

WARUNKI SZCZEGÓŁOWE POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

07/DO/05/2016

NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE BADAŃ LABORATORYJNYCH

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011r., nr 112, poz. 654), zwanej dalej Ustawą oraz art.140-141, 146 ust. 1, 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust 1-2 i 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych(tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z póź. zm), właściwe Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 Nr 293, poz.1729) z art. oraz w oparciu o wewnętrzne przepisy prawne Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o. (Regulamin Postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne wprowadzony Zarządzeniem Nr 111/2011 Zarządu Szpitala Miejskiego w Zabrze z dnia 06.12.2011 r), zwanego dalej Udzielającym zamówienia.

I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

PRZEDMIOTEM KONKURSU SĄ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE:

BADANIA LABORATORYJNE

Szczegółowy opis przedmiotu konkursu, wszystkie niezbędne wymagania zawiera - opis przedmiotu postępowania konkursowego stanowiący załącznik nr 4 do niniejszych warunków

II TERMIN WYKONANIA UMOWY

Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 14 czerwca 2019 roku.

III WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM.

1. O udzielenie zamówienia ubiegać się mogą Oferenci, którzy złożą ważną i odpowiednio przygotowaną ofertę oraz spełniają warunki, dotyczące:
 - a) posiadania uprawnień do wykonania określonej działalności lub czynności; jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek do ich posiadania;
 - b) dysponowania wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach zawodowych pozwalających w pełni realizować przedmiot konkursu zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - c) posiadania niezbędnej wiedzy i doświadczenia do wykonania przedmiotu postępowania konkursowego,
 - d) spełniania wymagań dotyczących pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej określonych odrębnymi przepisami prawa,
 - e) spełniania wymagań dotyczących posiadania dokumentów potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych przez uprawnione osoby i podmioty,
 - f) znajdowania się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
 - g) posiadania ważnej i aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej związanej z przedmiotem zamówienia oraz zobowiązania się do kontynuowania ubezpieczenia przez cały okres realizacji zamówienia,
 - h) zobowiązania się do wykonywania świadczeń objętych zakresem postępowania konkursowego z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych,

2. W celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu Oferent składa niżej wymienione dokumenty:

- a) dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę)
- b) dokument potwierdzający sposób reprezentowania podmiotu (KRS; umowa spółki; wpis do ewidencji działalności gospodarczej)
- c) dokument potwierdzający wpis do ewidencji laboratoriów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych

Dokumenty o których mowa w lit. a) , b) i c) powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

- c) kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na okres obowiązywania umowy,
- d) załącznik nr 1 „Formularz ofertowy” do warunków szczegółowych konkursu podpisany przez osobę/y/uprawnioną/e zawierający ustalenia i oświadczenia Oferenta,

- e) załącznik nr 2 „Formularz cenowy” do warunków szczegółowych konkursu podpisany przez osobę/y/uprawnioną/e zawierający ustalenia i oświadczenia Oferenta,
- f) załącznik nr 3 „Oświadczenie Oferenta” do warunków szczegółowych konkursu podpisane przez osobę/y/ uprawnioną/e dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu.

IV. SPOSÓB PRZYGOTOWYWANIA OFERTY

1. Ofertę sporządzić należy w języku polskim.
2. Ofertę należy sporządzić na załączonych drukach (**załącznik 1, 2,**) w formie pisemnej pod rygorem nieważności tj. na maszynie do pisania, komputerze lub nieścieralnym atramentem oraz podpisać przez uprawnionego przedstawiciela Oferenta, zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze odpowiednim dla formy organizacyjnej przedsiębiorstwa Oferenta (lub pełnomocnik). Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej danymi Oferenta oraz napisem: **„Konkurs na świadczenia zdrowotne nr 07/DO/05/2016.”**.
3. Oferta winna być przygotowana w sposób zapobiegający możliwości dekompletacji zawartości oferty (kartki zszyte, zbindowane itp.).
4. Prosimy o dołączenie do oferty spisu treści zawierającego wykaz wszystkich załączników oraz o ponumerowanie stron lub kartek oferty. Prosimy o opieczętowanie oferty pieczętą firmową.
5. Każdy z Oferentów może złożyć tylko jedną ofertę.
6. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

VI. ZAWARTOŚĆ OFERTY:

Oferent powinien złożyć ofertę wraz z dokumentami :

1. Formularz Ofertowy –załącznik nr 1
2. Formularz Cenowy - załącznik nr 2
3. Oświadczenie Oferenta - załącznik nr 3
4. Opis przedmiotu postępowania konkursowego - załącznik nr 4
5. Projekt umowy – załącznik 5

oraz następujące kserokopie dokumentów formalnych:

1. kopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wpis do rejestru podmiotów leczniczych prowadzony przez Wojewodę),
2. kopia dokumentu potwierdzającego sposób reprezentowania podmiotu (KRS; umowa spółki; wpis do ewidencji działalności gospodarczej),
3. kopia dokumentu potwierdzającego nadanie NIP,
4. kopia dokument potwierdzającego nadanie REGON,
5. kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na okres obowiązywania umowy – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
6. kopia dokumentu potwierdzającego wpis do ewidencji laboratoriów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

KSEROKOPIE DOKUMENTÓW WINNY BYĆ POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM PRZEZ OSOBY UPRAWNIONE ZGODNIE Z FORMĄ REPREZENTACJI OKREŚLONĄ WE WŁAŚCIWYM REJESTRZE.

VII. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Oferty należy składać w siedzibie Udzielającego zamówienia w Zabrze przy ul. Zamkowej 4, w Dziale Organizacji Usług Medycznych i Statystyki, pokój nr 1.02, do dnia **03. 06. 2016 r. do godz. 11⁰⁰**.

W przypadku ofert przesłanych pocztą za datę oraz godzinę złożenia uważa się datę oraz godzinę wpływu oferty do siedziby Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **3 czerwca 2016 r. o godz. 11³⁰** w siedzibie Udzielającego zamówienia w Zabrze przy ul. Zamkowej 4, w Budynku Dyrekcji.

Warunki szczegółowe postępowania konkursowego 07/DO/05/2016

VIII TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

IX. OPIS KRYTERIÓW ORAZ SPOSÓB DOKONYWANIA OCENY OFERT

1. Oferta będzie oceniana pod względem:
 - formalnym tj. spełnienia warunków i wymagań podanych w szczegółowych warunkach (wymagana dokumentacja),
 - merytorycznym tj. wyboru najkorzystniejszej oferty, zgodnie z podanymi niżej kryteriami:
 - **Wybór najkorzystniejszej oferty dokonany zostanie na podstawie kryterium ceny „Cena” oraz „Zapewnienie warunków transportu”:**
 1. **Cena** - 70%
 2. **Zapewnienie warunków transportu** - 30%

Kryterium „Cena” będzie rozpatrywane na podstawie oferty podanej przez Oferenta na formularzu cenowym (załącznik nr 2).

Punktacja za cenę wskazana w załączniku nr 2 (łączna wartość brutto planowanych badań) będzie obliczona na podstawie wzoru:

$$P = \frac{\text{cena najniższa spośród ofert}}{\text{cena badanej oferty}} \times 100 \times 70\%$$

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

Kryterium „Zapewnienie warunków transportu”* będzie rozpatrywane na podstawie oświadczenia TAK lub NIE złożonego przez Oferenta na formularzu cenowym (załącznik nr 2).

Punktacja za zapewnienie warunków transportu* będzie obliczona jako:

Oświadczenie TAK: 1 pkt x 100 x 30%

Oświadczenie NIE: 0 pkt x 100 x 30%

* zapewnienie warunków transportu - (odpowiednie pojemniki z monitoringiem temperatury) zgodnie z obowiązującymi standardami).

Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienia wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

X. INFORMACJE KOŃCOWE

1. Postępowanie będzie prowadzone z zastosowaniem przepisów obowiązujących zgodnie z art.26 i 27 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.
2. Zapytania ofertowe w formie pisemnej można składać najpóźniej do dnia 01.06.2015 r. do godz. 15⁰⁰.
3. Oferenci mogą być obecni przy otwieraniu ofert, w trakcie którego nastąpi odczytanie nazw oferentów i cen ofertowych. Po odczytaniu powyższych danych odbędzie się niejawna część posiedzenia komisji konkursowej w trakcie, której zostanie dokonana dokładna analiza ofert.
4. Z Oferentem, którego oferta będzie wybrana, zostanie podpisana umowa zgodnie z projektem zawartym w **załączniku nr 5**
5. Osobami upoważnionymi do kontaktów z oferentami są:
mgr Teresa Skalec - tel.(032) 277-61-00 w. 105
mgr Jadwiga Piekarska - tel (032) 277-61-00 w. 104

dr n. med. Mariusz K. Wójtowicz
MEIA Exec.

Prezes Zarządu
Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.

Zatwierdzam

FORMULARZ OFERTOWY

Niniejsza oferta zawiera kolejno ponumerowanych i zszytych zapisanych stron.

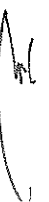
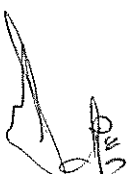
1. Nazwa Oferenta:
2. Adres:
3. NIP
4. REGON
5. Numer wpisu do właściwego rejestru
6. Organ dokonujący wpisu
7. Akceptuję przedstawiony projekt umowy – załącznik nr 5

Łączna wartość planowanych badań wynosi:
wartość brutto zł
(słownie)

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY ZGODNIE Z WARUNKAMI SZCZEGÓŁOWYMI
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Data:
Pieczeń i podpis Oferenta



FORMULARZ CENOWY

Deklaruję realizację zamówienia na niżej wymienione badania laboratoryjne za wynagrodzeniem w wysokości:

Rodzaj badania	Ilość	Cena jednostkowa brutto za badanie	Wartość netto	VAT%	Wartość brutto
HIV Ag/AB Combo	180				
17-OH Progesteron	960				
ROMA	20				
Beta-HCG wolne (wg FMF)	480				
Białko całkowite	180				
P/c anty - TRAB	90				
Seromukoid- mukoprot.A	120				
TOXO-IgG	180				
TOXO-IgM	180				
CMV-IgG	120				
CMV-IgM	180				
Antygen Giardia w kale test Elisa	40				
p/c P.receptorom acetylocholinowym	10				
Kortyzol	1350				
Estradiol	700				
LH	800				
FSH	860				
Prolaktyna	1450				
Testosteron	760				
Testosteron (wolny)	760				
PSA wolne	45				
PSA całkowite	60				
Borrelia IgG całkowite w surowicy lub PMR	210				
Borrelia IgM całkowite w surowicy lub PMR	210				
Borelia burgdorferi IgG – metoda Western blot	30				
Borelia burgdorferi IgM – metoda Western blot	30				

Profil ANA 2 – metoda immunofluorescencyjna	45				
IgE	30				
ASO - turbi	180				
p-ciała anty-CCP	60				
łańcuchy kappa w surowicy	30				
łańcuchy lambda w surowicy	30				
prążki oligoklonalne Sur +PMR	30				
immunofiksacja	10				
porfiryny w DZM	10				
kwaśna fosfataza całkow. i stercz.	30				
witamina B12	480				
badania mykologiczne	10				
badania immunopatologiczne	10				
Homocysteina	6				
Glista IGG	24				
Giardia – antygen w kale	10				
Giardia - IgG w surowicy	10				
Giardia – IgM w surowicy	10				
Giardia – IgA w surowicy	10				
chlamydia trachomatis IgG	45				
chlamydia trachomatis IgM	30				
DHEAS	720				
ferrytyna	30				
intact-PTH	12				
kwas foliowy	12				
kwas walproinowy	70				
mononukleoza-test	10				
odczyn Waalera-Rose'a	120				
PC antymitochondr. IgG (Ama)	10				
PC anty TTG IgA	30				
PC anty TTG IgG	18				

Progesteron	110				
Proteinogram (elektroforeza białek)	420				
AMH	420				
Androstendion	230				
PC anty-TG	45				
CA 15-3	15				
STH (HGH)	100				
IgA	5				
IgG	30				
IGF-1	60				
IgM	30				
Insulina	1050				
Insulina (po 2 godz.)	180				
Białko PAPP-A (wgFMF)	170				
SHBG	840				
Wartość łączna;					

1. Podane ilości mają charakter szacunkowy i mogą ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu bez uzasadnienia Udzielającego zamówienia.
2. W przypadku zaistnienia konieczności zlecenia innych badań niż w przedmiocie zamówienia a objętych działalnością Oferenta Udzielający zamówienia może zlecić wykonanie tych świadczeń w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia pacjenta. Za zleczone świadczenia Udzielający zamówienia zapłaci cenę zgodną z cennikiem Przyjmującego zamówienie.¹
3. Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 14 czerwca 2019 r.
4. Przyjmujący zamówienie gwarantuje:
 - odbiór próbek z laboratorium Udzielającego zamówienia na koszt własny w godz. 10:30-11:30
 - dostępność do wyników badań w systemie elektronicznym , przy użyciu karty z kodem dostępu
 - zgodność wyników badań wygenerowanych w wersji elektronicznej z wersją papierową.
5. Proponuję udzielanie świadczeń w następujące dni tygodnia:.....
..... w godzinach od do
6. Sposób odbioru wyników badań:
 - a/ Przyjmujący zamówienie na swój koszt dostarczy wyniki badań do siedziby Udzielającego zamówienia niezwłocznie po wykonaniu badania na drukach oryginalnych faktycznego wykonawcy badania.
7. Zapewniam warunki transportu próbek (odpowiednie pojemniki z monitoringiem temperatury) zgodnie z obowiązującymi standardami) **TAK/NIE**²
8. Oświadczam, że w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w projekcie umowy stanowiącym załącznik nr 5 Warunków szczegółowych postępowania konkursowego nr 07/DO/05/2016 na świadczenia zdrowotne w zakresie badań laboratoryjnych

9. Oświadczam, że termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.
10. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
11. Oświadczam, że zapoznałem /am/ się z treścią Warunków szczegółowych postępowania konkursowego nr 07/DO/05/2016 na świadczenia zdrowotne w zakresie badań laboratoryjnych.

.....
data

.....
czytelny podpis Oferenta

¹ Prosimy o złożenie wraz z ofertą cennika udzielanych świadczeń zdrowotnych (cennik winien zawierać w szczególności cenę brutto badania, rodzaj próbki jaką należy przygotować, czas (liczba dni) wykonania badania
² właściwe podkreślić

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie: udzielania świadczeń zdrowotnych nr 07/DO/05/2016 Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o. oświadczam, że jestem podmiotem wymienionym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:

- a) dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach zawodowych pozwalających do pełnej realizacji przedmiotu konkursu zgodnie z obowiązującymi przepisami
- b) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu postępowania konkursowego,
- c) spełniam wymagania dotyczące pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej określone odrębnymi przepisami prawa,
- d) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

- ✓ Oświadczam, że aparatura i sprzęt medyczny wykorzystywany do realizacji zamówienia na świadczenia zdrowotne spełnia wymagania dotyczące posiadania dokumentów potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych przez uprawnione osoby i podmioty
- ✓ Oświadczam, że przyjmuję na siebie obowiązek poddania się kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w w/w ustawie oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.
- ✓ Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej związanej z przedmiotem zamówienia oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.
- ✓ Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- ✓ Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- ✓ Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania, świadczeń objętych zakresem postępowania konkursowego z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych .

.....dnia.....
(miejsowość)

.....
czytelny podpis oferenta

**OPIS PRZEDMIOTU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
WYMAGANIA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO:**

1. Możliwość odbioru próbek do badań przez 5 dni w tygodniu.
2. Odbiór na koszt własny materiału do badań z siedziby Udzielającego zamówienia w godz. 10:30 – 11:30
3. Stosowanie blankietów wynikowych z kopią
4. Wpisywania na blankiecie wynikowym godziny rejestracji próbek w laboratorium podwykonawcy,
5. Maksymalny czas dostarczenie próbek do laboratorium Przyjmującego zlecenie od momentu odebrania z laboratorium Udzielającego zamówienia winien **wynosić max.1,5 godz.**
6. Dostarczenie procedur pobierania i przechowywania materiału do badań (przedanalizycznych)
7. Dostarczenie informacji nt. metodyk (metoda, urządzenie pomiarowe i instrukcja odczytnikowa).
8. Świadczenia wykonywane będą przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, uprawnieniach zawodowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
9. W przypadkach uzasadnionych przedmiot umowy może być wykonywany przez Przyjmującego zamówienie z udziałem podwykonawców realizujących przedmiot umowy na zlecenie Przyjmującego zlecenie.
10. Podwykonawca realizujący przedmiot umowy na zlecenie Przyjmującego zamówienie winien spełniać wymogi określone w niniejszym postępowaniu.
11. Badania wysokospecjalistyczne występujące sporadycznie a wykonywane z udziałem podwykonawcy winny być zlecane podmiotom specjalistycznym na terenie województwa śląskiego
12. Pomieszczenia, sprzęt i aparatura medyczna, które wykorzystywane będą do realizacji przedmiotowych świadczeń zdrowotnych winny spełniać wymogi określone przepisami prawa.
13. Zapewnienie ciągłości świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.
14. Świadczenia winny być wykonywane niezwłocznie, jednak nie później niż w czasie wynikającym z obowiązujących procedur laboratoryjnych.

DODATKOWE WYMAGANIA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA :

1. Prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi i przechowywanie jej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Prowadzenie rejestru wykonanych świadczeń zdrowotnych na podstawie przyjętych zleceń/skierowań.
3. Poddanie się kontroli Udzielającego zamówienia i Narodowemu Funduszu Zdrowia w zakresie świadczonych usług w ramach zawartej umowy.
4. Realizowanie świadczeń zdrowotnych na podstawie skierowania na wykonanie świadczenia wydanego przez Udzielającego zamówienia.
5. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą przy zachowaniu należytej staranności, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
6. Posiadanie dla aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego do udzielania świadczeń dokumentów potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych przez uprawnione podmioty.
7. Spełnianie wszystkich wymogów określonych w ustawie z dnia 27.07.2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (tj. Dz. U. z 2014 , poz. 1384) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23.03.2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. z 2006 Nr 61, poz. 435 ze zmianami)
8. Zobowiązanie się do spełnienia innych wymagań NFZ, których konieczności wprowadzenia nie można przewidzieć w chwili zawarcia umowy .

Zapoznałem się z opisem przedmiotu postępowania konkursowego

.....
(miejscość, data)

.....
(podpis OFERENTA)

