

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

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

***Szczegółowe warunki konkursu ofert
na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
w zakresie transportu sanitarnego, dla potrzeb
Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu
Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.***

Zatwierdził

dnia 31.10.2018r.

Dyrektor
Dorota Kowalska

**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
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 2018 roku poz. 1510 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 2018 r. poz. 160, z późn. zm.)**

PRZEDMIOT KONKURSU:

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:
 - a) usług transportu samochodem sanitarnym o standardzie odpowiadającym karetkom typu S z zapewnioną opieką lekarską,
 - b) usług transportu samochodem sanitarnym bez opieki lekarskiej o standardzie odpowiadającym karetkom typu P.
2. Transport będzie dotyczył pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w Rydułtowach przy ulicy Plebiscytowej 47 oraz Szpitalu w Wodzisławiu Śląskim przy ul. 26 Marca 51.
3. Udzielający zamówienie dopuszcza składanie ofert częściowych tj. na jedno lub dwa rodzaje zadań wymienionych w przedmiocie konkursu.
4. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Oferenci posiadający minimum 2 letnie doświadczenie zawodowe w prowadzeniu działalności objętej konkursem oraz posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym jego przedmiotem, które zostało potwierdzone przez Oferenta stosowną umową lub treścią dokumentu wystawionego na rzecz Oferenta przez podmiot na rzecz, którego taka umowa była wykonywana.
5. Wyposażenie medyczne środka transportu musi odbywać się zgodnie z określonymi w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane, zgodnie z przepisami o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PN-EN 1789+A2:2015-01- wersja polska).
6. Okres realizacji umowy: **od 01.01.2019r. do 31.12.2021r.**

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 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 osoba(y), która podpisała ofertę. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego zapisu poprawnego.
Oferta nie powinna zawierać żadnych dopisków między wierszami, fragmentów wymazanych ani napisanych poza niezbędnymi do poprawy.

4. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
5. 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.
6. 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 14.11.2018r. do godz. 13:00** opatrzone napisem: **„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie transportu sanitarnego, dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.** Otwarcie ofert nastąpi **14.11.2018r. o godzinie 13:15** w 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 Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl. ul 26 Marca 51; 44-300 Wodzisław Śl., tel. (32) 4591829, fax. (32) 4591777, e-mail: 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 - Zał. nr 1 (usługa transportu samochodem sanitarnym o standardzie odpowiadającym karetkom typu S z zapewnioną opieką lekarską),
- 2) Oferta - zał. nr 2 (usługa transportu samochodem sanitarnym bez opieki lekarskiej o standardzie odpowiadającym karetkom typu P),
- 3) Oświadczenie - Zał. nr 3,
- 4) Wykaz personelu - Zał. nr 4,
- 5) Wykaz pojazdów - Zał. nr 5,
- 6) Wzór umowy - Zał. nr 6 (parafowany na każdej stronie),
- 7) Wzór umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych - Zał. nr 7 (parafowany na każdej stronie),
- 8) **Aktualny odpis z właściwego rejestru** albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej albo aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP,
- 9) **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.

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.

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 2018r. poz. 1510 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 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.), w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 roku poz. 160 z późn. zm).

POWIADOMIENIE O WYNIKACH

O rozstrzygnięciu konkursu Udzielający zamówienie poinformuje Oferentów na stronie internetowej.

UMOWA

Zaoferowana cena za świadczenie nie ulegnie zmianie przez okres obowiązywania umowy.

OFERTA

- 1) na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie usług transportu samochodem sanitarnym o standardzie odpowiadającym karetkom typu S z zapewnioną opieką lekarską.

Dane Oferenta:

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu

Nr faksu

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru

Numer NIP:

Numer REGON:

Ubezpieczenie OC – wysokość i termin ważności

Zakres oferowanych świadczeń:.....

.....

FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY

Transport sanitarny karetką typu „S” na wezwanie telefonicznie we wszystkie dni tygodnia 24 godziny na dobę.

Lp.	Asortyment	Ilość km/godz.	Cena jedn. Brutto zł/km zł/godz.	Wartość zamówienia brutto kol. 3x kol. 4
1.	2	3	4	5
2.	Szacunkowa ilość km	100 000		
3.	Szacunkowa ilość godzin	3 000		
WARTOŚĆ OGÓLEM:				

Ilość km i godzin jest szacunkową ilością **na okres 36 miesięcy.**

Środek transportu sanitarnego typu „S” spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

Wyposażenie medyczne środka transportu musi odbywać się zgodnie z określonymi w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane, zgodnie z przepisami o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PN-EN 1789+A2:2015-01 - wersja polska).

.....

miejsowość, data

.....

podpis osoby upoważnionej

OFERTA

2) na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie usług transportu samochodem sanitarnym bez opieki lekarskiej o standardzie odpowiadającym karetkom typu P.

Dane Oferenta:

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu

Nr faksu.....

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru

Numer NIP:

Numer REGON:

Ubezpieczenie OC – wysokość i termin ważności

Zakres oferowanych świadczeń:.....

Transport sanitarny karetką typu „P” na wezwanie telefonicznie we wszystkie dni tygodnia 24 godziny na dobę.

Lp.	Asortyment	Ilość km/godz.	Cena jedn. Brutto zł/km zł/godz.	Wartość zamówienia brutto kol. 3x kol. 4
1.	2	3	4	5
2.	Szacunkowa ilość km	2 000		
3.	Szacunkowa ilość godzin	80		
WARTOŚĆ OGÓLEM:				

Ilość km i godzin jest szacunkową ilością **na okres 36 miesięcy.**

Środek transportu sanitarnego typu „P” spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

Wyposażenie medyczne środka transportu musi odbywać się zgodnie z określonymi w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane, zgodnie z przepisami o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PN-EN 1789+A2:2015-01 - wersja polska).

.....
miejsowość, data

.....
podpis osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE

Składając ofertę na wykonywanie usług transportowych będących przedmiotem konkursu dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.

oświadczam, że:

- 1) Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania określonych prac lub czynności, jeżeli uregulowania prawne nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
- 2) Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania danego zamówienia.
- 3) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
- 4) Zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- 5) Zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi zamówienia.
- 6) 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.
- 7) 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 2018r. poz. 1510 z późniejszymi zmianami), uniemożliwiająca realizację zawarcia umowy.
- 8) Spełniam wymóg, o którym mowa w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej.¹ (Dz. U. z 2018r. poz. 160)

Na każde żądanie Zamawiającego 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 upoważnione

¹ 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.”

.....
(pieczęć Wykonawcy)

WYKAZ PERSONELU

DANE WYKONAWCY ZAMÓWIENIA:

Pełna nazwa

.....

Adres

Wykaz lekarzy:

Lp.	Imię i nazwisko	Specjalizacja	Podstawa zatrudnienia
1.			
2.			
3.			

Wykaz ratowników, kierowców ratowników:

Lp.	Imię i nazwisko	Stanowisko	Podstawa zatrudnienia
1.			
2.			
3.			

.....
(podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

.....
 (pieczęć Wykonawcy)

**WYKAZ POJAZDÓW
 WYZNACZONYCH DO REALIZACJI PRZEDMIOTU KONKURSU**

Dane Wykonawcy:

Pełna nazwa

.....

Adres

Lp.	Rodzaj transportu	Marka pojazdu i numer rejestracyjny	Rok produkcji
1.			
2.			
3.			
4.			

1. W załączeniu przedkładam kserokopie dowodów rejestracyjnych pojazdów, a także aktualnych polis OC i NNW.
2. Oświadczam, iż podane samochody są przeznaczone do przewozu pacjentów, wyposażone w sygnalizację świetlno-dźwiękową dla pojazdów uprzywilejowanych w związku z ratowaniem życia lub zdrowia ludzkiego, środki łączności oraz aparaturę medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....
 miejscowość i data

.....
 (podpis osoby upoważnionej
 do reprezentowania Wykonawcy)