SZCZEGÓŁOWE

**WARUNKI KONKURSU /SWK/**

**Świadczenia zdrowotne w zakresie badań rezonansem magnetycznym (RM) dla Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowicach**

|  |  |
| --- | --- |
| **Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach**  **27-200 Starachowice**  **Ul. Radomska 70** | Godziny pracy:700-15ºº  Kasa: 800- 1400  Telefony:  Sekretariat fax 041 273-92-29  Tel. 041 273 91 13 |
| Dział ds. Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia | Tel./fax 041 273-91-82 |
| Adres internetowy <http://zoz.starachowice.sisco.info/> | *Adres poczty elektronicznej*  [*przetargi@szpital.starachowice.pl*](mailto:przetargi@szpital.starachowice.pl) |
| REGON: 291141752 | NIP: 664 18 73 185 |

Opracował: Sprawdził: Zatwierdził:

…………………….. …………………….. ……………………….

*St insp. Ds. zamówień* *Radca prawny*  *Dyrektor PZOZ Starachowice*

*publicznych*

Starachowice dn 29.01.2015

1. **Świadczeniobiorca**

Nazwa: Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej

Adres: ul. Radomska 70

27 – 200 Starachowice

Konto bankowe: 75 1020 26 74 0000 2602 0096 2845 Bank PKO BP S.A.

NIP: 664 18 73 185

REGON: 291141752

1. **FORMA PRZEPROWADZENIA KONKURSU I PODSTAWY PRAWNE**

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 217), zwanej dalej Ustawą oraz art. 146 ust. 1, 147-150, 151 ust. 1-5, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniachopieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)**,** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia , zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz.U. 2014 poz. 1980)

1. **PRZEDMIOT KONKURSU OBEJMUJĄCY:**
2. **Przyjęcie obowiązków udzielania określonych świadczeń zdrowotnych lub świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju wskazanej szacunkowo liczbie osób ubezpieczonych**

**i innych osób uprawnionych do świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej z danego**

**terenu**

Przedmiotem postępowania jest przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **wykonywania badań rezonansem magnetycznym (RM)** osobom ubezpieczonym i innym osobom uprawnionym do świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej z terenów obsługiwanych przez Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowicach przy ul. Radomskiej 70 tj. pacjentów Świadczeniobiorcy szczegółowo określony i realizowany na warunkach określonych w niniejszych szczegółowych warunkach konkursu zwanych dalej **warunkami konkursu**, w tym w szczególności w załączniku nr 1 (opisie przedmiotu konkursu, ceny) i załączniku nr 3 (projekcie umowy) stanowiącymi integralna część niniejszych warunków konkursu oraz w złożonej ofercie.

Szczegółowy zakres przedmiotu konkursu w tym w szczególności nazwy badań, opisane zostały w załączniku nr 1 do niniejszych warunków konkursu stanowiących ich integralną część.

*Zadanie 1*

*Obejmuje wykonywanie badań rezonansem magnetycznym w dni pracujące od poniedziałku do piątku w w godzinach od 08:00 do 18:00 (aparat do obrazowania magnetycznego o natężeniu pola z zakresu od 0,5 T- do 1,5 T)*

*Zadanie 2*

*Obejmuje wykonywanie badań rezonansem magnetycznym w dni pracujące od poniedziałku do piątku*

*w godzinach od 08:00 do 18:00*

*(aparat do obrazowania magnetycznego o natężeniu pola co najmniej1,5T)w ilości określonej w załączniku nr 1 do SWK*

*Zadanie 3*

*Obejmuje wykonywanie badań rezonansem magnetycznym w dni pracujące od poniedziałku do piątku*

*w godzinach od 08:00 do 18:00*

*(aparat do obrazowania magnetycznego o natężeniu pola co najmniej1,5T)w ilości określonej w załączniku nr 1 do SWK*

*Zadanie 4*

*Obejmuje wykonywanie badań rezonansem magnetycznym w dni pracujące od poniedziałku do piątku*

*w godzinach od 18:00 do 08:00 oraz w sobotę, niedzielę, święta i dni wolne od pracy całodobowo*

*(aparat do obrazowania magnetycznego o natężeniu pola co najmniej 1,5 T) w ilości określonej w załączniku nr 1 do SWK*

Świadczeniodawca może złożyć jedną ofertę na jedno, kilka lub wszystkie zadania.

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi dla każdego zadania osobno.

Kod CPV 85150000-5 - Usługi obrazowania medycznego

Wymagania jakie musi spełniać Świadczeniodawca w celu realizacji niniejszego przedmiotu konkursu określają obowiązujące przepisy, a w szczególności:

a) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej(Dz. U. z 2011 r., nr 112, poz. 654),

b) Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz.U. z 2011r. nr 293 poz. 1729 ze zm.)

