

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT NA REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

I. UWAGI WSTĘPNE

1. Niniejsze szczegółowe warunki konkursów ofert na zawieranie umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w w/w zakresach zwane dalej "Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" określają:
 - założenia konkursu ofert
 - wymagania stawiane oferentom
 - tryb składania ofert
 - sposób przeprowadzania konkursu
 - tryb zgłaszania i rozpatrywania skarg oraz protestów związanych z tymi czynnościami.
2. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia swojej oferty, oferent winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w "Szczegółowych warunkach konkursu ofert".
3. Konkursy ofert prowadzone są na zasadach przewidzianych przez przepisy Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. Nr 112 z 2011 r. poz. 654) i dotyczy podmiotów wymienionych w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 z 2011 r. poz. 654) oraz zarządzenia Dyrektora SP ZOZ Jarosław nr 45/2011 z dnia 05.12.2011r. w sprawie przeprowadzenia konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie w/w.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych "Szczegółowych warunkach konkursów ofert" zastosowanie mają przepisy i postanowienia wskazane w pkt. 3.

II. DEFINICJE

Ilekrót w "Szczegółowych warunkach konkursów ofert" oraz w załącznikach do tego dokumentu jest mowa o:

- 1) **Oferencie** - to rozumie się przez to podmiot wykonujący działalność w rozumieniu art. 5 ust. 1 i 2 lit. a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 z 2011 r. poz. 654) w formie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- 2) **Zamawiającym/Udzielającym zamówienia** - rozumie się przez to Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu
- 3) **przedmiocie konkursu ofert** - rozumie się świadczenia zdrowotne w w/w zakresach
- 4) **formularzu ofertowym** - rozumie się przez to druk „OFERTA” przygotowany przez Zamawiającego, a wypełniony przez oferenta.
- 5) **świadczeniach zdrowotnych** – świadczeniach będących przedmiotem umowy zawieranej z przyjmującym zamówienie
- 6) **umowie** – wzorze umowy opracowanym przez Udzielającego zamówienia, stanowiącym załącznik do niniejszych warunków

III. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

CZEŚĆ II

Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu ofert w podziale na zadania:

Zadanie 1.

Rezonans Magnetyczny (NMR) – roczne zapotrzebowanie około 8 badań/rok:

- Rezonans Magnetyczny (NMR) mózgu/pnia - badanie podstawowe i z kontrastem,

Badanie zamawiane telefonicznie i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia.

Przyjmujący zamówienie określi miejsce i koszt świadczenia usługi oraz maksymalny czas realizacji świadczenia od momentu zgłoszenia. Koszt NMR obejmuje badanie i opis badania.

Zadanie 2.

Tomografia Komputerowa (TK) – roczne zapotrzebowanie około 40 badań/rok:

- Tomografia Komputerowa (TK) głowy - badanie podstawowe i z kontrastem,
- Tomografia Komputerowa (TK) szyi - badanie podstawowe i z kontrastem,
- Tomografia Komputerowa (TK) kręgosłupa (jednego odcinka anatomicznego) - badanie podstawowe i z kontrastem.

Badanie zamawiane telefonicznie i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia.

Przyjmujący zamówienie określi miejsce i koszt świadczenia usługi oraz maksymalny czas realizacji świadczenia od momentu zgłoszenia. Koszt TK obejmuje badanie i opis badania.

Zadanie 3

Bronchoskopia – ilość zamówionych badań uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

Badanie zamawiane telefonicznie i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia.

Przyjmujący zamówienie określi miejsce i koszt świadczenia usługi oraz maksymalny czas realizacji świadczenia od momentu zgłoszenia. Koszt Bronchoskopii obejmuje badanie i opis badania.

Zadanie 4.

Gastroskopia – ilość zamówionych badań uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

- Gastroskopia diagnostyczna z testem urazowym.

- Gastroskopia diagnostyczna z biopsją i badaniem histopatologicznym.

Badanie zamawiane telefonicznie i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia.

Przyjmujący zamówienie określi miejsce i koszt świadczenia usługi oraz maksymalny czas realizacji świadczenia od momentu zgłoszenia. Koszt Bronchoskopii obejmuje badanie i opis badania.

Zadanie 5.

Elektromiografia - ilość zamówionych badań uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia – około 134 badań.

Badanie zamawiane telefonicznie i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia.

Przyjmujący zamówienie określi miejsce i koszt świadczenia usługi oraz maksymalny czas realizacji świadczenia od momentu zgłoszenia.

Zadanie 6.

Próba męczliwości - ilość zamówionych badań uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

Badanie zamawiane telefonicznie i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia.

Przyjmujący zamówienie określi miejsce i koszt świadczenia usługi oraz maksymalny czas realizacji świadczenia od momentu zgłoszenia.

Zadanie 7.

Konsultacje specjalistyczne - ilość zamówionych konsultacji uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

- okulistyczne – około 50/rok

- laryngologiczne – około 22/rok

- chirurgiczne,
- ginekologiczne – około 6/rok
- pulmonologiczne, (spirometria, OT) – około 50/rok
- dermatologiczne – około 28/rok
- ortopedyczne – około 36/rok
- neurologiczne
- internistyczne
- z zakresu chorób zakaźnych.
- urologiczne – około 50/rok

Konsultacje zamawiane telefonicznie w dniach tygodnia zgodnie z obowiązującymi godzinami pracy i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie określi miejsce, czas i koszt świadczenia usługi.

