

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

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

Badań diagnostycznych

Rzeszów, dnia 29.09.2022 r.

DYREKTOR
SP Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA
w Rzeszowie

Zbigniew Widomski
(podpis Dyrektora)

I. Przedmiot zamówienia

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

Badań diagnostycznych

II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia

Umowy zostaną zawarte na okres od **1.11.2022 r.** do **31.10.2025 r.**

III. Warunki przystąpienia do konkursu

1. Posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
2. Niemożliwe jest składanie ofert częściowych w ramach pakietu.
3. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy musi znajdować się na terenie miasta Krosno.
4. Miejscem pobrania materiału do badań wykonywania świadczeń będzie siedziba Oferenta.
5. Oferent posiada zarejestrowany punkt pobrania do badań analitycznych i wymazów mikrobiologicznych.
6. Laboratorium wykonujące badania analityczne i wymazy mikrobiologiczne zlokalizowane w odległości nie większej niż 100 km od miasta Krosno.

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,

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.

- 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 **07.10.2022 r.** do godz. **09:15.**
2. Oferty złożone po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

VIII. Termin otwarcia złożonych ofert

1. Komisja konkursowa dokona otwarcia kopert dniu **07.10.2022 r.** o godz. **09:30** 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 **14.10.2022 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 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

Badań diagnostycznych

Lp.	Nazwa badania	Planowana ilość badań	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto zł	Czas oczekiwania na jedno badanie
1.	2.	3.	4.	5.	6.
	albumina w surowicy	3			
	Alfa-fetoproteina (AFP)	6			
	ALAT	1410			
	ASPAT	996			
	amylaza w moczu	6			
	amylaza w surowicy	138			
	Anty-Mullerian hormon	3			
	ASO	36			
	badanie ogólne moczu	2454			
	bad. kału w kier. pasożytów	102			
	B-HCG	6			
	białko całkowite	12			
	białko C-reaktywne (CRP)	3972			
	białko Bence Jonesa	3			
	bilirubina bezpośrednia	3			
	bilirubina całkowita	288			

	Borelioza - p/ciała IgG	78			
	Borelioza - p/ciała IgM	78			
	Borelioza - p/ciała IgG met. Western-Blot	3			
	Borelioza - p/ciała IgM met. Western-Blot	3			
	Carbamazepina	3			
	CA 125	6			
	CA 15-3	6			
	CA 19-9	36			
	CEA	72			
	chlorki	6			
	cholesterol całkowity	3972			
	cholesterol-HDL	2514			
	cholesterol LDL wylicznany	2472			
	cholesterol LDL zmierzony	1194			
	CMV - wirus cytomegalii p/c IgG	3			
	CMV - wirus cytomegalii p/c IgM	3			
	czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	90			
	czas protrombinowy (INR)	324			
	Czynnik reumatoidalny (RF)	252			
	Czynnik reumatoidalny (RF IgM)	12			
	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	3			

	D-dimery	24			
	Diastaza	3			
	Estradiol	162			
	Elektroforeza	3			
	Ferrytyna	264			
	Fibrynogen	42			
	Folikulotropina (FSH)	168			
	Fastaza alkaliczna (ALP)	168			
	Fastaza kwaśna całk (ACP)	3			
	Fosfor	3			
	GGTP	246			
	GFR	3			
	glukoza	4050			
	Grupa krwi Rh	48			
	HBs antygen (WZW typu B)	36			
	HCV - p/c przeciw HCV (WZW typu C)	18			
	HBc - p/c przeciw HBc total (WZW typu B)	3			
	p/c przeciw HBs	3			
	Hemoglobina glikowana (HbA1c)	318			
	insulina	6			
	IgE całkowite	3			

	IgE swoiste - panel wziewny	3			
	IgE swoiste - panel pokarmowy	3			
	HIV - wirus HIV test potwierdzenia	36			
	p/ciała anty HIV	6			
	kał na cysty lamblii	48			
	karbamazepina	3			
	kinaza kreatynowa CPK	30			
	kortyzol	3			
	kreatynina	2532			
	kwas moczowy	2466			
	krw utajona w kale	42			
	kalprotektyna w kale	3			
	kwas foliowy	6			
	kwas walproinowy	3			
	Latex - IgE swoiste	3			
	lipaza	3			
	LH luteotropina	3			
	magnez	6			
	Mikroalbuminuria	3			
	mikroskopowy rozmaz krwi	306			
	mocznik	732			

	mocznik w moczu	3			
	morfologia krwi	4818			
	odczyn Biernackiego (OB)	432			
	Odczyn Waaler-Rose	3			
	Retikulocyty	12			
	Parathormon PTH	3			
	P/c ANA panel ENA	3			
	P/c antytyreoglobulinowe (ATG)	3			
	P/c przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO)	3			
	P/c odpornościowe - test przesiewowy	66			
	P/c przeciw wirusowi odry IgM i IgG	3			
	P/c przeciw cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi 3 (aCCP)	3			
	Panel alergenów wziewnych - 20 alergenów met. Polycheck	6			
	płytki krwi - liczba	12			
	posiew / wymaz	1356			
	posiew mykologiczny	30			
	potas	804			
	Progesteron	174			
	prolaktyna (PRL)	30			
	PSA całk.	1110			
	PSA wolny	3			

	Proteinogram	6			
	próba tymolowa	3			
	Rubella (różyczka) p/c IgG	18			
	Rubella (różyczka) p/c IgM	18			
	szybki test oceny skuteczności sterylizacji	12			
	sód	420			
	test kiłowy - przesiewowy (WR)	18			
	test Roma	144			
	Testosteron	30			
	Toxoplazma gondi - p/c IgG	24			
	Toxoplazma gondi - p/c IgM	18			
	triglicerydy (TG)	3162			
	Tyreotropina (TSH)	2958			
	TIBC	3			
	wapń całkowity (Ca)	114			
	Vit. B12	6			
	Vit. 25 D total	6			
	Vit. D3	3			
	FT3	396			
	FT4	786			
	WR test potwierdzenia	3			

	żelazo	1404			
			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