Ponadto Świadczeniobiorca celem należytego zabezpieczenia zdrowia i życia pacjentów żąda od Świadczeniodawców dodatkowych wymagań:

1) Świadczeniodawca powinien znajdować w odległości max 60 km od siedziby Świadczeniobiorcy

2) Świadczeniodawca musi wykonywać świadczenia w odpowiednich warunkach lokalowych,

sanitarnych i technicznych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa na aparatach spełniających

standardy określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia i obowiązujące przepisy prawa

certyfikowanych gwarantujących skuteczną diagnostykę

3) Badania będą świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje zawodowe i uprawnienia

a) Lekarz specjalista radiolog, wymagane jest dołączenie do oferty zaświadczenia o jego specjalizacji z zakresu rentgenodiagnostyki oraz kursach, szkoleniach z zakresu diagnostyki za pomocą RM

b) Pozostały personel wykonujący badania powinien posiadać wszystkie niezbędne i wymagalne przez

NFZ uprawnienia do wykonywania badań

4) Świadczeniodawca zobowiązany będzie do prowadzenia dokumentacji prowadzonych badań.

a) opis badań objętych zamówieniem dokonywany przez lekarza specjalistę radiologa

b) po każdym badaniu wydanie kompletnej dokumentacji zdjęciowej na płycie CD,DVD

Badania będące przedmiotem konkursu będą wykonywane maksymalnie do 24 godzin od zgłoszenia Świadczeniodawca dostarczać będzie wyniki badań ( w tym na płycie CD,DVD) Świadczeniobiorcy:

- badania po wykonaniu badania do 1godz

Świadczeniobiorca zastrzega, że w przypadku zmiany obowiązujących przepisów Świadczeniodawca, z którym zostanie zawarta umowa zobowiązany jest do dostosowania się do tych zmian.

Świadczeniobiorca nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez przyjmującego zamówienie (Świadczeniodawca) podczas wykonywania przedmiotu zamówienia.

1. **Czas, na który może być zawarta umowa, w tym termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych**

Umowa może być zawarta do dnia 28.05.2016r. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych nastąpi po podpisaniu umowy.

1. **WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONANIA OCENY SPEŁNIENIA TYCH WARUNKÓW**
   * + 1. **Warunki udziału w postępowaniu:**

O przedmiot postępowania mogą ubiegać się Świadczeniodawcy, którzy spełniają warunki dotyczące:

1. Posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności zgodnie

z obowiązującymi przepisami a w szczególności określonymi w pkt III ust 1) niniejszych

warunków konkursu

1. Posiadania wiedzy i doświadczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami a w szczególności określonymi w pkt III ust 1) niniejszych warunków konkursu.
2. Dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu zgodnie z obowiązującymi przepisami a w szczególności określonymi w pkt III ust 1) niniejszych warunków konkursu.
3. Sytuacji ekonomicznej i finansowej gdzie Świadczeniobiorca określa szczegółowy warunek

w tym zakresie t. j. ważna polisa OC w zakresie prowadzonej działalności w tym działalności

objętej przedmiotem niniejszego postępowania w okresie jego realizacji lub w przypadku jej

niedostarczenia wraz z ofertą oświadczenie iż na okres obowiązywania umowy

Świadczeniodawca pozostaje objęty ww. polisą, a następnie udokumentowanie w terminie nie

dłuższym niż 30 dni od daty podpisania umowy (brak udokumentowania w ww. terminie skutkuje

rozwiązaniem umowy bez wypowiedzenia).

* + - 1. **Opis sposobu dokonania oceny spełnienia warunków udziału   
         w postępowaniu**

Ocena spełnienia warunków udziału w postępowaniu dokonywana będzie na podstawie złożonych przez Świadczeniodawców w niniejszym postępowaniu dokumentów i oświadczeń metodą ***spełnia/nie spełnia z zastrzeżeniem, że komisja konkursowa działa zgodnie z rozporządzeniem tj. przyjmuje wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Świadczeniodawców.***

1. **WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ OFERENCI W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**
   * + 1. **Formularz ofertowy, cenowy** wraz z **informacjami** i **oświadczeniami Świadczeniodawcy** (wzór stanowi załącznik nr 1 i nr 2 do niniejszych szczegółowych warunków konkursu wypełniony i podpisany przez Świadczeniodawcę.
       2. **Pełnomocnictwo/umocowanie prawne**, w przypadku gdy ofertę, składane dokumenty   
          i oświadczenia podpisuje osoba nie widniejąca w dokumentach rejestrowych.
       3. **Aktualny odpis z właściwego rejestru**, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
       4. **Aktualny dokument zezwolenia** wydany przez Państwowy Inspektorat Sanitarny na prowadzenie pracowni RM
       5. **Aktualna Polisa OC** w zakresie prowadzonej działalności w tym działalności objętej przedmiotem niniejszego postępowania wraz z potwierdzeniem opłaty lub w przypadku jej niedostarczenia wraz

z ofertą oświadczenie iż na okres obowiązywania umowy Świadczeniodawca pozostaje objęty ww.