Zadanie 8.

Zabiegi specjalistyczne - ilość zamówionych zabiegów uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

- stomatologiczne – w zakresie ekstrakcji i leczenia zębów, około 174/rok .
- anestezjologiczne – znieczulenie do zabiegu EW około 110/rok (wykonywane w siedzibie Udzielającego zamówienie)
- chirurgiczne – ambulatoryjne. Zabiegi zamawiane telefonicznie w dniach tygodnia zgodnie z obowiązującymi godzinami pracy i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie określi miejsce, czas i koszt świadczenia usługi.

Zadanie 9.

Diagnostyka laboratoryjna - ilość zamówionych badań uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

Zadanie 9.1

Oznaczenie grupy krwi

Grupa krwi układu ABO	30
Grup krwi z krewką	15
Odczyn Coombsa	15

Zadanie 9.2

Bakteriologia

posiew moczu (jałowy)	60
posiew moczu + antybiogram	60
wymazy (gardło, nos, rana, skóra, płocina)	*
wymazy (gardło, nos, rana, skóra) z antybiogramem	*
wymaz z odbytu - dorośli (ujemny bez identyfikacji)	*
wymaz z odbytu j. w. (dodatni lub ujemny z identyfikacją)	*
posiew krwi tlenowy - jałowy	*
posiew krwi tlenowy - antybiogram	*
posiew płynu m.-r - jałowy	*
posiew płynu m.-r z antybiogramem	*
szybki test w kierunku zakażeń płynu m.-r	*
badanie czystości biologicznej powierzchni - jałowe	*
badanie czystości j. w. Identyfikacja	*

badanie w kierunku gruźlicy- preparat bezpośredni	*
posiew w kierunku gruźlicy	*
posiew w kierunku gruźlicy -lekowrażliwość	*

W cenę badania wliczone będą pożywki i podłoża transportowe

Zadanie 9.3

Toksykologia - oznaczenie poziomu leków we krwi

karbamazepina	*
kwas walproinowy	54

Zadanie 9.4

Diagnostyka niedokrwistości

kwas foliowy	6
ferrytyna	*
witamina B12	18
transferyna	12

Zadanie 9.5

Diagnostyka chorób tarczycy

Tyreotropina TSH	1620
Wolne T3	696
Wolne T4	732
Przeciwciała przeciwarczycowe - anty TPO	12
Przeciwciała przeciwarczycowe - anty hTG	6
Tyreoglobulina - hTG	*

Zadanie 9.6

Hormony płciowe i metaboliczne

Prolaktyna PRL	162
Luteotropina – LH	18
Folikulotropina – FSH	24
Estradiol - E2 -	18
Progesteron – P	12
Testosteron –T	24
Kortyzol	18
Siarczan dehydroepiandrosteronu-S-DHEA	*
17 - OH - progesteron	*
Gonadotropina kosmówkowa HCG (ilościowo)	6
Hormon wzrostu – HGh	*
Ceruloplazmina	6
Miedź	6
Somatomedyna – (IGF-I)	*

Zadanie 9.7

Diagnostyka cukrzycy

Insulina	*
C-peptyd	6
Mikroalbuminuria	*

Hemoglobina glikolowa	132
-----------------------	-----

Zadanie 9.8

Markery nowotworowe

CEA - (antygen karcinoembrionalny)	48
CA - 125 (marker neo jajnika)	42
CA - 15 - 3 (marker neo sutka)	6
CA - 19 - 9(marker nowotworów przewodu pokarmowego)	12
PSA – specyficzny antygen prostaty	456
fPSA – wolny PSA	*
AFP	*

Zadanie 9.9

Immunologia i diagnostyka zakażeń

różyczka IgG (test ilościowy)	6
różyczka IgM (test ilościowy)	6
cytomegalia IgG (test ilościowy)	6
cytomegalia IgM (test ilościowy)	24
Borelia IgG	72
Borelia IgM	72
Toxoplazmoza IgG	54
Toxoplazmoza IgM	54
Chlamydia pneumonia IgA	*
Chlamydia pneumonia IgG	6
Chlamydia pneumonia IgM	6
Chlamydia trachomatis IgA	*
Chlamydia trachomatis IgG	*
Chlamydia trachomatis IgM	*
Anty-HIV 1/HIV 2+Ag p-24	60
potwierdzenie HIV + Western Blot	*
mononukleoz test	6
helicobacter pyroli - test	42
antygen HBs	168
antygen HBs - test potwierdzenia	*
przeciwciała anty – HBs	18
antygen HBe – (wzw typu B)	*
przeciwciała anty – HBc całkowite – (wzw typu B)	*
przeciwciała anty – HBc IgM – (wzw typu B)	*
przeciwciała anty – HBe – (wzw typu B)	*
przeciwciała anty – HCV – (wzw typu C)	66
przeciwciała anty – HAV – (wzw typu A)	*
przeciwciała anty – HAV IgM	*
VRDL	*
TPHA	*
FTA i FTA ABS	*
IgE całkowite	6

immunoglobulina A - IgA	*
immunoglobulina G - IgG	*
immunoglobulina M – IgM	*

Zadanie 9.10

Autoimmunologia

Anty CCP	12
Autoprzeciwciała – test przesiewowy	12
ANA I	6
ANA II	*

*** ilość badań uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia**

Odbiór próbek od Udzielającego zamówienie materiału do badania własnym środkiem transportu w chłodzonym pojemniku na koszt Przyjmującego zamówienie.

W Zadaniu 9.1 oznaczanie grupy krwi - możliwy transport Udzielającego zamówienie na terenie miasta Jarosławia, bez możliwości podglądu i wydruku wyników badań wykonanych i zarejestrowanych w czasie rzeczywistym drogą internetową.

Możliwość podglądu i wydruku wyników badań wykonanych i zarejestrowanych w czasie rzeczywistym drogą internetową.

Bezpłatne zaopatrzenie przez Przyjmującego zamówienie pożywek, podłoży transportowych do bakteriologii, oraz próbek transportowych do surowic i grup krwi.

Odbiór materiału do badania co najmniej 2 razy w tygodniu bez względu na wypadające święta i dni wolne.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość zlecenia badań innych niż w/w wymienione na podstawie aktualnego cennika Przyjmującego zamówienie.

Zadanie 10.

Wykonywanie badań laboratoryjnych w dni powszednie , wolne i święta w godzinach 22⁰⁰ - 7⁰⁰.

Ilość zamówionych badań uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

Wykonywanie badań na podstawie pisemnego skierowania wystawionego każdorazowo przez Udzielającego zamówienia i po dostarczeniu materiału do badania.. Do Oferty Przyjmujący zamówienie dołączy aktualny cennik badań.

Zadanie 11.

Wykonywanie i opis badań USG i USG Doppler - ilość zamówionych świadczeń uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia – około 206/rok

- USG jamy brzusznej, tarczycy, sutka, gruczołu krokowego itp.
- USG narządów rodnych, transwaginalne
- USG Doppler – Duplex z kolorowym obrazowaniem

Świadczenia wykonywane będą w siedzibie i na aparacie USG Przyjmującego zamówienie.

Przyjmujący zamówienie określi czas i koszt jednostkowy wykonanej usługi.

Zadanie 12.

Opis badań EEG - ilość zamówionych świadczeń uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia – około 426/rok

Przyjmujący zamówienie określi koszt jednostkowy wykonanej usługi oraz czas wykonania usługi.

Zadanie 13.

Badania profilaktyczne pracowników z zakresu medycyny pracy - ilość zamówionych badań uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

- badania pracowników działalności podstawowej, administracji i obsługi – 495 pracowników (mogą być przeprowadzane w siedzibie Udzielającego zamówienie). Udzielający zamówienia zapewnia wykonanie koniecznych badań diagnostycznych.

Badania wykonywane będą na podstawie pisemnego skierowania wystawionego każdorazowo przez Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie określi koszt jednostkowy badania.

Zadanie 14.

Transport sanitarny – ilość zamówionych usług uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

Zapotrzebowanie na transport:

- transport sanitarny zespół typu „P” - w skład której wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka lub ratownik medyczny; główną zasadą jest tu „load and go” (dosł. załaduj i jedź) – a więc jak najszybsze przetransportowanie chorego do najbliższego szpitala. Czas dojazdu Udzielającego zamówienie max. 20 minut.
- transport sanitarny z kierowcą i ratownikiem medycznym na terenie miasta i poza miastem

Usługi transportowe zamawiane telefonicznie i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia. Koszt transportu obejmuje czas transportu (naliczanie minutowe) oraz ilość przejechanych kilometrów.

Zadanie 15.

Udostępnienie sali sekcyjnej i wykonanie sekcji zwłok.

Przyjmujący zamówienie określi:

- koszt udostępnienia sali sekcyjnej,
- koszt wykonania sekcji zwłok.

Udostępnienie i wykonanie sekcji zamawiane telefonicznie w dniach tygodnia zgodnie z obowiązującymi godzinami pracy i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie określi miejsce, czas i koszt świadczenia usługi.

Zadanie 16.

Sterylizacja narzędzi.

Przyjmujący zamówienie określi koszt jednostkowy wysterylizowanego pakietu.

Zadanie 17.

Badanie czystości mikrobiologicznej powierzchni.

W przypadku dochodzenia epidemiologicznego i w innych uzasadnionych przypadkach na zlecenie Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie określi koszt jednego badania.

Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każdy z wyżej wymienionych Zadań. Na każde Zadanie należy złożyć oddzielny Formularz Ofertowy.

SZCZEGÓŁOWY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Zadanie nr 1- 8 i 11

Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych, które wykonywane będą w miejscu wyznaczonym przez Przyjmującego zamówienie. Udzielający zamówienia samodzielnie dowozi pacjenta na konsultację do miejsca wskazanego przez Przyjmującego zamówienie, Ilości świadczeń zdrowotnych uzależnione są od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo wyboru takiej ilości ofert, aby móc realizować wszystkie wymogi ilościowe, finansowe i jakościowe wykonywania świadczeń zdrowotnych, określone przez płatnika świadczeń tj. Narodowy Fundusz Zdrowia.

IV. WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERENTÓW.

1. Do konkursu mogą przystąpić oferenci:
Którzy są podmiotem wykonującym działalność leczniczą lub są osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem.
2. Oferent winien posiadać personel z uprawnieniami do wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych.
3. Minimalne warunki dotyczące przedmiotu zamówienia w zakresie lokalu i wyposażenia:
Oferent posiada odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt

medyczny, które pozwalają na realizację pełnego zakresu badań wymaganych przez Zamawiającego – dot. świadczeń medycznych wykonywanych u Oferenta.

4. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą na podstawie indywidualnych zleceń opieczętowanych pieczęcią nagłówkową Zamawiającego, wystawianych i podpisywanych przez lekarzy udzielających zamówienia z określeniem rodzaju świadczenia zdrowotnego, terminu wykonania w przypadku badań wykonywanych w trybie „na cito”.
5. Świadczenia zdrowotne zlecane będą przez Zamawiającego w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.
6. W przypadku występowania problemów z danym zakresem usługi lub wydłużającym się terminem ich wykonania Oferent powinien poinformować telefonicznie kierownika danej komórki organizacyjnej lub lekarza dyżurnego o wszelkich problemach z realizacją skierowania.
7. Oferent zapewni wykonywanie badań zgodnie z obowiązującymi normami w tym zakresie, z uwzględnieniem wymogów jakościowych i procedur systemowych. Należy przyjąć, iż badanie wymienione w cenniku ofertowym jest badaniem kompletnym, jeżeli zatem istnieje potrzeba jego powtórzenia cena ofertowa winna obejmować powtórzenie.
8. Zamawiający dopuszcza zmianę ceny wyłącznie w trybie uzgodnień między stronami w formie aneksu do umowy.
9. Termin płatności – rozliczenie miesięczne, do 30 dni od dnia otrzymania oryginału faktury i potwierdzenia przez Zamawiającego wykonania ilości i rodzaju badań ujętych w fakturze.
10. Oferent jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej, stosownie do przepisów obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej,
11. Oferent jest zobowiązany do wykonywania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z posiadaną wiedzą wymaganymi i umiejętnościami.
12. Zamawiający wymaga, aby przez cały okres realizacji umowy Oferent posiadał ważną polisę OC w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia. W sytuacji, gdy w trakcie obowiązywania umowy umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej wygaśnie, Oferent będzie zobowiązany zawrzeć nową umowę ubezpieczenia w takim terminie, aby zapewnić ciągłość wykonywania przedmiotowej umowy.
13. Umowy ubezpieczenia zawierane po dniu 31 stycznia 2012 r. winny pozostawać zgodne z art. 25 ustawy o działalności leczniczej. Z umowy ubezpieczeniowej lub polisy winno wynikać, że obejmują one także swoim zakresem usługi realizowane na rzecz innych podmiotów leczniczych przez Oferenta. W przypadku zmiany Rozporządzenia regulującego wysokość ubezpieczenia Oferent ma obowiązek doubezpieczyć się, zgodnie z aktualnymi przepisami.
14. Usługi stanowiące przedmiot niniejszej umowy mają charakter usług w zakresie opieki medycznej, służą profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia i jako takie podlegają zwolnieniu z podatku VAT zgodnie z art. 43 obowiązującej ustawy o podatku od towarów i usług.

V. KRYTERIA OCENY OFERT

Dokonując wyboru najkorzystniejszych ofert komisja konkursowa kieruje się kryteriami:

- **cena waga 70% (C)** wzór: maks. Ilość punktów dla kryterium wynosi: 70
cena minimalna wg ofert

$$\text{Wartość pkt. C} = \frac{\text{cena minimalna wg ofert}}{\text{cena ofert ocenianej}} \times \text{maks. ilość pkt.}$$

- **odległość od siedziby Udzielającego zamówienie waga 30% (O)** wzór maks. Ilość punktów dla kryterium wynosi: 30

odległość minimalna wg ofert

$$\text{Wartość pkt. O} = \frac{\text{odległość minimalna wg ofert}}{\text{odległość oferty ocenianej}} \times \text{maks. ilość pkt.}$$

Wybrana będzie oferta / oferty o najwyższej wartości punktowej. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo wyboru ofert w liczbie umożliwiającej realizację zapotrzebowania Zamawiającego na świadczenia będące przedmiotem konkursu.

VI. PODSTAWOWE ZASADY PRZEPROWADZENIA KONKURSU OFERT

1. Ofertę składa Oferent dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami lub uprawnieniami do

- wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym postępowaniem konkursowym.
2. Dokonując wyboru najkorzystniejszych ofert Udzielający zamówienia stosuje zasady określone w niniejszych "Szczegółowych warunkach konkursów ofert" oraz "Regulaminie pracy komisji konkursowej".
 3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu lub jego unieważnienia oraz do przesunięcia terminu składania ofert.
 4. O odwołaniu lub unieważnieniu konkursu ofert Udzielający zamówienia zawiadamia oferentów na stronie swojej internetowej.

VII. PRZYGOTOWANIE OFERTY

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w "Szczegółowych warunkach konkursów ofert" na formularzu udostępnionym przez Zamawiającego. Oferent składający ofertę na kilka zadań wypełnia na każde Zadanie właściwy Formularz Ofertowy.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta powinna zawierać wszelkie dokumenty i załączniki wymagane w "Szczegółowych warunkach konkursów ofert".
4. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
5. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim pod rygorem odrzucenia oferty, z wyłączeniem pojęć medycznych.
6. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje oferent lub osoba upoważniona na podstawie pełnomocnictwa złożonego w oryginale w formie pisemnej, poświadczonego przez notariusza.
7. Strony oferty oraz miejsca, w których naniesione zostały poprawki, podpisuje oferent lub osoba, o której mowa w pkt. 6. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego czytelnego zapisu poprawnego.
8. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Zamawiającego o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
9. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę z dopiskiem "Zmiana oferty" lub "Wycofanie oferty".
10. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem: "Konkurs – świadczenia zdrowotne".

VIII. INFORMACJA O DOKUMENTACH ZAŁĄCZANYCH PRZEZ OFERENTA

1. W celu uznania, że oferta spełnia wymagane warunki, oferent zobowiązany jest dołączyć do oferty wszystkie dokumenty wskazane w formularzu oferty.
2. Dokumenty, o których mowa w pkt. 1 niniejszego rozdziału oferent przedkłada w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej przez siebie za zgodność z oryginałem.
3. W celu sprawdzenia autentyczności przedłożonych dokumentów Zamawiający może zażądać od oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu, gdy kserokopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.

IX. OKRES ZWIĄZANIA UMOWĄ

Oferent składa ofertę na realizację zadań w zakresie objętym zamówieniem na okres **36 miesięcy**.

X. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Ofertę składa się w siedzibie SP ZOZ Jarosław, w sekretariacie w terminie do dnia **05.10.2012r. do godz. 12.00**
2. Do bezpośredniego kontaktowania się z Oferentami ze strony Zamawiającego uprawniony jest:
 - 1) Z-ca Dyrektora ds. leczenia – lek. med. Piotr Cisek – Przewodniczący Komisji **tel. 16 621 4611 wew. 320 (sekretariat)**.
 - 2) mgr Anna Polańska – Członek Komisji **tel. 16 621 4611 wew. 256**
 - 3) Krzysztof Jeżowski – Sekretarz Komisji **tel. 16 6214611 wew. 347**

XI. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent związany jest ofertą do 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

XII. KOMISJA KONKURSOWA

1. W celu przeprowadzenia konkursów ofert Udzielający zamówienia powołuje komisję konkursową.
2. Szczegółowe zasady pracy komisji konkursowej określa „Regulamin pracy Komisji konkursowej” obowiązujący na podstawie zarządzenia Dyrektora wskazanego w pkt. 3 UWAG WSTĘPNYCH
3. Członkiem komisji, a także przedstawicielem samorządu zawodowego nie może być osoba podlegająca wyłączeniu z udziału w komisji w przypadkach wskazanych w Regulaminie pracy komisji konkursowej:
4. W razie konieczności wyłączenia członka komisji konkursowej z przyczyn, o których mowa w pkt. 3, nowego członka komisji powołuje Zamawiający.
5. Zamawiający nie powołuje nowego członka komisji konkursowej w przypadku określonym w pkt. 3 o ile komisja konkursowa liczyć będzie, pomimo wyłączenia jej członka, co najmniej trzy osoby.
6. Zamawiający wskazuje nowego przewodniczącego, jeśli wyłączenie członka komisji konkursowej dotyczy osoby pełniącej tę funkcję.

XIII. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT ORAZ PRZEBIEG KONKURSU

1. **Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego w pok. nr 15 w dniu 05.10.2012r. o godz. 12:05**
2. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej.
3. **Rozstrzygnięcie konkursów** nastąpi w siedzibie Zamawiającego, **dnia 10.10.2012r. o godz. 10.00.** W przypadku, gdy Oferent nie przedstawi wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawierać będzie braki formalne Udzielający zamówienia wezwie Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
4. Szczegółowe zasady postępowania Komisji konkursowej określa Regulamin pracy komisji konkursowej

XIV. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU, WARUNKI ZAWARCIA UMOWY

1. Rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłasza się na stronie internetowej oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego, podając nazwę Oferentów,
2. Zamawiający pisemnie zawiadamia oferentów o wyniku konkursu.
3. Oferentom wybranym w wyniku postępowania konkursowego Zamawiający wskazuje termin i miejsce zawarcia i podpisania umowy.

XV. ŚRODKI ODWOŁAWCZE

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Zamawiającego
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

XVI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Dokumenty dotyczące postępowania konkursowego przechowywane są w siedzibie Zamawiającego

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 1

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: Rezonans magnetyczny

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....
.....

.....
.....
.....
.....

6. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Rezonans magnetyczny mózgu/pnia bez kontrastu	
2	Rezonans magnetyczny mózgu z kontrastem	

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na każde świadczenie.

7. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

8. Czas realizacji świadczenia

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 2

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: tomografia komputerowa

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....
.....

.....
.....
.....
.....

6. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Tomografia komputerowa głowy	
2	Tomografia komputerowa głowy z kontrastem	
	Tomografia komputerowa szyi	
	Tomografia komputerowa szyi z kontrastem	
3	Tomografia komputerowa kręgosłupa (jeden odcinek anatomiczny)	
4	Tomografia komputerowa kręgosłupa (jeden odcinek anatomiczny) z kontrastem	

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na każde świadczenie.

7. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

8. Czas realizacji świadczenia

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 3

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul., nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: Bronchoskopia

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....
.....

.....
.....
.....
.....

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Bronchoskopia	

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 4

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: Gastroskopia

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....
.....

.....
.....
.....
.....

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Gastroskopia diagnostyczna z testem urazowym	
2	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją i badaniem histopatologicznym	

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 5

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: Elektromiografia

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....
.....

.....
.....
.....
.....

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Elektromiografia	

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY
Zadanie nr 6

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: próba męczliwości

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....
.....

.....
.....
.....
.....

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	próba męczyliwości	

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	okulistyczne,	
2	laryngologiczne,	
3	chirurgiczne,	
4	ginekologiczne,	
5	pulmonologiczne, (spirometria, OT)	
6	dermatologiczne,	
7	ortopedyczne,	
8	neurologiczne	
9	internistyczne,	
10	z zakresu chorób zakaźnych.	
11	urologiczne	

Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każde świadczenie.

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 8

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: zabiegi specjalistyczne

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....
.....

.....
.....
.....
.....

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	stomatologiczne (ekstrakcja i leczenie zębów)	
2	anestezjologiczne – znieczulenie do zabiegów EW (wykonywane w siedzibie Zamawiającego)	
3	chirurgiczne - ambulatoryjne	

Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każde świadczenie.

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY
Zadanie nr 9 (badania laboratoryjne)

1. Dane o Oferencie:A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....

.....

.....

.....

2. Adres Oferenta

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

	Nazwa badania	Przewidywana liczba badań Okres 36 mc.	Cena jednostkowa brutto
	Zadanie 9.1		
	Oznaczenie grupy krwi		
1	Grupa krwi układu ABO	30	
2	Grup krwi z krewką	15	
3	Odczyn Coombsa	15	
	Zadanie 9.2		
	Bakteriologia		
1	posiew moczu (jałowy)	60	
2	posiew moczu + antybiogram	60	
3	wymazy (gardło, nos, rana, skóra, płocina)	*	
4	wymazy (gardło, nos, rana, skóra) z antybiogramem	*	
5	wymaz z odbytu - dorośli (ujemny bez identyfikacji)	*	
6	wymaz z odbytu j. w. (dodatni lub ujemny z identyfikacją)	*	
7	posiew krwi tlenowy - jałowy	*	
8	posiew krwi tlenowy - antybiogram	*	
9	posiew płynu m.-r - jałowy	*	
10	posiew płynu m.-r z antybiogramem	*	
11	szybki test w kierunku zakażeń płynu m.-r	*	
12	badanie czystości biologicznej powierzchni - jałowe	*	

13	badanie czystości j. w. Identyfikacja	*	
14	badanie w kierunku gruźlicy- preparat bezpośredni	*	
15	posiew w kierunku gruźlicy	*	
16	posiew w kierunku gruźlicy -lekowrażliwość	*	
W cenę badania wliczone będą pożywki i podłoża transportowe			
Zadanie 9.3			
Toksykologia - oznaczenie poziomu leków we krwi			
1	karbamazepina	*	
2	kwask walproinowy	54	
Zadanie 9.4			
Diagnostyka niedokrwistości			
1	kwask foliowy	6	
2	ferrytyna	*	
3	witamina B12	18	
4	transferyna	12	
Zadanie 9.5			
Diagnostyka chorób tarczycy			
1	Tyreotropina TSH	1620	
2	Wolne T3	696	
3	Wolne T4	732	
4	Przeciwciała przeciwarczycowe - anty TPO	12	
5	Przeciwciała przeciwarczycowe - anty hTG	6	
6	Tyreoglobulina - hTG	*	
Zadanie 9.6			
Hormony płciowe i metaboliczne			
1	Prolaktyna PRL	162	
2	Luteotropina – LH	18	
3	Folikulotropina – FSH	24	
4	Estradiol - E2 -	18	
5	Progesteron – P	12	
6	Testosteron –T	24	
7	Kortyzol	18	
8	Siarczan dehydroepiandrosteronu-S-DHEA	*	
9	17 - OH - progesteron	*	
10	Gonadotropina kosmówkowa HCG (ilościowo)	6	
11	Hormon wzrostu – GH	*	
12	Ceruloplazmina	6	
13	Miedź	6	
14	Somatomedyna – (IGF-I)	*	
Zadanie 9.7			
Diagnostyka cukrzycy			
1	Insulina	*	
2	C-peptyd	6	

3	Mikroalbuminuria	*	
4	Hemoglobina glikolowa	132	
Zadanie 9.8			
Markery nowotworowe			
1	CEA - (antygen karcinoembrionalny)	48	
2	CA - 125 (marker neo jajnika)	42	
3	CA - 15 - 3 (marker neo sutka)	6	
4	CA - 19 - 9(marker nowotworów przewodu pokarmowego)	12	
5	PSA – specyficzny antygen prostaty	456	
6	fPSA – wolny PSA	*	
7	AFP	*	
Zadanie 9.9			
Immunologia i diagnostyka zakażeń			
1	różyczka IgG (test ilościowy)	6	
2	różyczka IgM (test ilościowy)	6	
3	cytomegalia IgG (test ilościowy)	6	
4	cytomegalia IgM (test ilościowy)	24	
5	Borelia IgG	72	
6	Borelia IgM	72	
7	Toxoplazmoza IgG	54	
8	Toxoplazmoza IgM	54	
9	Chlamydia pneumonia IgA	*	
10	Chlamydia pneumonia IgG	6	
11	Chlamydia pneumonia IgM	6	
12	Chlamydia trachomatis IgA	*	
13	Chlamydia trachomatis IgG	*	
14	Chlamydia trachomatis IgM	*	
15	Anty-HIV 1/HIV 2+Ag p-24	60	
16	potwierdzenie HIV + Western Blot	*	
17	mononukleoz test	6	
18	helicobacter pyroli - test	42	
19	antygen HBs	168	
20	antygen HBs - test potwierdzenia	*	
21	przeciwciała anty – HBs	18	
22	antygen HBe – (wzw typu B)	*	
23	przeciwciała anty – HBc całkowite – (wzw typu B)	*	
24	przeciwciała anty – HBc IgM – (wzw typu B)	*	
25	przeciwciała anty – HBe – (wzw typu B)	*	
26	przeciwciała anty – HCV – (wzw typu C)	66	
27	przeciwciała anty – HAV – (wzw typu A)	*	
28	przeciwciała anty – HAV IgM	*	
29	VRDL	*	
30	TPHA	*	
31	FTA i FTA ABS	*	

32	IgE całkowite	6	
33	immunoglobulina A - IgA	*	
34	immunoglobulina G - IgG	*	
35	immunoglobulina M – IgM	*	
Zadanie 9.10			
Autoimmunologia			
1	Anty CCP	12	
2	Autoprzeciwiała – test przesiewowy	12	
3	ANA I	6	
4	ANA II	*	

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 10

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul., nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: wykonywanie badań laboratoryjnych w dni powszednie, wolne i święta w godzinach 22⁰⁰ - 7⁰⁰.

4. Proponowana kwota należności – Oferent dołączy do oferty aktualny cennik badań.

5. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 11

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: wykonywanie i opis badań USG i USG Doppler

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....
.....

.....
.....
.....
.....

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	USG jamy brzusznej, tarczycy, sutka, gruczołu krokowego itp.	
2	USG narządów rodnych, transwaginalne	
3	USG Doppler – Duplex z kolorowym obrazowaniem	

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na każde świadczenie.

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 12

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: opis badania EEG

4. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	opis badania EEG	

5. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

6. Czas realizacji świadczenia

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 13

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: badanie profilaktyczne pracowników z zakresu medycyny pracy.

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	badania pracowników działalności podstawowej, administracji i obsługi (mogą być przeprowadzane w siedzibie Udzielającego zamówienie). Udzielający zamówienia zapewnia wykonanie koniecznych badań diagnostycznych.	

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 14

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: transport sanitarny

4. Wykaz taboru sanitarnego do przewożenia chorych, w tym samochodów przystosowanych do transportu chorego w pozycji leżącej:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Typ Karetki	Koszt brutto przejazdu 1 km.	Koszt brutto 1 godziny wynajmu
1	transport sanitarny dla pacjentów szpitala w sytuacji zagrożenia życia na terenie miasta Jarosław – karetka typu „P”		
2	transport sanitarny z ratownikiem medycznym na terenie miasta i poza miastem		

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na każde świadczenie.

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY
Zadanie nr 15

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul., nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: udostępnianie sali sekcyjnej i wykonanie sekcji zwłok.

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

4. Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny.

.....
.....

.....
.....
.....
.....

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Wykonanie sekcji zwłok	
2	Udostępnienie sali sekcyjnej	

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na każde świadczenie.

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY
Zadanie nr 16

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul., nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: Sterylizacja narzędzi

4. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Sterylizacja 1 szt. pojedynczego pakietu w rękawie papierowo-foliowym w sterylizacji parowej	

5. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 17

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: Badanie czystości mikrobiologicznej powierzchni.

4. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Badanie czystości mikrobiologicznej powierzchni – jałowe	
2	Badanie czystości mikrobiologicznej powierzchni – z identyfikacją	

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na każde świadczenie.

5. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

.....
Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
 1. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
 2. Oświadczam, że zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
 3. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres dni od daty składania ofert.
 4. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w w/w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
 5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
 6. Oświadczam, że warunki lokalowe w których wykonuje się usługi będące przedmiotem zamówienia spełniają wymagania pod względem fachowym i sanitarnym określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22 czerwca 2005r. (Dz. U. 116 poz. 985 z późn. zmianami).

..... dnia

.....
podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

WZÓR
UMOWA nr 2012

zawarta w Jarosławiu w dniu roku pomiędzy:
Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej im. prof. Antoniego
Kępińskiego, ul. Kościuszki 18, 37-500 Jarosław
zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym w Rzeszowie XII Wydział Gospodarczy Krajowego
Rejestru Sądowego Nr 0000004196, posiadającym NIP: 792-18-05-587, REGON:000296638
reprezentowanym przez:
Dyrektora – mgr Tadeusza Padykulę,
zwanym w dalszej części niniejszej umowy Udzielającym zamówienia
a z
siedzibą w
.....
zarejestrowanym w
.....
posiadającym NIP: , REGON:.....
zwanym w dalszej części niniejszej umowy Przyjmującym zamówienie
reprezentowanym przez:
.....
o następującej treści:

§ 1

Przyjmujący zamówienie został wybrany w wyniku konkursu ofert na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez podmioty określone w art. 26, 27 i 28 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 z 2011 r. poz. 654) dla pacjentom SP ZOZ Jarosław.

