miasta Rzeszowa.
- 6.

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.

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,

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 zleczonych usług będzie wynikać z rzeczywistych potrzeb Zamawiającego w tym zakresie.

- 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 **20.08.2020 r.** do godz. **12:00**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

VIII. Termin otwarcia złożonych ofert

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dniu **20.08.2020 r.** o godz. **12:15** 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 **24.08.2020 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

1 – 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 czaszki	10			
2.	RTG dłoni lub palców lub nadgarstka	10			
3.	RTG jamy brzusznej	10			
4.	RTG kości nosa	10			
5.	RTG kości udowej lub podudzia	10			
6.	RTG kręgosłupa piersiowego lub lędźwiowego (dwie projekcje)	10			
7.	RTG kręgosłupa piersiowego lub lędźwiowego (każda dodat. projekcja)	10			
8.	RTG kręgosłupa szyjnego (3 projekcje)	10			
9.	RTG kręgosłupa szyjnego lub przelyk bez kontrastu	10			
10.	RTG łuku jarzmowego	10			
11.	RTG miednicy lub stawy krzyżowo - biodrowe	10			
12.	RTG stawu biodrowego	10			
13.	RTG mostka lub stawów – mostkowo obojczykowych	10			
14.	RTG obojczyka lub łopatki lub staw barkowy	10			
15.	RTG oczodołów	10			
16.	RTG płuc lub żeber	10			
17.	RTG przedramienia	10			
18.	RTG ramienia lub stawu łokciowego	10			
19.	RTG rzepki				
20.	RTG spojenia łonowego lub kości ogonowej	10			
21.	RTG stawu kolanowego	10			
22.	RTG stawu skokowego lub kości piętowej	10			
23.	RTG stawu skroniowo - zuchwowego	10			
24.	RTG stopy	10			
25.	RTG zatok	10			
26.	RTG zębów (jedna projekcja)	10			
27.	RTG zęby zgryzowe	10			
28.	RTG zuchwy	10			
29.	CHCG	10			
30.	ECPW (zdjęcie RTG do badania ECPW)	10			
31.	Urografia dożylna	10			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

2 – Tomografia komputerowa

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	Głowa bez kontrastu	10			
2	Głowa z kontrastem	10			
3	Oczodoły bez kontrastu	10			
4	Oczodoły z kontrastem	10			
5	Oczodoły i głowa z kontrastem	10			
6	Uszy/piramidy bez kontrastu	10			
7	Uszy/piramidy z kontrastem	10			
8	Uszy/piramidy i głowa z kontrastem	10			
9	Głowa + tylny dół z kontrastem	10			
10	Przełądowe zatok bez kontrastu	10			
11	Szyi/krtani/twarzoczaszki z kontrastem (jedna okolica)	10			
12	Szyi/krtani/twarzoczaszki i głowy z kontrastem (jedna okolica + głowa)	10			
13	Jama brzuszna bez kontrastu	10			
14	Jama brzuszna z kontrastem doustnie, dożylnie	10			
15	Miednica z kontrastem doustnie, dożylnie, wlewka do odbytu	10			
16	Miednica bez kontrastu	10			
17	Jama brzuszna + miednica (ze wszystkim)	10			
18	Jama brzuszna + miednica bez kontrastu	10			
19	Klatka piersiowa/płuca/śródpiersie/HRCT bez kontrastu	10			
20	Klatka piersiowa/płuca/śródpiersie z kontrastem	10			
21	Klatka piersiowa HRCT z kontrastem	10			
22	Kręgosłup 3 przestrzenie bez kontrastu	10			
23	Kręgosłup z kontrastem	10			
24	Inne kości, stawy	10			
25	Kolana	10			
26	Kolonoskopia wirtualna	10			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

3 - Kontrola biologicznej autoklawów

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.	Kontrola biologiczna autoklawów i suszarek „Sporal A” i Sporal S”	10			
2.	Kontrola biologiczna autoklawów i sterylizatorów gazowych „TEST 3 M” lub inny test fiolkowy	28			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

4 - Badań w kierunku gruźlicy

Lp .	Nazwa badania	Planowan a ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na jedno badanie
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	Posiew w kierunku gruźlicy na podłożu L-J i Stonebrinka (w tym preparat)	5			
2.	Opracowanie preparatu w kierunku prątków gruźlicy	5			
3.	Preparat CITO w kierunku gruźlicy	4			
4.	Lekowrażliwość na 4 podstawowe leki p/prątkowe metodą tradycyjną	5			
5.	Lekowrażliwość rozszerzona + testy dla mykobakterii atypowych i opornych szczepów M. tuberculosis (metoda tradycyjna)	4			
6.	Lekowrażliwość w czułym systemie hodowlanym (4 podstawowe leki p/prątkowe)	2			
7.	Badanie genetyczne w kierunku M. tuberculosis complex w systemie Probe Tec (termin wykonania badania genetycznego „cito” należy wcześniej uzgadniać z laboratorium)	3			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

5- Bronchoskopia

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	Bronchoskopia	2			
2	Bronchoskopia z udrażnieniem światła oskrzeli (usunięcie ciała obcego)	2			
3	Konsultacja lekarza specjalisty	7			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

FORMULARZ CENOWY

6 – Konsultacje torakochirurgiczne

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	Konsultacje torakochirurgiczne	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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
miejsce, 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