polisą, a następnie udokumentowanie w terminie nie dłuższym niż 30 dni od daty podpisania umowy

(brak udokumentowania w ww. terminie skutkuje rozwiązaniem umowy bez wypowiedzenia) .

* + - 1. **Certyfikat , dopuszczenia** potwierdzające że oferowane usługi oraz aparatura służąca do wykonywania badań spełniają standardy jakości (dopuszczone do użytkowania na terenie Polski)
      2. **Zaświadczenia specjalizacji**  z zakresu rentgenodiagnostyki oraz kursach i szkoleniach z zakresu diagnostyki za pomocą RM lekarza radiologa
      3. **Wykaz aparatury wraz z rokiem produkcji, natężeniem pola (..T),** na której będą wykonywane badania
      4. **Wykaz podmiotów, z którymi Świadczeniodawca posiada zawarte umowy** tytułem usług z diagnostyki za pomocą RM

Dokumenty są składane w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez Świadczeniodawcę.

Świadczeniobiorca może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy złożona kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.

Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski.

1. **INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZE ŚWIADCZENIOBIORCĄ Z ŚWIADCZENIODAWCYMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW A TAKŻE WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z ŚWIADCZENIODAWCYMI**

**1. Informacje o sposobie porozumiewania się z Świadczeniobiorcom**

**przez Świadczeniodawców oraz przekazywania oświadczeń lub dokumentów:**

W niniejszym postępowaniu porozumiewanie się Świadczeniobiorcy z Świadczeniodawcami następuje w sposób pisemny

**2. Osoby uprawnione do porozumiewania się z Świadczeniodawcami:**

1. W sprawach dotyczących przedmiotu zamówienia:

Imię i nazwisko: Anita Rosołowska

Telefon: 41 27490 31

Termin: poniedziałek - piątek w godzinach 800 - 1400

1. W sprawach proceduralnych:

Imię i nazwisko: Włodzimierz Żyła

Telefon: 041 2739182

Termin: poniedziałek - piątek w godzinach 800 - 1400

1. **OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERT**
2. Świadczeniodawca może złożyć jedną ofertę na jedno kilka lub wszystkie zadania
3. Ofertę składa się, pod rygorem nieważności w formie pisemnej (pismem maszynowym, komputerowym, czytelnym ręcznym), w języku polskim, podpisaną przez osobę uprawnioną/upoważnioną do reprezentowania Świadczeniodawcy.
4. Treść oferty musi odpowiadać treści niniejszym szczegółowym warunkom konkursu   
   i zawierać dane określone w Formularzu ofertowym (wzór stanowi Załącznik nr 1 do niniejszych szczegółowych warunków konkursu).
5. Do oferty należy dołączyć wymagane niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu dokumenty, oświadczenia, załączniki ( Dział V).
6. Proponuje się, aby wszystkie zapisane strony oferty wraz z załącznikami były kolejno ponumerowane i złączone w sposób trwały oraz na każdej stronie podpisane przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Świadczeniodawcy, przy czym co najmniej na pierwszej i ostatniej stronie oferty podpis był opatrzony pieczęcią imienną Świadczeniodawcy. Pozostałe strony mogą być parafowane.
7. Wszelkie poprawki lub zmiany w treści oferty muszą być parafowane własnoręcznie i datowane przez osobę podpisującą ofertę.
8. Świadczeniodawca winien umieścić ofertę w nieprzejrzystej, zapieczętowanej kopercie (w sposób gwarantujący zachowanie poufności treści oferty oraz zabezpieczającej jej nienaruszalność do terminu otwarcia ofert), zaadresowanej na adres Świadczeniobiorcy określony w dziale I niniejszych warunków konkursu, opatrzonej nazwą, dokładnym adresem Świadczeniodawcy oraz

oznaczonej w sposób następujący:

**Oferta na:**

**„Konkurs na świadczenia zdrowotne w zakresie badań rezonansem magnetycznym ”Sprawa nr KŚZ/01/01/2015/RM**

oraz

**„nie otwierać przed terminem otwarcia ofert tj. 25.02.2015r. godz. 11.15”.**

1. Konsekwencje nieprawidłowego złożenia oferty lub jej niewłaściwego oznakowania ponosi Świadczeniodawca.
2. Koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi składający ofertę.
3. **OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY**
   * + 1. Cenę należy wyliczyć w załączniku nr 1 i przenieść do – Formularza ofertowego zał. nr 2 do niniejszych szczegółowych warunków konkursu w PLN cyfrowo i słownie do dwóch miejsc po przecinku.

