ZOZ
Świętochłowice

Świętochłowice, dn.25.11.2014

ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Świętochłowicach
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ogłasza konkurs
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **badań kolposkopowych, krioterapii ginekologicznej, badań mammograficznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**
2. Umowa zostanie zawarta na czas od 01 stycznia 2015 roku do 31 grudnia 2015 roku
3. Ze szczegółowymi warunkami konkursu można się zapoznać w Dziale Organizacyjno – Prawnym– Biurze Zarządu Udzielającego Zamówienie lub na stronie internetowej w zakładce „ogłoszenia".
4. Miejsce składania ofert: Sekretariat siedziby udzielającego zamówienie.
5. Termin składania ofert: 09.12.2014 r. godzina 15.00
6. Termin otwarcia ofert 09.12.2014 r.
7. Termin rozstrzygnięcia konkursu 09.12.2014 r.
8. Miejsce ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: strona internetowa Udzielającego Zamówienie: www.zoz.net.pl
9. Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 10.12.2014 r.
10. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert.

REGULAMIN
KONKURSU OFERT
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań kolposkopowych, krioterapii ginekologicznej, badań mammograficznych

I. Informacje ogólne

1. Konkurs ofert przeprowadzony jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013 poz.217) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

II. Definicje

Ilekroć w Regulaminie oraz załącznikach do niego jest mowa o:

a)**Udzielającym Zamówienie** – rozumie się przez to Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
b)**przedmiocie konkursu ofert** – rozumie się przez to wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań kolposkopowych, krioterapii ginekologicznej, badań mammograficznych
c)**formularzu oferty** – rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu,
d)**oświadczeniu o danych identyfikacyjnych oferenta** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu,
e)**oświadczeniu o zobowiązaniu dostarczenia polisy OC** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu,
f)**oświadczeniu o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu,
g)**umowie** – rozumie się przez to umowę zgodną ze wzorem opracowanym przez Udzielającego Zamówienie stanowiące **Załącznik nr 5** do niniejszego Regulaminu,
h) **Oferencie** – uprawnione do składania ofert podmioty bądź osoby, wymienione w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

III. Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań kolposkopowych, krioterapii ginekologicznej, badań mammograficznych.

Dokładny opis przedmiotu zamówienia został zawarty w: Załączniku nr 5- wzór umowy Ilość badań uzależniona jest od ilości pacjentów i ich dolegliwości. Udzielający zamówienia będzie składał w ciągu trwania umowy zamówienia wg rzeczywistych potrzeb.

IV Wymagany termin realizacji

01.01.2015 r. – 31.12.2015 r.

V Wymagania od oferentów

Oferty mogą składać podmioty bądź osoby, wymienione w art. 26 ust. 1, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej spełniające wymagania:

- oferenci winni dysponować kadrą medyczną, wyposażeniem w aparaturę medyczną i sprzęt oraz materiałami gwarantującymi świadczenia medyczne na najwyższym możliwym do osiągnięcia poziomie, nie niższym od obowiązujących w danym czasie standardów;
- świadczenia powinny być wykonywane w lokalach oferenta spełniających wymogi sanitarne i p/poż., w których będą zagwarantowane odpowiednie warunki rejestracji pacjentów, czasu oczekiwania i świadczeń medycznych;
- oferenci podlegają obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń.

VI Termin związania ofertą

Termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu składania ofert

VII Zawartość oferty

Oferta musi zawierać

a) wypełniony formularz ofertowy – załącznik nr 1,
b) oświadczenie o danych identyfikacyjnych oferenta – załącznik nr 2,
c) kopię aktualnej polisy OC lub oświadczenie – załącznik nr 3,
d) oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń - załącznik nr 4,
e) zaakceptowany - załącznik nr 5,
f) oświadczenie oferenta o posiadaniu właściwych uprawnień, aparatury i sprzętu medycznego oraz personelu niezbędnych do realizacji zamówienia, które powinno być wykonywane terminowo zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.

VIII Informacje dotyczące warunków składania ofert

1. Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Wszelkie poprawki w tekście oferty musza być datowane i parafowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną / osoby uprawnione do reprezentowania oferenta.
4. Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
5. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie uniemożliwiającej jej przypadkowe otwarcie.

- **opis koperty:**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Chorzowska 38
41 – 605 Świętochłowice

oferta – konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań kolposkopowych, krioterapii ginekologicznej, badań mammograficznych

data ….....
nazwa i adres oferenta ….....

IX Miejsce i termin składania ofert:

1. Oferty należy składać w sekretariacie siedziby udzielającego zamówienie do dnia 08.12.2014 r. do godziny 15.00
2. Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez rozpatrywania.

X Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu:

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38.

Termin rozstrzygnięcia konkursu: 09.12.2014 r.

XI Miejsce i termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu:

- strona internetowa Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. (www.zoz.net.pl);
- tablica ogłoszeń udzielającego zamówienia.

Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 10.12.2014 r.

XII Kryteria oceny ofert:

1. Kryterium oceny ofert – cena 100%
2. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, który zaproponuje najniższą cenę oraz spełni wszystkie warunki wymagane określone w pkt V.
3. Cena musi być podana w polskich złotych cyfrowo i słownie do drugiego miejsca po przecinku.

XIII Skargi i protesty

Oferentowi przysługują środki odwoławcze i skarga zgodnie z art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2013, poz.217).

XIV Dodatkowe informacje

1. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany terminu składania ofert, rozstrzygnięcia oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia niniejszego postępowania.

Prezes Zarządu
Dariusz Skłodowski

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY
W KONKURSIE NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Niniejsza oferta jest składana w odpowiedzi na konkurs ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych ogłoszony w dniu ..... 2014 roku przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290.

1. Podstawa prawna:
   - Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013, poz. 217)
   - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)
2. Data złożenia oferty: ….....2014 roku.
3. Proponowana kwota należności:

l.p.	Rodzaj badania	Cena jednostkowa brutto w PLN
1.	Jedno badanie kolposkopowe	……..
2.	Jedna krioterapia ginekologiczna	……
3.	Jedno badania mammograficzne	……

Dane oferenta	
	Nazwa i siedziba podmiotu / imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych: .... Adres: .... Numer wpisu do właściwego rejestru:..... Organ dokonujący wpisu do rejestru:.....

Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie / zakresach:
.....
.....

Podpis i pieczęć oferenta	

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu.....

.....

Adres.....

NIP ..... REGON .....

Tel. kontaktowy .....

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- ☐ Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem .....
- ☐ Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- ☐ podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem .....
- ☐ Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- ☐ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- ☐ Nie dotyczy

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

* wypełnić właściwe

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu.....

.....

Adres.....

Oświadczam, że kopia aktualnej polisy / polis OC w zakresie wymaganym przez prawo w związku z przedmiotem konkursu zostanie dostarczona przeze mnie do 7 dni od daty podpisania umowy.

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z pełną starannością zapoznałam / em się z warunkami konkursu, zdobyłam / em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpisze umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 5.

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

Załącznik nr 5

- WZÓR UMOWY-

UMOWA ...../ORG/P/....

O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA SWIADCZENIA ZDROWOTNE
Zawarta dnia ..... roku w Świętochłowicach, pomiędzy:

Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450
reprezentowanym przez:
Prezesa Zarządu: Dariusza Skłodowskiego
Wiceprezesa Zarządu: Ilonę Tkocz – Furman

zwanego w dalszej części umowy: Udzielającym Zamówienia.
a

.....
z siedzibą w ..... kod (-), przy ulicy.....
wpisanym do .....prowadzonym przez .....
pod numerem: .....
reprezentowanym przez:
.....

zwanego w dalszej części umowy: Przyjmującym Zamówienie.

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **badań kolposkopowych, krioterapii ginekologicznej, badań mammograficznych**

§ 2

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada właściwe uprawnienia, specjalistyczny sprzęt oraz wykwalifikowany personel niezbędny do realizacji świadczeń określonych w §1 oraz, że świadczenia te wykonywane będą zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej obejmujące swoim zakresem świadczenia wykonywane na podstawie niniejszej umowy, które zobowiązuje się udokumentować w terminie 7 dni od daty podpisania umowy pod rygorem rozwiązania umowy bez wypowiedzenia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie nie wywiąże się z obowiązku ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy nastąpi jej rozwiązanie bez wypowiedzenia.

4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli właściwego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje prowadzenie dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
6. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że po zawarciu niniejszej umowy w przypadku zaistnienia przesłanki z art. 132 ust. 3 w związku z art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych doprowadzi do zgodności z przepisami w tym zakresie.

