

WARUNKI SZCZEGÓŁOWE POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

31/DO/12/2017

NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE :

- Badania bronchoskopowe
- Badania bakteriologiczne (w kierunku prątką gruźlicy, met. MB-BACT, lekooporność)
- Konsultacje pulmonologiczne
- Konsultacje urologiczne

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2110, 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 2017 r. poz. 1938 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.)

I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

PRZEDMIOTEM KONKURSU SĄ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE:

Pakiet nr 1: Badania bronchoskopowe

Pakiet nr 2: Badania bakteriologiczne (w kierunku prątką gruźlicy, met. MB-BACT, lekooporność)

Pakiet nr 3: Konsultacje pulmonologiczne

Pakiet nr 4: Konsultacje urologiczne

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

Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych, tj. ofert na poszczególne pakiety.

II TERMIN WYKONANIA UMOWY

Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 31 stycznia 2021 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) posiadają wiedzę i doświadczenie ;
 - c) dysponują odpowiednimi pomieszczeniami, wyposażeniem i sprzętem oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
2. Udzielający zamówienia dokona oceny spełniania warunków, o których mowa w pkt 1 na podstawie oświadczeń i dokumentów określonych w Rozdziale IV, pkt 1 przedłożonych przez Oferenta.

IV WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM

1. W celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu Oferent składa niżej wymienione dokumenty:
 - a) oświadczenia Oferenta o spełnianiu warunków określonych przez Zamawiającego
załącznik Nr 2
 - a) Oświadczenie dotyczące dysponowania potencjałem (technicznym i osobowym) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia , stanowiące załącznik nr 3 do warunków szczegółowych konkursu podpisane przez osobę /y/ uprawnioną /e/
2. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia 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) 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.

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

V. 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 31/DO/12/2017 – Pakiet nr.....”.
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 na określony pakiet.
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 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 Udzielającego zamówienia w Zabrze przy ul. Zamkowej nr 4, w Dziale Organizacji Usług Medycznych i Statystyki, pokój nr 1.04, do dnia 12 stycznia 2018 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 12 stycznia 2018 r. o godz. 11³⁰ w siedzibie Udzielającego zamówienia w Zabrze przy ul. Zamkowej nr 4, w Budynku Dyrekcji.

VII TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA

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

VIII. 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:

CENA **100 pkt**

Oferta o najniższej cenie brutto wartości całkowitej za świadczenie zdrowotne otrzyma 100 punktów. Oferty o wyższej cenie otrzymają proporcjonalnie mniej punktów wg wzoru:

$$X = \frac{\text{cena najniższa}}{\text{cena badanej oferty}} \times 100 \text{ punktów}$$

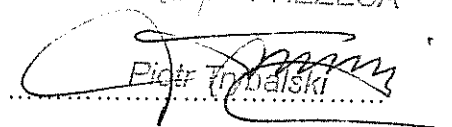
Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienia wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

IX. INFORMACJE KOŃCOWE

- Postępowanie będzie prowadzone z zastosowaniem przepisów obowiązujących zgodnie z art.26 i 27 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.
- Zapytania ofertowe w formie pisemnej można składać najpóźniej do dnia 05.01.2018 r. do godz. 10⁰⁰.
- 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.
- Z Oferentem, którego oferta będzie wybrana, zostanie podpisana umowa zgodnie z projektem zawartym w załączniku nr 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

Z a t w i e r d z a m PREZESA

Zastępca Prezesa Piotr Trybalski


Piotr Trybalski

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 .

Pakiet nr 1:

Całkowita wartość planowanych badań wynosi:

wartość brutto zł

(słownie)

Pakiet nr 2:

Całkowita wartość planowanych badań wynosi:

wartość brutto zł

(słownie)

Pakiet nr 3:

Całkowita wartość planowanych konsultacji wynosi:

wartość brutto zł

(słownie)

Pakiet nr 4:

Całkowita wartość planowanych konsultacji wynosi:

wartość brutto zł

(słownie)

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

1.
2.
3.
4.

- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....
- 11.....
- 12.....
- 13.....

Data:

.....

Pieczęć i podpis Oferenta



FORMULARZ CENOWY

Deklaruję realizację zamówienia na niżej wymienione usługi zdrowotne za wynagrodzeniem w wysokości:

I. Pakiet I**BADANIA BRONCHOSKOPOWE**

Przedmiot	Ilość	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT %	Wartość brutto
Badania bronchoskopowe	30				
Wartość całkowita					

1. Podane ilości mają charakter szacunkowy i mogą ulec zmniejszeniu bez uzasadnienia Udzielającego zamówienia.
2. Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 31 stycznia 2021 r.
3. Warunki wymagane od Oferentów:
 - 1/ Dysponowanie osobami posiadającymi kwalifikacje i uprawnienia do świadczenia usług będących przedmiotem konkursu
 - 2/ Dysponowanie pomieszczeniami i urządzeniami spełniającymi wymogi określone odrębnymi przepisami prawa.
 - 3/ Posiadanie dla aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego do udzielania świadczeń dokumentów potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych dokonanych przez uprawnione podmioty.
 - 4/ Posiadanie polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z § 2 projektu umowy.
4. Proponuję udzielanie świadczeń w następujące dni tygodnia:.....
..... w godzinach od do
5. Sposób odbioru wyników badań: wyniki wydawane będą pacjentowi lub osobie przez nią upoważnionej bądź osobie upoważnionej przez Udzielającego zamówienia
6. 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 31/DO/12/2017 na świadczenia zdrowotne w zakresie badań brochoskopowych
7. Oświadczam, że termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.
8. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
9. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią Warunków szczegółowych postępowania konkursowego nr 31/DO/12/2017 na świadczenia zdrowotne w zakresie badań bronchoskopowych.

.....
data.....
czytelny podpis Oferenta

FORMULARZ CENOWY

Deklaruję realizację zamówienia na niżej wymienione usługi zdrowotne za wynagrodzeniem w wysokości:

I. Pakiet II

BADANIA BAKTERIOLOGICZNE (w kierunku prątka gruźlicy, met. MB-BACT, lekooporność)

1/ BADANIA BAKTERIOLOGICZNE met. MB-BACT

2/ BADANIA BAKTERIOLOGICZNE lekooporność

Przedmiot	Ilość	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT %	Wartość brutto
1/ Badania bakteriologiczne- met. MB-BACT,	210				
2/Badania bakteriologiczne lekooporność Myc Tuberculosis	30				
Wartość całkowita					

- Podane ilości mają charakter szacunkowy i mogą ulec zmniejszeniu bez uzasadnienia Udzielającego zamówienia.
- Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 31 stycznia 2021 r.
- Warunki wymagane od Oferentów:
 - Dysponowanie osobami posiadającymi kwalifikacje i uprawnienia do świadczenia usług będących przedmiotem konkursu
 - Dysponowanie pomieszczeniami i urządzeniami spełniającymi wymogi określone odrębnymi przepisami prawa.
 - Posiadanie dla aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego do udzielania świadczeń dokumentów potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych dokonanych przez uprawnione podmioty.
 - Posiadanie polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z § 2 projektu umowy.
- Proponuję udzielanie świadczeń w następujące dni tygodnia:.....
..... w godzinach od do
- Sposób odbioru wyników badań: wyniki wydawane będą pacjentowi lub osobie przez nią upoważnionej bądź osobie upoważnionej przez Udzielającego zamówienia
- 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 31/DO/12/2017 na świadczenia zdrowotne w zakresie badań bakteriologicznych (w kierunku prątka gruźlicy met. MB-BACT, lekooporność)
 - Badania bakteriologiczne- met. MB-BACT, 2/Badania bakteriologiczne lekooporność Myc Tuberculosis
- Oświadczam, że termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
- Oświadczam, że zapoznałem /am/ się z treścią Warunków szczegółowych postępowania konkursowego nr 31/DO/01/2017 na świadczenia zdrowotne w zakresie badań bakteriologicznych (w kierunku prątka gruźlicy met. MB-BACT, lekooporność)
 - Badania bakteriologiczne- met. MB- BACT,
 - Badania bakteriologiczne lekooporność Myc Tuberculosis

.....
data

.....
czytelny podpis Oferenta

FORMULARZ CENOWY

Deklaruję realizację zamówienia na niżej wymienione usługi zdrowotne za wynagrodzeniem w wysokości:

I. Pakiet III**KONSULTACJE PULMONOLOGICZNE**

Przedmiot	Ilość	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT %	Wartość brutto
Konsultacje pulmonologiczne	30				
Wartość całkowita					

1. Podane ilości mają charakter szacunkowy i mogą ulec zmniejszeniu bez uzasadnienia Udzielającego zamówienia.
2. Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 31 stycznia 2021 r.
3. Warunki wymagane od Oferentów:
 - 1/ Dysponowanie osobami posiadającymi kwalifikacje i uprawnienia do świadczenia usług będących przedmiotem konkursu
 - 2/ Dysponowanie pomieszczeniami i urządzeniami spełniającymi wymogi określone odrębnymi przepisami prawa.
 - 3/ Posiadanie dla aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego do udzielania świadczeń dokumentów potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych dokonanych przez uprawnione podmioty.
 - 4/ Posiadanie polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z § 2 projektu umowy.
- 4 Świadczenia udzielane będą całodobowo 7 dni w tygodniu 24 godziny na dobę.
5. Zgłoszenie potrzeby konsultacji dokonywane będzie telefonicznie z dwu/trzydniowym wyprzedzeniem przed planowanym terminem udzielenia świadczenia.
6. Możliwość wykonania konsultacji na „CITO” w ciągu 24 godzin.
7. Sposób odbioru wyników konsultacji : wyniki wydawane będą osobie upoważnionej przez Udzielającego zamówienia.
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 31/DO/12/2017 na świadczenia zdrowotne w zakresie konsultacji pulmonologicznych.
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 31/DO/12/2017 na świadczenia zdrowotne w zakresie konsultacji pulmonologicznych.

.....
data

.....
czytelny podpis Oferenta

FORMULARZ CENOWY

Deklaruję realizację zamówienia na niżej wymienione usługi zdrowotne za wynagrodzeniem w wysokości:

I. Pakiet IV**KONSULTACJE UROLOGICZNE**

Przedmiot	Ilość	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT %	Wartość brutto
Konsultacje urologiczne	60				
Wartość całkowita					

1. Podane ilości mają charakter szacunkowy i mogą ulec zmniejszeniu bez uzasadnienia Udzielającego zamówienia.
2. Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 31 stycznia 2021 r.
3. Warunki wymagane od Oferentów:
 - 1/ Dysponowanie osobami posiadającymi kwalifikacje i uprawnienia do świadczenia usług będących przedmiotem konkursu
 - 2/ Dysponowanie pomieszczeniami i urządzeniami spełniającymi wymogi określone odrębnymi przepisami prawa.
 - 3/ Posiadanie dla aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego do udzielania świadczeń dokumentów potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych dokonanych przez uprawnione podmioty.
 - 4/ Posiadanie polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z § 2 projektu umowy.
4. Świadczenia udzielane będą całodobowo 7 dni w tygodniu 24 godziny na dobę.
5. Zgłoszenie potrzeby konsultacji dokonywane będzie telefonicznie z dwu/trzydniowym wyprzedzeniem przed planowanym terminem udzielenia świadczenia.
6. Możliwość wykonania konsultacji na „CITO” w ciągu 24 godzin.
7. Sposób odbioru wyników konsultacji: wyniki wydawane będą osobie upoważnionej przez Udzielającego zamówienia.
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 31/DO/12/2017 na świadczenia zdrowotne w zakresie konsultacji pulmonologicznych.
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 31/DO/12/2017 na świadczenia zdrowotne w zakresie konsultacji pulmonologicznych.

.....
data

.....
czytelny podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie: udzielania świadczeń zdrowotnych nr 31/DO/12/2017 Pakiet nr 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.
 - 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
(miejscowość)

.....
czytelny podpis oferenta

OPIS PRZEDMIOTU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

WYMAGANIA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO:

1. Możliwość wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych minimum 5 dni w tygodniu, minimum 4 godziny dziennie (**dot. pakietów 1 i 2,**).
2. Możliwość ustalenia konkretnej daty i godziny udzielenia świadczenia (**pakiet 1 i 2,**).
3. Możliwość całodobowego dostępu - 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę (**3 i 4**),
4. Możliwość wykonania konsultacji na „CITO” w ciągu 24 godzin (**pakiet 3 i 4**)
5. Świadczenia wykonywane będą przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, uprawnieniach zawodowych
6. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Przyjmującego zamówienie.
7. Pomieszczenia, sprzęt i aparatura medyczna, które wykorzystywane będą do realizacji przedmiotowych świadczeń zdrowotnych winy spełniać wymogi określone przepisami prawa.
8. Zapewnienie ciągłości świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.
9. Wyniki badań wydawane będą:
Wyniki badań/konsultacji wydawane będą:
a/ **dla pakietu 1 i 2**
wyniki wydawane będą pacjentowi lub osobie przez nią upoważnionej bądź osobie upoważnionej przez Udzielającego zamówienia
c/ **dla pakietu 3 i 4**
wyniki wydawane będą osobie upoważnionej przez Udzielającego zamówienia.

II. DODATKOWE WYMAGANIA ZLECENIODAWCY DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA DLA WSZYSTKICH PAKIETÓW:

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 Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie świadczonych usług w ramach zawartej umowy.
4. Realizowanie świadczeń zdrowotnych na podstawie skierowania na wykonanie świadczenia wydanego przez Udzielającego zamówienia zawierającego dane określone dla druku skierowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
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 dokonanych przez uprawnione podmioty.
7. Zobowiązanie się do spełnienia innych wymagań NFZ, których konieczności wprowadzenia nie można przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

Zapoznałem się z opisem przedmiotu postępowania konkursowego

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis OFERENTA)

U M O W A – P R O J E K T
o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

zawarta w dniu w Zabrzu
pomiędzy:

Szpitałem Miejskim w Zabrzu Sp. z o.o. z siedzibą: 41-803 Zabrze, ul. Zamkowa 4

wpisanym do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000328484, o kapitale zakładowym w wysokości 77 111 100 600,00 zł, NIP: 648-270-05-83, REGON: 241127857

reprezentowanym przez:

1. Prezesa Zarządu – Mariusza K. Wójtowicza
2. Zastępcę Prezesa – Piotra Trybalskiego

zwanym w treści „Udzielającym zamówienie „,

a

.....
.....
..... reprezentowanym przez :

.....
zwanym dalej „Przyjmującym zamówienie”,

§ 1

1. Działając na podstawie:

- a) art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.) (dalej jako „Ustawa”) oraz art. 140-141, rat 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, 151 ust. 1 2 oraz 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 poz. 1938 z późn. zm.);
- b) decyzji Zarządu Szpitala z dnia podjętej w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania
dotyczącej wyboru oferty Przyjmującego zamówienie

Udzielający zamówienia zamawia, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie Pakietu/ów
.....wymienionych w Załączniku nr 1 stanowiącym integralną część niniejszej umowy.

§ 2

1. Udzielający zamówienia zobowiązuje się do:

- 1) Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i szczegółowymi wymogami NFZ oraz prowadzić sprawozdawczość statystyczną zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
- 2) Poddania się kontroli prowadzonej przez właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 poz. 1938 z późn. zm.), a także do poddania się kontroli Udzielającego zamówienia w zakresie realizacji niniejszej umowy. W wyniku przeprowadzonej kontroli Udzielający zamówienia może wydać zalecenia pokontrolne zmierzające do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w wyznaczonym terminie.
- 3) Utrzymania ważnego ubezpieczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w trakcie trwania niniejszej umowy. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej ulega rozwiązaniu w trakcie trwania niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest dostarczyć Udzielającemu zamówienia kopię nowej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy.

2. Przyjmujący zamówienie oświadcza że :

- 1) posiada odpowiednie kwalifikacje, uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie obejmującym przedmiot zamówienia.
- 2) odpowiada wobec Udzielającego zamówienia i pacjentów podlegających świadczeniom objętych umową za wszelkie szkody będące następstwem niewykonania, nienależytego, nieterminowego wykonania przedmiotu umowy.
- 3) odpowiedzialność na szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczenia w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie.
- 4) jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych przez siebie usług w wysokości określonej przepisami prawnymi.

§ 3

Warunki realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie Pakietu zgodnie z załącznikiem nr 2 formularzem cenowym oraz opisem przedmiotu postępowania konkursowego załącznik nr 4 .

<Uwaga: powtórzyć w zależności od ilości uzyskanych pakietów.>

§4

1. Świadczenia zdrowotne określone w §1 wykonywane będą w siedzibie Przyjmującego zamówienie na podstawie skierowań/zleceń wystawionych przez lekarzy Udzielającego zamówienia.
2. Skierowanie/zlecenie winno zawierać:
 - a) datę wystawienia i pieczęć nagławkową Udzielającego zamówienia,
 - b) podpis i pieczęć imienną lekarza kierującego,
 - c) imię i nazwisko, PESEL osoby kierowanej na badania,
 - d) zakres zleconych świadczeń zdrowotnych (badań/konsultacji itp...)
3. W przypadku wykonania usługi na podstawie skierowania/zlecenia wystawionego niezgodnie z warunkami określonymi w § 4 ust. 2 Przyjmujący zamówienie dokona tej czynności na własny koszt i ryzyko.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykonywać świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów kierowanych w tym celu przez Udzielającego zamówienia. Rodzaj, termin wykonania oraz cenę udzielanych w ramach umowy świadczeń zdrowotnych, określa załączniki nr 1 i 2 do umowy.
5. Świadczenia zdrowotne zlecane będą w rodzaju i liczbie uzależnionej od aktualnych potrzeb Udzielającego zamówienia.
6. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do nie wykorzystania pełnego zakresu usług objętych umową w przypadku zmniejszonego zapotrzebowania, czego nie można było przewidzieć w chwili zawierania umowy.
7. Udzielający zamówienia zapewnia we własnym zakresie transport pacjentów hospitalizowanych do siedziby Przyjmującego zamówienie.
8. Strony ustalają, że dopuszcza się następujące zasady dostarczenia wyników wykonanych konsultacji i/lub badań:
 - a)
 - b)

§5

1. Cena za świadczenia zdrowotne w zakresie Pakietu zgodnie z formularzem cenowym wynosi:
 - cena jednostkowa za badanie /konsultacjęzł brutto
 - (słownie:)

<Uwaga: powtórzyć w zależności od ilości uzyskanych pakietów.>

2. Łączna wartość Pakietu brutto wynosi:

<Uwaga: powtórzyć w zależności od ilości uzyskanych pakietów.>

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się utrzymać ceny stale przez okres trwania umowy.

§ 6

1. Udzielający zamówienia zobowiązany jest do zapłaty należności za wykonane świadczenia zdrowotne według cen określonych w załączniku nr 2 do umowy, na podstawie faktury, w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
2. Za dotrzymanie terminu płatności przyjmuje się datę obciążenia rachunku Udzielającego zamówienia.
3. Strony ustalają miesięczny okres rozliczeniowy. Przyjmujący zamówienie wystawi fakturę do 7-go dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do dostarczania wraz z fakturą szczegółowego wykazu wykonanych świadczeń zdrowotnych - dołączy wykaz wykonanych konsultacji i badań w danym miesiącu (nazwisko, imię pacjenta, rodzaj badań, cenę badania).
5. Zapłata nastąpi na konto Przyjmującego zamówienie...../.....
6. Udzielający zamówienia oświadcza, że jest podatnikiem podatku od towarów i usług o numerze ewidencyjnym NIP i jednocześnie upoważnia Przyjmującego zamówienie do wystawienia faktury VAT bez podpisu osoby upoważnionej do jej otrzymania

§ 7

1. Za prawidłową realizację obowiązków wynikających z zapisów zawartych w niniejszej umowie odpowiadają:
 - ze strony Udzielającego zamówienia tel/fax nr
 - ze strony Przyjmującego zamówienie..... tel/fax nr
2. W przypadku niemożliwości realizacji przedmiotu niniejszej umowy bez względu na zaistniałe przyczyny Udzielający zamówienia ma prawo do realizacji świadczeń zdrowotnych przez osoby trzecie na koszt Przyjmującego zamówienie.

§ 8

1. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu świadczeń wymienionych w § 1.
2. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za nie wykonanie, nienależyte i nieterminowe wykonanie obowiązków związanych z udzielaniem świadczeń wymienionych w § 1.

§ 9

1. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność cywilną i karną za jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Udzielający zamówienia w razie niewykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie ma prawo nałożenia na Przyjmującego zamówienie kary umownej w wysokości 2 % wartości danego pakietu wskazanej w § 5 ust. 2.
3. W razie nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie , Udzielający zamówienia ma prawo nałożenia na Przyjmującego zamówienie kar umownych:
 - w każdym stwierdzonym przypadku naruszenia przepisów prawa i obowiązującej treści umowy w wysokości 100, 00 zł za każdy przypadek.
4. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przenoszącego wysokość kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego w wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
6. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na dokonywanie potrąceń z tytułu odszkodowań , które musiał pokryć Udzielający zamówienia w związku z realizacją niniejszej umowy.

§ 10

Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony oddo dnia 31 stycznia 2021.

§ 11

1. Udzielający zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę w formie pisemnej ze skutkiem natychmiastowym w razie :
 - a) utraty uprawnień do wykonywania przedmiotu postępowania konkursowego,
 - b) popełnienia w czasie trwania umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie, jeśli popełnienie przestępstwa zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu , lub jest oczywiste

- c) powtarzających się uzasadnionych skarg pacjentów, gdy wynikają one z rażącego naruszenia niniejszej umowy oraz przepisów prawa,
 - d) nienależytego udzielania świadczeń przez Przyjmującego zamówienie lub ograniczenia ich zakresu,
 - e) ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenie ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości.
 - f) istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy,
 - g) nie wykonania lub nienależytego wykonania umowy.
2. Umowa niniejsza ulega rozwiązaniu:
- a) z upływem terminu określonego w § 10
 - b) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy
 - c) z powodu wyczerpania łącznej wartości brutto zamówienia
 - d) z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych.
3. Strony umowy mogą rozwiązać umowę z zastosowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.

§ 12

Przyjmujący zamówienie nie może bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienia przenosić wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiejkolwiek formie przewidzianej prawem. W szczególności wierzytelność nie może być przedmiotem zabezpieczenia zobowiązań Przyjmującego zamówienie (np. z tytułu umowy kredytu, pożyczki). Przyjmujący zamówienie nie może również zawrzeć umowy z osobą trzecią (prawa wierzyciela art. 518 KC). Przyjmujący zamówienie nie może również bez zgody Udzielającego zamówienia przyjąć poręczenia za jego zobowiązania ani udzielić pełnomocnictwa do dochodzenia wierzytelności objętych umową innemu podmiotowi niż kancelaria prowadzona przez radcę prawnego lub adwokata.

§ 13

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niniejsza umowa określa wszystkie wzajemne zobowiązania stron i zastępuje wszelkie wcześniejsze ustalenia pomiędzy stronami podjęte w zakresie uregulowanym niniejszą umową.
3. Strony zobowiązują się w razie ewentualnych sporów do podjęcia wszelkich działań prowadzących do polubownego jego zakończenia. Obowiązek ten uważa się za spełniony po podjęciu rozmów potwierdzonych protokołem lub po wymianie korespondencji.

§ 14

Ewentualne spory wynikłe z realizacji niniejszej umowy rozstrzygał będzie sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia

§ 15

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Ustawy o działalności leczniczej, Kodeksu Cywilnego i innych znajdujących zastosowanie przepisów.

§ 16

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo niewykorzystania w pełnym zakresie umowy. Niewykorzystanie przez Udzielającego zamówienia w pełnym zakresie nie wymaga podania przyczyny oraz nie powoduje powstania obowiązku powstania kar umownych i innych odszkodowań z tytułu nie wykonania umowy.

§ 17

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o. o. z siedzibą w Zabrzu przy ul. Zamkowej 4, 41-803 Zabrze, jako administrator danych informuje, że dane osobowe stron umowy przetwarzane są wyłącznie w celu związanym z zawarciem umowy i realizacją współpracy, w tym na potrzeby związane z rozliczaniem, a także w związku z ewentualnymi reklamacjami i dochodzeniem roszczeń oraz kontaktem. Dane osobowe reprezentantów i osób wskazanych do kontaktu są przetwarzane wyłącznie w celu koordynacji współpracy i bieżącego kontaktu. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne dla realizacji ww. celów.

§ 18

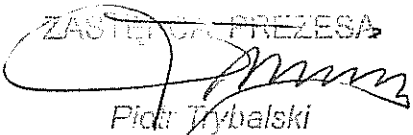
Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

Integralną część umowy stanowią:

- | | |
|--|------------------|
| 1. Formularz ofertowy | - załącznik nr 1 |
| 2. Formularz cenowy | - załącznik nr 2 |
| 3. Opis przedmiotu postępowania konkursowego | - załącznik nr 3 |
| 4. Polisa Seria nrz dnia r.
na okres od dniar. do dnia r. | - załącznik nr 4 |

PRZYJMUYJACY ZAMÓWIENIE

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

1
ZASTĘPCA PREZESA

Piotr Tybalski



ADWOKAT
