

## WARUNKI SZCZEGÓŁOWE POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

16/DO/05/2017

### NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO (RM) DLA PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH I ZAOPATRYWANYCH W SZPITALU.

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 ze zmianami), 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 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zmianami), 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) 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 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:

#### - WYKONYWANIE BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO (RM) DLA PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH I ZAOPATRYWANYCH W SZPITALU

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 30 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)

**Dokumenty o których mowa w lit. a) , b) 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 2 „Formularz cenowy” do warunków szczegółowych konkursu podpisany przez osobę/y/uprawnioną/e zawierający ustalenia i oświadczenia Oferenta,
- e) 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, 2,3) 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 16/DO/05/2017.”.
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 opieczątowanie oferty pieczętą firmową.
5. Każdy z Oferentów może złożyć tylko jedną ofertę.
6. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

#### V. 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. Zaparafowany projekt umowy – załącznik nr 5

oraz następujące kserokopie dokumentów formalnych:

1. dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wpis do rejestru podmiotów leczniczych prowadzony przez Wojewodę)
2. dokumentu potwierdzającego sposób reprezentowania podmiotu (KRS; wpis do ewidencji działalności gospodarczej)
3. dokumentu potwierdzającego nadanie NIP
4. dokument potwierdzającego nadanie REGON
5. 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 – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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

#### VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Oferty należy składać w siedzibie Zamawiającego w Zabrze przy ul. Zamkowej nr 4, w Dziale Organizacji Usług Medycznych i Statystyki, pokój nr 1.02, do dnia 20 czerwca 2017 r. do godz. 11<sup>00</sup>. W przypadku ofert przesłanych pocztą za datę oraz godzinę złożenia uważa się datę oraz godzinę wpływu oferty do siedziby Zleceniodawcy zamówienia – Sekretariat.
2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 20 czerwca 2017 r. o godz. 11<sup>30</sup> w siedzibie Udzielającego zamówienia w Zabrze przy ul. Zamkowej nr 4, w Budyńku Dyrekcji.

#### VIII TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

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

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 kryteriów:

1. Wartość świadczeń zdrowotnych - 70%
2. Termin wykonania badania planowego\* - 30%

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

Punktacja za wartość wskazaną w załączniku nr 2 (łącznie wartość brutto planowanych badań z zakresu rezonansu magnetycznego (RM) będzie obliczona na podstawie wzoru:

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

W kryterium „Termin wykonania badania planowego\*\*” oferent może uzyskać maksymalnie 30 pkt i będzie rozpatrywane na podstawie oświadczenia TAK lub NIE złożonego przez Oferenta na formularzu cenowym (załącznik nr 2).

Punktacja za „Termin wykonania badania planowego\*\*” będzie obliczona jako:

Oświadczenie TAK: 1 pkt x 100 x 30%

Oświadczenie NIE: 0 pkt x 100 x 30%

\* Termin wykonania badania planowego - do 3 dni od zlecenia telefonicznego.

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

Punkty ustalone dla poszczególnych kryteriów zostaną zsumowane i oferta, która uzyska najwyższą sumę punktów zostanie wybrana jako najkorzystniejsza.

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 08.06.2017 r. do godz. 15<sup>00</sup>.
3. Oferenci mogą być obecni przy otwieraniu ofert, w trakcie którego nastąpi odczytanie nazw oferentów i cen ofertowych. Po odczytaniu powyższych danych odbędzie się niejawną 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  
Z a t w i e r d z a m M.B.A. Exec.

ZASTĘPCA PREZESA

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

Tomasz Jarek

adwokat

**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 brutto planowanych badań w zakresie rezonansu magnetycznego (MR) wynosi:**  
**wartość brutto ..... zł**  
**(słownie .....)**

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

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

Data: .....

.....  
 Pieczęć i podpis Oferenta



## FORMULARZ CENOWY

Deklaruję realizację zamówienia na wykonywanie badań rezonansu magnetycznego (RM) dla pacjentów hospitalizowanych i zaopatrywanych w szpitalu za wynagrodzeniem w wysokości:

I.p.	Badania rezonansu magnetycznego (RM)	Ilość	Cena jednostkowa netto w zł za badanie	VAT	Cena jednostkowa brutto w zł za badanie	Wartość brutto w zł za badania
1.	MR: badanie innej okolicy anatomicznej <sup>1</sup> (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych) – bez wzmocnienia kontrastowego	232				
2.	MR: badanie dwóch innych okolic anatomicznych <sup>1</sup> (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych) – bez wzmocnienia kontrastowego	24				
3.	MR: badanie innej okolicy anatomicznej <sup>1</sup> bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych)	472				
4.	MR: badanie dwóch innych okolic anatomicznych <sup>1</sup> bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych)	2				
5.	MR: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych – bez wzmocnienia kontrastowego	114				
6.	MR: badanie dwóch odcinków kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych – bez wzmocnienia kontrastowego	8				
7.	MR: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych – bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	20				
8.	MR: badanie dwóch odcinków kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych – bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2				

9.	Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym –MR	2				
10.	Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego	10				
11.	Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym – MR <sup>2</sup>	2				
12.	Badanie czynnościowe mózgu – MR	20				
13.	Spektroskopia – MR	2				
14.	MR serca – badanie czynnościowe i morfologiczne – bez wzmocnienia kontrastowego lub bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2				
	<b>Łączna wartość badań:</b>					

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> obejmuje również badanie wymienione w zał. 2 IX lp.66 tj. „Arteriografia z użyciem gadolinium” Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j. Dz. U. 2016 poz. 357 ze zm.).

1. Ceny jednostkowe za 1 badanie wskazane w formularzu ofertowo-cenowym nie mogą być wyższe niż stosowane przez Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ( lub jego następcę prawnego). Ceny jednostkowe za 1 badanie winny być nie wyższe niż wynikające z iloczynu wartości 1 punktu rozliczeniowego wg ceny oczekiwanej przez Śl. O.W NFZ w Katowicach (na dzień ogłoszenia postępowania konkursowego maksymalna cena oczekiwana za 1 punkt rozliczeniowy wynosi 8,50 zł) oraz wagi punktowej danego badania wskazanej w obowiązującym katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) wprowadzonego Zarządzeniem Nr 62/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29.06.2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

2. Podane ilości mają charakter szacunkowy i mogą ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu bez uzasadnienia Udzielającego zamówienia stosownie do bieżących potrzeb.

3. Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 30 czerwca 2019 r.

4. Przyjmujący zamówienie gwarantuje:

- Odległość max. od siedziby Udzielającego zamówienia – 25 km.
- Wykonywanie badań w trybie CITO - całodobowo
- Każdorazowe powiadamianie telefoniczne i pisemne o awarii sprzętu uniemożliwiającej wykonywanie badań przez co najmniej 24 h.

5. Świadczenia udzielane będą pacjentom hospitalizowanym i zaopatrywanym w szpitalu:

1/ w trybie planowym:

proponuję udzielanie świadczeń w następujące dni tygodnia:.....  
..... w godzinach od ..... do .....

2/ w trybie CITO - 24 h/dobę

przez okres trwania umowy w ilości wynikającej z potrzeb Udzielającego zamówienia.

6. Zapewniam wykonywanie badań planowych w terminie 3 dni od dnia zgłoszenia TAK/NIE<sup>1\*</sup>

\* właściwe podkreślić

7. Sposób odbioru wyników badań:

1/ w przypadku badań planowych:

- wyniki przekazywane będą osobie upoważnionej przez Udzielającego zamówienia w terminie jednego dnia licząc od wykonania badania

2/ w przypadku badań CITO

- wyniki przekazywane będą osobie upoważnionej przez Udzielającego zamówienia w dniu wykonania badania

**Wyniki badań wraz z opisem będą przekazywane w formie papierowej oraz na zewnętrznym nośniku danych (płyta CD).**

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 16/DO/05/2017 na świadczenia zdrowotne w zakresie badań rezonansu magnetycznego (RM) dla pacjentów hospitalizowanych i zaopatrywanych w szpitalu .

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 16/DO/05/2017 na świadczenia zdrowotne w zakresie badań rezonansu magnetycznego (RM) dla pacjentów hospitalizowanych i zaopatrywanych w szpitalu.

Data: .....

.....

**Pieczęć i podpis Oferenta**



### OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie: udzielania świadczeń zdrowotnych nr 16/DO/05/2017 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 (lub jego następcę prawnego) 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.....  
(miejscowość)

.....  
czytelny podpis oferenta



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

1. Wykonywanie badań rezonansu magnetycznego (RM) dla pacjentów hospitalizowanych i zaopatrywanych w szpitalu odbywać winno się na podstawie zgłoszeń telefonicznych przyjmowanych całodobowo.
2. Wykonywanie badań w trybie CITO odbywać się winno w dniu zgłoszenia przez 24 godziny na dobę.
3. Odległość od siedziby Udzielającego zamówienia – max.25 km.
4. Świadczenia wykonywane będą przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, uprawnieniach zawodowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.(tj. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poz. 1413 ze zmianami).
5. Sprzęt i aparatura medyczna, które wykorzystywane będą do realizacji przedmiotowych świadczeń zdrowotnych winny spełniać wymogi określone przepisami prawa (tj. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poz. 1413 ze zmianami)
6. Zapewnienie ciągłości świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.
7. Wyniki badań wydawane będą:
  - 1/ w przypadku badań planowych:
    - wyniki przekazywane będą osobie upoważnionej przez Udzielającego zamówienia w terminie jednego dnia licząc od wykonania badania
  - 2/ w przypadku badań CITO
    - wyniki przekazywane będą osobie upoważnionej przez Udzielającego zamówienia w dniu wykonania badania.
8. Wyniki badań wraz z opisem będą przekazywane w formie papierowej oraz na zewnętrznym nośniku danych (płyta CD).

**II. 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 Zleceniodawcy i Narodowego Funduszu Zdrowia (lub jego następcy prawnego) 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. Zobowiązanie się do spełnienia innych wymagań NFZ (lub jego następcy prawnego), których konieczności wprowadzenia nie można przewidzieć w chwili zawarcia umowy .

**Zapoznałem się z opisem przedmiotu postępowania konkursowego**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
( podpis OFERENTA)