§3

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że świadczenia będące przedmiotem umowy będą udzielane przez fachowy personel medyczny w liczbie nie mniejszej niż.....osób.

§4

Strony ustalają następujące zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Podstawa udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w §1 jest indywidulane skierowanie wystawione przez lekarzy zatrudnionych w siedzibie Udzielającego Zamówienie bez względu na formę zatrudnienia.
2. Skierowanie powinno zawierać dane zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Świadczenia, o których mowa w §1 Przyjmujący Zamówienie wykonywał będzie w swoim zakładzie znajdującym się w ..... przy ul. ....., w terminie wcześniej uzgodnionym w rejestracji zakładu Przyjmującego Zamówienie (telefonicznie lub osobiście).
4. Po przeprowadzeniu badania pacjent Udzielającego Zamówienie otrzyma jeden egzemplarz (wydruk) wyniku badania.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia imiennej listy badanych pacjentów Udzielającego zamówienia oraz rodzaju wykonywanych świadczeń w danym miejscu.
6. Przyjmujący Zamówienie nie może powierzyć wykonania świadczeń określonych w §1 niniejszej umowy osobom trzecim bez zgody Udzielającego zamówienia.

§ 5

Za wykonane świadczenie Przyjmujący Zamówienia obciąży Udzielającego Zamówienie Zgodnie z cennikiem stanowiącym załącznik nr 1 do umowy

§ 6

1. Okresem rozliczeniowym będzie okres jednego miesiąca.
2. Zapłata za wykonane świadczenia będzie następowała w formie polecenia przelewu, na podstawie wystawionej faktury VAT, w terminie 30 dni od daty doręczenia faktury.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia imiennej listy pacjentów Udzielającego Zamówienia i załączania jej do każdej faktury, zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej umowy.
4. Za datę płatności uważa się dzień wpływu środków na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
5. Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy ani ustanawiać na nich zastawów lub zawierać co do tych wierzytelności umów gwarancyjnych w trybie Kodeksu Cywilnego, w tym w szczególności umów poręczenia, bez uprzedniej zgody Udzielającego zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

§ 7

1. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia.
2. Wypowiedzenie / rozwiązanie powinno być dokonane na piśmie i przesłane drugiej stronie listem poleconym za dowodem doręczenia lub bezpośrednio za pisemnym potwierdzeniem odbioru.
3. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w szczególności w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez Przyjmującego Zamówienie.

§ 8

1. Strony niniejszej umowy są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do ochrony danych osobowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
2. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za swoje zawinione działania lub zaniechania do pełnej wysokości szkody poniesionej w związku z wykonywanym zamówieniem zarówno w stosunku do udzielającego zamówienie jak też osoby trzeciej korzystającej ze świadczeń medycznych (np. opieki lekarskiej itp.) oraz pokrycia wszelkich kosztów czy wypłaty odszkodowania, renty czy zadośćuczynienia dokonanych przez udzielającego zamówienie jeżeli wypłata tych świadczeń jest następstwem działania lub zaniechania przyjmującego zamówienie.
3. Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienie karę umowną w wysokości 10 000,00 zł w przypadku naruszenia zakazu określonego w §6 ust. 5.

§ 9

Umowa została zawarta na okres od ……. roku do …….. roku.

§ 10

1. Zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.
2. Strony dopuszczają możliwość przedłużenia okresu obowiązywania umowy, jednak nie dłużej niż o 4 miesiące.

§ 11

W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego.

§ 12

Spory mogące wynikać na tle realizacji umowy rozpoznawane będą przez sąd powszechny, właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

§ 13

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Przyjmujący Zamówienie **Udzielający Zamówienia**

Prezes Zarządu
Dariusz Skłodowski

Wiceprezes Zarządu

RADCA PRAWNY
Ewa [illegible]

Załącznik nr 1 do umowy nr …../ORG/P/…..

l.p.	Rodzaj badania	Cena jednostkowa brutto w PLN
1.	Badanie kolposkopowe	……..
2.	Krioterapia ginekologiczna	……
3.	Badanie mammograficzne	……

Załącznik nr 2 do umowy nr …../ORG/P/…..

l.p.	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL pacjenta	Rodzaj wykonanych świadczeń zdrowotnych	Imię i nazwisko lekarza kierującego	Cena jednostkowa (brutto) wykonanego świadczenia

Razem: