

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie
35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16
tel. 17 86-43-312

NIP 813-28-92-063, REGON 690028840 **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie, ul. Krakowska 16**

SZCZEGÓLWE WARUNKI KONKURSU OFERT
**UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH DLA POTRZEB SP ZOZ MSWiA
W RZESZOWIE**

w zakresie:

- 1. Wykonywanie tomografii komputerowej**
- 2. Wykonywanie rezonansu magnetycznego**

Rzeszów, dnia 17.01.2023 r.

DYREKTOR
SP Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA
w Rzeszowie
.....
Zbigniew (podpis Dyrektora)

I. Przedmiot zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych (umowa zlecenie, umowa kontraktowa) dla potrzeb SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie w zakresie:

- 1. Wykonywanie tomografii komputerowej**
- 2. Wykonywanie rezonansu magnetycznego**

II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia

Umowa zostanie zawarte na okres od **01.02.2023 r.** do **31.12.2024r.**

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. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych jest siedziba Oferenta.

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 (załącznik nr 1).
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 cenowy¹,
 - określenie warunków lokalowych, wyposażenie w aparaturę oraz sprzęt medyczny,
 - wypełnione oświadczenie o zapoznaniu się i akceptacji treści ogłoszenia, warunków konkursu ofert oraz wzoru umowy (załącznik nr 2),

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 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.

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

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:
- 5.

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW
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 **25.01.2023 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 **25.01.2023 r.** o godz. **12:30** 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 **26.01.2023 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 oferty

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:

.....

IV. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis składającego ofertę

XIII. Proponowany zakres świadczeń zdrowotnych i cena

1 - 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	20			
2	Głowa z kontrastem	20			
3	Oczodołów bez kontrastu	20			
4	Oczodołów z kontrastem	20			
5	Oczodołów i głowy z kontrastem	20			
6	Uszu/piramid bez kontrastu	20			
7	Uszu/piramid z kontrastem	20			
8	Uszu/piramid i głowy z kontrastem	20			
9	Głowy + tylny dół z kontrastem	20			
10	Przełądowe zatok bez kontrastu	20			
11	Szyi/krtani/twarzoczaszki z kontrastem	20			
12	Szyi/krtani/twarzoczaszki i głowy z kontrastem	20			
13	Jamy brzusznej bez kontrastu	20			
14	Jamy brzusznej z kontrastem doustnie, dożylnie	20			
15	Miednicy z kontrastem doustnie i dożylnie, wlewka do odbytu.	20			
16	Miednicy bez kontrastu	20			
17	Jamy brzusznej +miednicy (ze wszystkim)	20			
18	Jamy brzusznej +miednicy bez kontrastu	20			
19	Klatki piersiowej/płuc/śródpiersia/HRCT bez kontrastu	20			
20	Klatki piersiowej/płuc/śródpiersia z kontrastem	20			
21	Klatki piersiowej HRCT z kontrastem	20			
22	Kręgosłupa 3 przestrzenie bez kontrastu	20			
23	Kręgosłup z kontrastem	20			
24	Innych kości, stawów	20			
25	Kolana	20			
26	Kolonoskopia wirtualna	20			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

2 - Rezonans magnetyczny

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	MP głowy – podstawowe (bez kontrastu)	20			
2	MP głowy + przysadki mózgowej – podstawowe i z kontrastem + badanie dynamiczne	20			
3	MR twarzoczaszki (zatoki, ślinianki, gardło, jama ustna) – podstawowe	20			
4	MR stawów skroniowo – żuchwowych – podstawowe	20			
5	MR oczodołów – podstawowe	20			
6	MR szyi (gardło, krtań tarczycy) – podstawowe	20			
7	MR klatki piersiowej (ściana kłp, żebra, mostek, śródpiersie) – podstawowe	20			
8	MR kręgosłupa szyjnego – podstawowe	20			
9	MR kręgosłupa piersiowego – podstawowe	20			
10	MR kręgosłupa lędźwiowego – podstawowe	20			
11	MR jamy brzusznej – podstawowe	20			
12	Cholangio MR (MRCP)	20			
13	MR miednicy – podstawowe	20			
14	MR stawów mostkowo – obojczykowych – podstawowe	20			
15	MR barku – podstawowe	20			
16	MR łokcia – podstawowe	20			
17	MR ręki lub nadgarstka – podstawowe	20			
18	MR stawu biodrowego – podstawowe	20			
19	MR kolana – podstawowe	20			
20	MR stawu skokowego lub stopy – podstawowe	20			
21	MR badanie innej okolicy anatomicznej – podstawowe (np. udo, podudzie, ramię, przedramię)	20			
22	Angio MR naczyń mózgowych	20			
23	Angio MR naczyń szyjnych	20			
24	Angio MR naczyń obwodowych	20			
25	Angio MR naczyń klatki piersiowej	20			
26	Angio MR naczyń jamy brzusznej lub miednicy	20			
27	Podanie dożylnie środka kontrastowego (jako uzupełnienie badania podstawowego MR lub angio MR)	20			
			RAZEM		

Wartość brutto słownie:

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis składającego ofertę

Oświadczenie

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

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć składającego ofertę