Cena nie ulega zmianie przez okres ważności oferty (związania ofertą) oraz jest stała w okresie

obowiązywania umowy z zastrzeżeniem, że może ulec zmianie przy ustawowej zmianie podatku

VAT.

1. **OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI SWIADCZENIOBIORCABĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERT, WRAZ Z PODANIEM ZNACZENIA TYCH KRYTERIÓW I SPOSOBU OCENY OFERT**
   * + 1. **Opis kryteriów, którymi Świadczeniobiorca będzie kierował się przy wyborze ofert wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów:**
2. Kryterium oceny ofert w niniejszym postępowaniu jest cena brutto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa kryterium** | **Waga** |
| 1 | Cena | 80% |
| 2 | Odległość od siedziby świadczeniobiorcy | 20% |

1. W kryterium oceny ofert Świadczeniobiorca ocenia:

Wartość punktową ceny.

* + - 1. **Sposób oceny ofert:**

Ocena ofert będzie dokonana w sposób następujący:

Najniższa cena  **uzyska odpowiednio** – 80 %

pozostałe będą liczone przy zastosowaniu wzoru:

**a) W kryterium :cena**

**WP = Wn/ Wb x 80 % x 100**

**Słowniczek :**

WP – liczba otrzymanych punktów w kryterium cena

Wn – cena najniższa z ofert ocenianych

Wb – cena oferty ocenianej

100% – waga kryterium

100 – stały wskaźnik

Ocena ofert będzie dokonana w sposób następujący:

Najniższa cena  **uzyska odpowiednio** – 80 pkt

pozostałe będą liczone przy zastosowaniu wzoru:

**b) W kryterium :odległość od siedziby Świadczeniobiorcy**

**odległość od siedziby Świadczeniobiorcy** – wartość kryterium - **20 %**

Kryterium odległości – (OD

Odległość od siedziby Świadczeniodawcy

0 – km – 20 pkt

0 -20 km – 10 pkt

20-60 km – 5 pkt

Maksymalna ilość punktów do uzyskania w kryterium „odległość od siedziby Świadczeniodawcy” wynosi – 20 pkt

1. **MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA ORAZ OTWARCIA OFERT**
2. **Miejsce oraz termin składania ofert**

Miejsce składania ofert: siedziba Świadczeniobiorcy określona w Dziale I niniejszych szczegółowych warunków konkursu **Pokój nr 245 (Sekretariat)**

Termin składania ofert: do dnia **25.02.2015** roku do godziny **11.00 (liczy się wpływ oferty)**

1. **Miejsce oraz termin otwarcia ofert**

Miejsce otwarcia ofert: siedziba Świadczeniobiorcy określona w Dziale I niniejszych szczegółowych warunków konkursu **Pokój nr 202 (sala konferencyjna)**

Termin otwarcia ofert: w dniu **25.02.2015r.** o godzinie **11.15**

1. Świadczeniodawca może, przed upływem terminu do składania ofert, zmienić lub wycofać ofertę. Warunkiem jest pisemne powiadomienie Świadczeniobiorcy o zmianie lub wycofaniu oferty otrzymane przed upływem terminu do składania ofert. Powiadomienie musi być opisane w sposób określony w niniejszym dziale   
   i dodatkowo oznaczone słowami „ZMIANA:, „WYCOFANIE”
2. Świadczeniobiorca niezwłocznie zwraca ofertę, która została złożona po terminie.
3. **MIEJSCE I TERMIN ROSTRZYGNIĘCIA KONKURSU**

Miejsce rozstrzygnięcia konkursu: siedziba Świadczeniobiorcy określona w Dziale I niniejszych szczegółowych warunków konkursu.

Termin rozstrzygnięcia konkursu: nastąpi w siedzibie Świadczeniobiorcy w terminie związania ofertą.

1. **TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**
   * + 1. Świadczeniodawca jest związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
       2. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
2. **INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY ZOSTAĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY**

1. Świadczeniobiorca udzieli zamówienia Świadczeniodawcy, którego oferta jest zgodna z warunkami

konkursu oraz zostanie uznana za najkorzystniejszą.

2. Komisja konkursowa informuje pisemnie o ofertach odrzuconych zgodnie z art. 149 ustawy z dnia

27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U.

z 2008 Nr 164, poz. 1027 ze zm.).

3. Informacja o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczona na stronie internetowej

(http://zoz.starachowice.sisco.info/, tablicy informacyjnej PZOZ Starachowice , ul. Radomska 70

oraz zostaną przesłane Świadczeniodawcom pocztą w terminie związania z ofertą.

1. Świadczeniodawca, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, zobowiązany jest do

zawarcia umowy w terminie określonym przez Świadczeniobiorcy.

1. **WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO**

**WYKONANIA UMOWY**

Świadczeniobiorca nie żąda od Świadczeniodawcy zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

1. **ISTOTNE DLA STRON POSTANOWIENIA, KTÓRE ZOSTANĄ**

**WPROWADZONE DO TREŚCI ZAWIERANEJ UMOWY, OGÓLNE WARUNKI**

**UMOWY ALBO WZÓR UMOWY**

Istotne dla stron postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy stanowi **Załącznik nr 3** do niniejszych szczegółowych warunków konkursu.

1. **ZASTRZEŻENIE O PRAWIE DO ODWOŁANIA KONKURSU ORAZ DO PRZESUNIĘCIA TERMINU SKŁADANIA OFERT I TERMINU OGŁOSZENIA ROZSTRZYGNIĘCIA KONKURSU**

Świadczeniobiorca ma prawo do odwołania konkursu ofert oraz do przedłużenia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

1. **INFORMACJĘ O MOŻLIWOŚCI SKŁADANIA SKARG I PROTESTÓW**

**DOTYCZACYCH KONKURSU OFERT**

1. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 217r.) ze

zm.) oraz art. 152; 153 i154 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 Nr 164, poz. 1027 ze zmianami) przysługują

następujące środki odwoławcze:

2. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez

Świadczeniobiorcy zasad przeprowadzenia konkursu ofert, przysługują środki odwoławcze.

3. Środki odwoławcze nie przysługują na niedokonanie wyboru przyjmującego zamówienie

i unieważnienie postępowania konkursowego.

4. W toku postępowania konkursowego, do czasu jego zakończenia, Świadczeniodawca może złożyć do

komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

5. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba że z treści

protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.

6. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej

odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

7. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

8. Informacje o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu umieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na

stronie internetowej Świadczeniobiorcy.

9. W przypadku uwzględnieniu protestu, Komisja powtarza zaskarżona czynność.

10. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu konkursowym może wnieść do Dyrektora

Szpitala, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o wyniku konkursu Świadczeniodawca, odwołanie

dotyczące rozstrzygnięcia konkursu ofert. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

11. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, Wniesienie odwołania

wstrzymuje zawarcie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

1. **POSTANOWIENIA DODATKOWE** 
   * + 1. Świadczeniobiorca dopuszcza składanie ofert częściowych na jedno kilka lub wszystkie zadania
       2. Świadczeniobiorca nie dopuszcza składanie ofert wariantowych.
       3. Świadczeniobiorca nie przewiduje między Świadczeniobiorcą a Świadczeniodawcą rozliczenia w walutach obcych.
       4. Świadczeniobiorca nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.
       5. **Pozostałe informacje:**

1) Udostępnienie niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu:

Niniejsze Szczegółowe Warunki Konkursu udostępnia się na stronie internetowej oraz

w siedzibie Świadczeniobiorcy pokój 218 w godzinach pracy określonych w Dziale I Szczegółowych Warunków Konkursu.

2) Do spraw nieuregulowanych w niniejszych szczegółowych warunkach konkursu zastosowanie mają przepisy określone w dziale II niniejszych szczegółowych warunków konkursu oraz ustawa kodeks cywilny.

1. **ZAŁĄCZNIKI**

Załączniki stanowią integralną część niniejszych dodatkowych warunków przetargu.

**Załączniki:**

1. Załącznik nr 1 – przedmiot postępowania cennik
2. Załącznik nr 2 - wzór Formularza ofertowego
3. Załącznik nr 3 - projekt umowy

Załącznik nr 2

FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Świadczeniodawcy:

Imię i Nazwisko/Nazwa...........................................................

Adres/Siedziba........................................................

Nr wpisu do rejestru wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NIP.............................................................

REGON.....................................................

Tel/faks........................................................

adres poczty elektronicznej …….……………..@..................................................

