

**POWIATOWY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W RYDUŁTOWACH I WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM
Z SIEDZIBĄ W WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM**

ul. 26 Marca 51
44-300 Wodzisław Śl.
Tel. 032 4591 800
NIP: 647-18-39-389
Regon: 000312455

**Szczegółowe warunki konkursu ofert
na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
w zakresie badań histopatologicznych,
histopatologicznych śródoperacyjnych,
immunohistopatologicznych, cytologicznych
ginekologicznych i cytologicznych
dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Rydułtówach i Wodzisławiu Śląskim
z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim**

Zatwierdził

Dyrektor
Dorota Kowalska

**Konkurs ofert na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej
dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śl.
ogłoszony na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.
o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 roku poz. 618 z późn. zm)
w związku z art. 140 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.)**

PRZEDMIOT KONKURSU:

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie badań:

- histopatologicznych
- histopatologicznych śródoperacyjnych,
- immunohistopatologicznych
- cytologicznych ginekologicznych
- cytologicznych

na potrzeby pacjentów Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, w którego strukturze funkcjonują: Szpital w Rydułtowach przy ul. Plebiscytowej 47, Szpital w Wodzisławiu Śl. przy ul. 26 Marca 51 oraz Zespoły Poradni Specjalistycznych w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim.

2. W cenie badania zawiera się:

- a. dostarczanie pojemników jednorazowych na materiał tkankowy o zróżnicowanej wielkości dostosowanej do rodzaju materiału w ilościach zgodnych z potrzebami,
- b. koszt transportu materiału oraz dostarczenia wyników badań;
- c. materiały i wyroby medyczne wymagane do wykonywania badań histopatologicznych dopuszczone do obrotu i spełniające wymagania wynikające z przepisów szczególnych oraz obowiązujących standardów;

3. Udzielający Zamówienie wymaga, aby świadczenia opieki zdrowotnej w dziedzinie badań histopatologicznych były:

- wykonywane przez lekarza specjalistę patomorfologa,
- udzielane z zachowaniem standardów wynikających z obowiązujących przepisów prawa i zaleceń Polskiego Towarzystwa Patologów,
- z uwzględnieniem wymogów związanych z transportem materiału badawczego, jego oznaczaniem, przechowywaniem i zasadami postępowania z odpadami medycznymi,
- autoryzowane zgodnie z wymogami prawnymi i standardami postępowania w zakresie patomorfologii,

4. Wyniki wykonanych badań dostarczane będą do **10 dni roboczych od daty odbioru odebrania materiału badawczego. Zapis ten nie dotyczy badań wykonywanych w trybie CITO.**

5. Wyniki badań w trybie CITO dostarczane będą w terminie **do 5 dni.**

6. Wyniki badań śródoperacyjnych będą dostarczane niezwłocznie w dniu przekazania materiału do badania drogą telefoniczną, mailową, bądź za pomocą faxu – bezpośrednio do oddziału zlecającego badanie.

Okres realizacji umowy: od 01.01.2017r. do 31.12.2018r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie **Oferent zapewnia:**

1. sprzęt i aparaturę medyczną,
2. obsługę przeszkolonego i wykwalifikowanego personelu,
3. wykonywanie badań całodobowo,
4. badania w trybie „CITO”.

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZYGOTOWANIA OFERT:

1. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić pod rygorem nieważności w języku polskim z możliwością wyłączenia pojęć medycznych.
2. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje(-ą) osoba(y) uprawniona(e) do reprezentacji lub posiadająca pełnomocnictwo, które należy dołączyć do oferty.
3. Strony oferty oraz miejsca, w których Oferent naniósł poprawki, podpisuje(ą) osoba(y), która(-e) podpisała(-y) ofertę. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego zapisu poprawnego.
4. Oferta nie powinna zawierać żadnych dopisków między wierszami, fragmentów wymazanych ani napisanych poza niezbędnymi do poprawy.
5. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
6. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Udzielającego zamówienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak, niż przed upływem terminu składania ofert.
7. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę zgodnie z postanowieniami punktu - Zasady składania ofert z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”.

ZASADY SKŁADANIA OFERT:

1. Dokumenty konkursowe należy złożyć w zamkniętej kopercie w sekretariacie Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl. **do dnia 18.10.2016r. do godz. 12:00** opatrzone napisem: **„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie badań histopatologicznych, histopatologicznych śródoperacyjnych, immunohistopatologicznych, cytologicznych ginekologicznych i cytologicznych”**.
Otwarcie ofert nastąpi **dnia 18.10.2016r. o godzinie 12:15** w siedzibie Dyrekcji Zakładu.
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed ustalonym terminem składania ofert, Udzielający zamówienie może zmienić lub zmodyfikować treść wymagań dotyczących składania ofert.
4. O każdej zmianie lub modyfikacji Udzielający zamówienie zawiadamia niezwłocznie uczestników konkursu na swojej stronie internetowej oraz tablicy ogłoszeń.

5. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, Udzielający zamówienie może przedłużyć termin składania ofert.
6. Wszelka korespondencja (w tym zapytania) do Udzielającego zamówienie powinna być kierowana przez Oferentów pisemnie na adres: Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śl., ul. 26 Marca 51; 44-300, Wodzisław Śl., telefonicznie pod nr: 324591829, fax. 324591777 lub drogą mailową na adres: lswierczek@zoz.wodzislaw.pl

ZAWARTOŚĆ OFERT:

Dla uznania ważności oferta musi zawierać następujące dokumenty w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez upoważnioną osobę do reprezentowania Oferenta:

- 1) Oferta -Załącznik Nr 1,
- 2) Oferta cenowa – Załącznik Nr 2,
- 3) Oświadczenie - Załącznik Nr 3,
- 4) Wzór umowy — Załącznik Nr 4 (parafowany na każdej stronie),
- 5) Wykaz personelu wykonującego badania - Załącznik Nr 5,
- 6) Aktualny odpis z właściwego rejestru lub aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej¹,
- 7) Polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności w wysokości nie niższej, niż wynikająca z rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (*Dz. U. Nr 293, poz. 1729*).

Oferta wraz z załącznikami powinna być podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania Oferenta. W przypadku podpisania oferty przez pełnomocnika należy załączyć ważne pełnomocnictwo.

Brak wyżej wymienionych dokumentów lub złożenie dokumentu w niewłaściwej formie (niepoświadczony za zgodność z oryginałem) skutkować będzie wezwaniem do uzupełnienia braków pod rygorem odrzucenia oferty.

¹ Jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej.

KRYTERIA WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Udzielający zamówienie będzie oceniał oferty według następujących kryteriów oceny:

CENA: 100%

Cena będzie obliczana według następującego wzoru:

$$\text{cena} = \frac{\text{najniższa cena oferowana brutto}}{\text{cena oferty badanej brutto}} \times 100\% \times 100$$

Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo do przesunięcia terminu składania ofert, odwołania lub unieważnienia konkursu na podstawie art. 150 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2015r. poz. 581 z późn. zm), a także do negocjacji cen i wyboru większej ilości ofert celem realizacji całości zamówienia oraz dla zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

ŚRODKI ODWOŁAWCZE

Oferentowi przysługuje prawo składania protestów i odwołań dotyczących konkursu zgodnie z zasadami określonymi w art. 152, 153 oraz 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2015r. poz. 581 z późn. zm.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 roku, poz. 618).

POWIADOMIENIE O WYNIKACH

O rozstrzygnięciu konkursu Udzielający zamówienie poinformuje Oferentów na stronie internetowej oraz tablicy ogłoszeń.

OFERTA

Dane Oferenta:

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu

Nr faksu.....

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru

Numer NIP

Numer REGON

Dane dotyczące Zleceniodawcy:

**Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim.
z siedzibą w Wodzisławiu Śl.**

ul. 26 Marca 51, 44-300 Wodzisław Śl.

Regon: 000312455, NIP: 647-18-39-389

tel. (032) 4591800, fax. (032) 4591777

Zobowiązania Oferenta

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i treścią dokumentacji konkursowej, akceptuję warunki w niej zawarte oraz dysponuję właściwymi kwalifikacjami zawodowymi do wykonania przedmiotowych badań/świadczeń.

**Oferuję realizację świadczeń zgodnie z ofertą cenową
stanowiącą załącznik nr 2 do niniejszej oferty.**

(imię i nazwisko)
podpis osoby upoważnionej

OFERTA CENOWA

Lp.	Nazwa badania	Szacunkowa ilość badań rocznie ²	Cena jednostkowa oznaczenia brutto w PLN	Wartość roczna brutto w PLN
1.	Badania histopatologiczne	5 500		
2.	Badania histopatologiczne śródoperacyjne	180		
3.	Badania immunohistopatologiczne	220		
4.	Badania cytologiczne ginekologiczne	210		
5.	Badania cytologiczne	80		

Przyjmujący Zamówienie

(imię i nazwisko)
 podpis osoby upoważnionej

² Ilość podanych świadczeń ma jedynie charakter szacunkowy i może ulec zmianie w zależności od rzeczywistych potrzeb Udzielającego Zamówienie.

OŚWIADCZENIE

Składając ofertę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i w Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim

oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
- 2) Zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- 3) Zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi Zamówienia.
- 4) Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania określonych prac lub czynności, jeżeli uregulowania prawne nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
- 5) Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania danego Zamówienia.
- 6) Dysponuję właściwymi warunkami lokalowymi, aparaturą i sprzętem medycznym, a także środkami łączności gwarantującymi prawidłowe wykonanie badań.
- 7) W ramach przeprowadzonych badań nie będę wykonywał badań dodatkowych bez wcześniejszego poinformowania Udzielającego zamówienie o konieczności ich wykonania oraz zgody Udzielającego zamówienie.
- 8) Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy o świadczenie usług medycznych i zobowiązuję się do jej zawarcia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie.
- 9) Nie zalegam z opłacaniem zobowiązań publicznoprawnych we właściwym urzędzie skarbowym oraz składek na ubezpieczenia społeczne w ZUS.
- 10) Nie zachodzi wobec mnie przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015r. Nr 164, poz. 581 z późniejszymi zmianami), uniemożliwiająca realizację zawarcia umowy.
- 11) Spełniam wymóg, o którym mowa w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej.³

Na każde żądanie Udzielającego zamówienie dostarczę niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Ponadto zapewniam, że wszystkie dokumenty oraz przedstawione oświadczenia są zgodne z prawdą.

..... dn.

(imię i nazwisko)
podpis osoby upoważnionej

³ Art. 26 ust.2.u.o.d.l.: „Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.”

.....
(Miejscowość i data)

WYKAZ PERSONELU WYKONUJĄCEGO BADANIA

L.p.	Imię i nazwisko	Wykształcenie i kwalifikacje
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

.....
Przyjmujący Zamówienie
(podpis osoby
upoważnionej)