§ 2

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych:
.....
.....
.....
2. Ilości zamówionych usług (świadczeń zdrowotnych) będą uzależnione od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia i będą określane raz na kwartał.
3. Świadczenia wykonywane będą w siedzibie Przyjmującego zamówienie/siedzibie Udzielającego Zamówienie.
4. Świadczeń zdrowotnych umawiane będą telefonicznie w dniach tygodnia zgodnie z obowiązującymi godzinami pracy.
5. Udzielający zamówienia samodzielnie dowozi pacjenta do miejsca wskazanego przez Przyjmującego zamówienie.
6. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą na podstawie pisemnego skierowania wystawionego przez Udzielającego zamówienia na obowiązujących drukach.

§3

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania powierzonych czynności z należytą starannością i zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
2. Przyjmujący zamówienie jest uprawniony do wykonywania tego rodzaju badań oraz spełnia wszystkie niezbędne wymogi zarówno kadrowe jak i sprzętowe wynikające z obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie.

§4

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że pomieszczenia, w których udzielane będą świadczenia zdrowotne, spełniają wszelkie wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r., w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 213, poz. 1568).

§5

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie świadczonych usług określonych umową.

§6

1. Podstawę zapłaty należności stanowi faktura VAT wystawiona przez Przyjmującego zamówienie po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego, wraz z wykazem pacjentów objętych badaniem, zawierającym imię, nazwisko, numer PESEL, a także nazwę oddziału/poradni, z którego/j skierowano pacjenta i nazwisko lekarza kierującego.
2. Udzielający zamówienia będzie regulował należność Przyjmującemu zamówienie w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania faktury, przelewem na rachunek bankowy Przyjmującego zamówienie wskazany w fakturze.
3. Terminem zapłaty jest dzień uznania rachunku bankowego Przyjmującego zamówienia.
4. Po upływie terminu płatności Przyjmujący zamówienie obciąża Udzielającego zamówienia odsetkami ustawowymi.

§7

1. Za wykonane badania wymienione w §1 Udzielający zamówienia będzie płacił Przyjmującemu zamówienie wg cen określonych w załączniku stanowiącym integralną część umowy.
Podane ceny są cenami brutto i mogą być zmienione w czasie trwania umowy wyłącznie za zgodą stron wyrażoną na piśmie.

§8

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przepisów sanitarnych i z tego tytułu ponosić będzie pełną odpowiedzialność przed służbami sanitarno-epidemiologicznymi.
2. Przyjmujący zamówienie posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie przedmiotu umowy zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (Dz. U. Nr 283, poz. 2825).
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymywania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy.
4. W przypadku nie udokumentowania, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy przez Przyjmującego zamówienie, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej umowa ulega rozwiązaniu bez wypowiedzenia.

§9

Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność jedynie za uprzednio

udowodnione mu szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń w zakresie objętym umową, o ile do nich powstania nie przyczynił się Udzielający zamówienia. W takim przypadku Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność w takim stopniu, w jakim przyczynił się do wyrządzenia szkody lub solidarnie.

§10

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje poddać się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego zamówienia w zakresie prawidłowej realizacji umowy.

§11

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania tajemnicy informacji organizacyjnych oraz wszelkich innych ustaleń dotyczących Udzielającego zamówienia nie podanych do wiadomości publicznej.
2. W przypadku udowodnionego naruszenia postanowień ust. 1 niniejszego paragrafu umowy Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym oraz wystąpić o odszkodowanie na zasadach określonych w kodeksie cywilnym.

§12

1. Umowa obowiązuje od dnia do dnia
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze Stron za uprzednim 3 miesięcznym wypowiedzeniem.
3. Umowę można rozwiązać ze skutkiem natychmiastowym jeżeli:
 - 1) Przyjmujący zamówienie dwukrotnie wykona zlecone badania diagnostyczne z nienależytą zawodową starannością lub niezgodnie z obowiązującymi przepisami, lub w sposób stanowiący zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjentów i zostanie mu to udowodnione;
 - 2) Przyjmujący zamówienie zmieni wskazane w ofercie miejsce wykonywania badań diagnostycznych, bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienia;
 - 3) Przyjmujący zamówienie utraci uprawnienia konieczne do wykonywania badań objętych niniejszą umową.
4. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze Stron w każdym czasie, gdy zaistnieją okoliczności uniemożliwiające dalsze trwanie umowy, których nie można było przewidzieć w chwili jej zawarcia.
5. Za 14 dniowym wypowiedzeniem każda ze Stron może rozwiązać umowę, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy, a także gdy poprzez niewykonywanie lub nienależyte wykonywanie umowy naraża zdrowie lub życie pacjentów.

§13

1. Wszelkie zmiany w treści niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Nieważna jest zmiana postanowień umowy oraz wprowadzanie nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego zamówienie, chyba, że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

§14

Bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienia Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osobę trzecią.

§15

W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie m.in. przepisy ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej sfinansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164 z 2008 r. poz. 1027 z późn. zm.), ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 z 2011 r. poz. 654).

§16

Ewentualne spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą w drodze wspólnych uzgodnień, a w przypadku nie osiągnięcia porozumienia, sprawy sporne będą rozstrzygane przez właściwy Sąd powszechny.

§17

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

PRZYJMĄCY ZAMÓWIENIE