Świadczeniobiorca :

Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej

Ul. Radomska 70

27 – 200 Starachowice

W związku z ogłoszeniem konkursu na „na świadczenia zdrowotne w zakresie badań rezonansem magnetycznym dla Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowic” Sprawa nr KŚZ/01/01/2015/RM my niżej podpisani:

Oferujemy w zakresie realizacji przedmiotu postępowania tj. badań za cenę. (tabelę wypełnić dla każdego zadania osobno)

Zadanie ……………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | zł | Słownie zł |
| Cena |  |  |
|  | km |  |
| Odległość od siedziby Świadczeniobiorcy |  |  |

1. Warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki łączności

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Liczbę i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych obejmujących przedmiot postępowania

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lp. | Nazwa  zakresu  świadczeń | Imię i  nazwisko | PESEL | Wykształcenie  i kwalifikacje | Stopień  specjalizacji/  numer wykonywania  zawodu | staż pracy  w  zawodzie | uwagi |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Proponowany czas trwania umowy

do 28.05.2016 roku

1. Sposób zapłaty:

Świadczeniodawca oświadcza, że sposób zapłaty nastąpi zgodnie z opisanym w projekcie umowy.

1. Osoby umocowane:

Osoby do kontaktów ze Świadczeniodawcy

1.Imię i nazwisko:........... .......... .......... .......... tel. kontaktowy, faks: .......... .......... .......... zakres odpowiedzialności:…………………………………………………

2. Imię i nazwisko:........... .......... .......... .......... tel. kontaktowy, faks: .......... .......... .......... zakres odpowiedzialności:………………………………………………….

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Ogłoszeniem o konkursie oraz ze Szczegółowymi warunkami konkursu na świadczenia zdrowotne w zakresie badań rezonansem magnetycznym  
   w tym z opisem przedmiotu stanowiącym Załącznik nr 1 oraz projektem umowy stanowiącym Załącznik nr 3 do szczegółowych warunków konkursu i przyjmujemy te warunki bez zastrzeżeń.
2. Oświadczamy, że otrzymaliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Szczegółowych Warunkach Konkursu.
4. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy

ze Świadczeniobiorcą na warunkach określonych w Ogłoszeniu, Szczegółowych warunkach konkursu na świadczenia zdrowotne z zakresu badań rezonansem magnetycznym w tym określonych w opisie przedmiotu stanowiącym Załącznik nr 1 i projekcie umowy stanowiącym Załącznik nr 3 do szczegółowych warunków konkursu oraz złożonej ofercie.

1. Oświadczamy, że spełniamy warunki określone w szczegółowych warunków konkursu na

świadczenia zdrowotne, a w szczególności określone w pkt III i pkt. IV szczegółowych

warunków konkursu.

1. Oświadczamy, że nie byliśmy karani w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą

w tym obejmującą przedmiot postępowania,

1. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączamy następujące dokumenty  
    i oświadczenia: .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .................... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... ……………………………………………………………………………………………….
2. Inne informacje Świadczeniodawcy: ………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

………………………………… ……………………………………

*(miejscowość i data) (czytelne podpisy osób uprawnionych)*

Załącznik do faktury nr …………… z dnia………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data realizacji | Nr zlecenia | Dane pacjenta (PESEL, Imię i nazwisko, Data urodzenia) | Nazwa badania | Ilość | Cena | Imię i nazwisko lekarza zlecającego | Komórka zlecająca badanie (Oddział / Poradnia) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Załącznik nr 3

Istotne warunki dla stron postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy

*Projekt*

UMOWA nr KŚZ/01/01/2015/RM

na świadczenia zdrowotne w zakresie badań rezonansem magnetycznym

zawarta w dniu ................................. roku w Starachowicach pomiędzy:

**Powiatowym Zakładem Opieki Zdrowotnej** z siedzibą w Starachowicach przy ul. Radomskiej 70,

27 – 200 Starachowice, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000001257 NIP: 664-18-73-185, REGON: 291141752, reprezentowany przez:

# Dyrektora Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Sebastiana Petrykowskiego

1. **Głównego Księgowego – Magdalenę Moskal**

zwanym dalej „Świadczeniobiorcą ”

a

.............................................................................................................................., z siedzibą w..........................., przy ul..............., wpisaną do Rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla............................., ….. Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS:....................., NIP: …………………………..,

reprezentowanym przez:

......................................... lub

/..................................................................................zamieszkałą w..........................., przy ul..............., .prowadzącą działalność gospodarczą zarejestrowaną w ewidencji działalności gospodarczej pod nr ……………. prowadzoną przez…………………………………………..

NIP …………………………….; REGON ………………………………….

reprezentowany przez:

1. ..........................................

zwany dalej „Świadczeniodawcą”

następującej treści:

§ 1

Niniejsza umowa jest:

1. następstwem wyboru przez Świadczeniobiorcę oferty Świadczeniodawcy w konkursie przeprowadzonym na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 217. ze zm. ) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)

2. zawarta na czas określony od dnia …………….. do dnia 28.05.2016r.

§ 2

Przedmiot umowy i warunki realizacji umowy

1. Przedmiotem postępowania jest przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań rezonansem magnetycznym (RM) osobom ubezpieczonym i innym osobom uprawnionym do świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej z terenów obsługiwanych przez Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowicach przy ul. Radomskiej 70 tj. pacjentów Świadczeniobiorcy szczegółowo określony i realizowany na warunkach określonych w szczegółowych warunkach konkursu zwanych dalej warunkami konkursu, w tym w szczególności w załączniku nr 1 (opisie przedmiotu konkursu, ceny) i ofercie Świadczeniodawcy stanowiącymi integralna część niniejszej umowy.

Szczegółowy zakres przedmiotu umowy w tym w szczególności nazwy badań, ceny opisane zostały w Załączniku nr 1 do niniejszej umowy. Przedmiot umowy obejmuje:

*Zadanie 1*

*Obejmuje wykonywanie badań rezonansem magnetycznym w dni pracujące od poniedziałku do piątku w godzinach od 08:00 do 18:00 (aparat do obrazowania rezonansu magnetycznego o natężeniu pola z zakresu*

*od 0,5 T do 1,5 T)*

*Zadanie 2*

*Obejmuje wykonywanie badań rezonansem magnetycznym w dni pracujące od poniedziałku do piątku*

*w godzinach od 08:00 do 18:00*

*(aparat do obrazowania magnetycznego o natężeniu pola co najmniej1,5T)w ilości określonej w załączniku nr 1 do SWK*

*Zadanie 3*

*Obejmuje wykonywanie badań rezonansem magnetycznym w dni pracujące od poniedziałku do piątku*

*w godzinach od 08:00 do 18:00*

*(aparat do obrazowania magnetycznego o natężeniu pola co najmniej1,5T)w ilości określonej w załączniku nr 1 do SWK*

*Zadanie 4*

*Obejmuje wykonywanie badań rezonansem magnetycznym w dni pracujące od poniedziałku do piątku*

*w godzinach od 20:00 do 08:00 oraz w sobotę, niedzielę, święta i dni wolne od pracy całodobowo*

*(aparat do obrazowania magnetycznego o natężeniu pola co najmniej 1,5 T) w ilości określonej w załączniku nr 1 do SWK*

2. Świadczeniodawca ma prawo zmienić zgłoszoną liczbę świadczeń.

§ 3

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się:

1. wykonywać świadczenia będące przedmiotem niniejszej umowy w swojej siedzibie przy wykorzystaniu aparatury Świadczeniodawcy, przez swoich pracowników w odpowiednich warunkach lokalowych, sanitarnych i technicznych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zasadami sztuki lekarskiej na aparatach spełniających standardy określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia i obowiązujące przepisy prawa certyfikowanych gwarantujących skuteczną diagnostykę.
2. badania będące przedmiotem umowy wykonywać maksymalnie do 24 godzin od zgłoszenia
3. autoryzować (podpisywać) wyniki badań przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje

i uprawnienia (min. z zakresu rentgenodiagnostyki)

1. dostarczać wyników badań ( w tym na płycie CD, DVD) Świadczeniobiorcy po wykonaniu badania do

1 godz. dla zadania nr 2 oraz zadania nr 3 oraz do 6 godzin od wykonania badania dla zadania nr 1 oraz zadania nr 4,

1. do prowadzenia dokumentacji prowadzonych badań.
2. do rzetelnego wykonywania powierzonych świadczeń w zakresie określonym w § 2 niniejszej umowy

wykorzystując wiedzę i doświadczenie oraz postęp w tej dziedzinie medycyny.

1. poddać kontroli Świadczeniobiorcy oraz innych uprawnionych organów i osób w zakresie realizacji

niniejszej umowy oraz zgodności przestrzegania obowiązujących przepisów.

1. do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27

sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.

U. z 2008 roku nr 164, poz. 1027 z późniejszymi zmianami) w zakresie wykonywanych świadczeń.

1. że w przypadku zmiany obowiązujących przepisów dostosuje się do tych zmian.
2. do zachowania poufności wszelkich informacji, jakie uzyskał w związku z wykonywaniem przedmiotu

niniejszej umowy

§ 4

1. Świadczeniodawca oświadcza, że :

* 1. posiada zezwolenie wydane przez właściwe instytucje do prowadzenia pracowni RM
  2. świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy wykonywane będą przez wykwalifikowany personel z zakresu rentgenodiagnostyki (specjalizacje zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie) oraz inne osoby posiadające kwalifikacje zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie oraz za pomocą urządzeń spełniających warunki określone stosownymi przepisami w tym zakresie,
  3. prowadzona przez niego działalność jest w pełni zgodna z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności z ustawą o działalności leczniczej oraz rozporządzeniem w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne i będzie zgodnie z nimi prowadzona.
  4. prowadzona przez niego działalność nie jest objęta wymogiem posiadania dodatkowych odrębnych

koncesji lub zezwoleń itp. W razie powstania takiego wymogu Świadczeniodawca zobowiązuje się

dostosować do obowiązujących przepisów celem wykonania przedmiotu niniejszej umowy.

* 1. posiada zawartą ważną i opłaconą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie

prowadzonej działalności obejmującej przedmiot niniejszej umowy.

* 1. ponosi pełną odpowiedzialność za wszelkie szkody wynikłe z niewykonania lub nienależytego

wykonania usługi, będącej przedmiotem niniejszej umowy.

**§ 5**

Osobami wskazanymi do kontaktów są:

* + - 1. ze strony Świadczeniodawcy :-………………………………………..

nr tel. …………………………………………………………………………

1. ze strony Świadczeniobiorcy……………………………………

nr tel. …………………………………………………………………………

Wynagrodzenie i zasady płatności

§ 6

* 1. Aktualnie obowiązujący cennik usług stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy (oferta cenowa).
  2. Zmiana należności za przedmiot niniejszej umowy określona w niniejszym paragrafie może nastąpić w przypadku ustawowej zmiany stawki VAT.

§ 7

1. Za realizację określonych w § 2 świadczeń Świadczeniodawca otrzyma miesięczne wynagrodzenie   
    w wysokości wynikającej z iloczynu ilości zgłoszonych i wykonanych badań i jednostkowej ceny

podanej w Załączniku nr 1 do niniejszej umowy (ofercie cenowej).

1. Podstawą do wypłacenia wynagrodzenia będzie faktura wystawiona przez Świadczeniodawcę i na

podstawie zrealizowanych i potwierdzonych przez Świadczeniobiorcę świadczeń płatna w terminie 30

dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury i potwierdzenia zrealizowanych świadczeń na

nr rachunku bankowego Świadczeniodawcy wskazane na fakturze.

1. Za dzień zapłaty uznaje się datę wystawienia polecenia przelewu bankowego przez Świadczeniobiorcę.

Kary umowne

§ 8

1. Za naruszenie przez Świadczeniodawcę postanowień niniejszej umowy, polegające na niedotrzymywaniu terminu realizacji przedmiotu umowy o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt.2 , Świadczeniobiorca może naliczyć każdorazowo karę umowną w wysokości 50,00 zł za każdą rozpoczętą godzinę opóźnienia w rozpoczęciu realizacji zamówienia.
2. ponadto w przypadku nie realizowania świadczeń objętych niniejszą umową zgodnie z postanowieniami umowy Świadczeniodawca zobowiązany jest do niezwłocznego wskazania innej placówki, która zrealizuje przedmiot niniejszej umowy na zasadach określonych niniejszą umową.
3. Świadczeniobiorca może dochodzić na zasadach ogólnych odszkodowania przewyższającego karę umowną.

Postanowienia końcowe

§ 9

Świadczeniodawca nie może powierzyć wykonywania zobowiązań wynikających z niniejszej umowy osobie trzeciej bez zgody Świadczeniobiorcy.

§ 10

1. Rozwiązanie niniejszej umowy może nastąpić za porozumieniem stron lub po 3 miesięcznym wypowiedzeniu umowy przez jedną ze stron w formie pisemnej pod rygorem nieważności a w szczególności w przypadkach uzasadnionych, z ważnych przyczyn, w tym zwłaszcza zmian organizacyjno- prawnych stron, decyzji instytucji np. Sanepid itp., gdy kontynuowanie umowy nie leżałoby w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili jej zawarcia.
2. W przypadku, gdy Świadczeniodawca nie wykonał w sposób należyty przyjętych na siebie postanowień niniejszej umowy w szczególności określonych w § 2, § 3 i załączniku nr 1 do niniejszej umowy, umowa może być rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym przez Świadczeniobiorcę .
3. Rozwiązanie umowy nastąpi bez wypowiedzenia w przypadku nieudokumentowania, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy przez Świadczeniodawcę, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej

§ 11

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają aneksu pisemnego pod rygorem nieważności.

§ 12

Do spraw których nie reguluje niniejsza umowa mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego .

§ 13

Spory wynikające ze stosowania niniejszej umowy rozstrzygać będzie Sąd właściwy dla siedziby Świadczeniobiorcy.

§ 14

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach dwa dla Świadczeniobiorcy i jeden dla Świadczeniodawcy.

Świadczeniobiorca: Świadczeniodawca: