

**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 zdrowotnych
w zakresie badań tomografii komputerowej,
wykonywanych poza lokalizacją
Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim.***

Zatwierdził

Dnia 29.10.2019r.

Dyrektor

**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. 2190 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 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.).

PRZEDMIOT KONKURSU:

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań tomografii komputerowej, wykonywanych poza lokalizacją Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.

Przedmiot konkursu obejmuje wykonanie badań wraz z opisem oraz zapewnienie całodobowego dostępu do badań z zakresu tomografii komputerowej.

Okres realizacji umowy : od 04.12.2019r. 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(-ą) osoba(-y) uprawniona(-e) do reprezentacji lub posiadająca(-e) 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 zamawiającego 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 15.11.2019r. do godz. 12:00** opatrzone napisem: **„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie badań tomografii komputerowej, wykonywanych poza lokalizacją Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim”**.
Otwarcie ofert nastąpi **15.11.2019r. o godzinie 12:30** w Dyrekcji Zakładu.
Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.

2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed ustalonym terminem składania ofert, Udzielający zamówienie może zmienić lub zmodyfikować treść wymagań dotyczących składania ofert.
3. O każdej zmianie lub modyfikacji Udzielający zamówienie zawiadamia niezwłocznie uczestników konkursu, na swojej stronie internetowej oraz tablicy ogłoszeń.
4. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, zamawiający może przedłużyć termin składania ofert.
5. 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, lub e-mail: marta@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) Oświadczenie - Załącznik Nr 2;
- 3) Wzór umowy - Załącznik Nr 3 (parafowany na każdej stronie);
- 4) 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;
- 5) Polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności z rozszerzeniem na choroby zakaźne (w tym WZW i HIV), w wysokości nie niższej niż wynikająca z rozporządzenia Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 866 z późn.zm.)

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

Brak wyżej wymienionych dokumentów lub złożenie dokumentu w niewłaściwej formie 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 2019r. poz. 1373 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 2019 r. poz. 1373 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. 2190 z późn. zm).

POWIADOMIENIE O WYNIKACH

Komisja konkursowa Udzielającego zamówienie poinformuje Oferentów na stronie internetowej oraz tablicy ogłoszeń.

UMOWA

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

OFERTA

Dane Oferenta:

Nazwa

Oferent prowadzi działalność gospodarczą w formie.....

Numer telefonu.....

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Numer NIP

Numer REGON

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.

(imię i nazwisko)
podpis osoby upoważnionej

Oferuję realizację badań tomografii komputerowej (TK):

Lp.	Rodzaj badania	Szacunkowa roczna ilość badań służąca do obliczenia oferty	Cena jednostkowa brutto [zł]	Wartość brutto [zł]
1	TK: badanie głowy bez środka kontrastowego	44		
2	TK: badanie głowy ze środkiem kontrastowym	7		
3	TK: badanie głowy bez i ze środkiem kontrastowym	22		
4	TK: badanie innej okolicy anatomicznej ¹⁾ bez środka kontrastowego	8		
5	TK: badanie innej okolicy anatomicznej ¹⁾ ze środkiem kontrastowym	8		
6	TK: badanie innej okolicy anatomicznej ¹⁾ bez i ze środkiem kontrastowym	7		
7	TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych ¹⁾ bez środka kontrastowego	10		
8	TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych ¹⁾ ze środkiem kontrastowym	12		
9	TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych ¹⁾ bez i ze środkiem kontrastowym	9		
10	TK: angiografia	12		
RAZEM WARTOŚĆ OFERTY				

¹⁾ okolice anatomiczne stanowią: głowa, szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kręgosłup z podziałem na okolice anatomiczne (szyjny, piersiowy, lędźwiowy), kończyna górna z podziałem na okolice anatomiczne, kończyna dolna z podziałem na okolice anatomiczne.

(imię i nazwisko)
podpis osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE

Składając ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań tomografii komputerowej, wykonywanych poza lokalizacją 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 świadczeniu 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 2019r. poz. 1373 z późn. zm.), uniemożliwiająca realizację zawarcia umowy.
- 8) Spełniam wymóg, o którym mowa w art. 26 ust.2 ustawy z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej.¹

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.

(Miejscowość i data)

(Imię i nazwisko)
Podpis osoby upoważnionej

¹Art. 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.”