REGULAMIN
KONKURSU OFERT
o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych

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 2016 poz. 1638) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016, poz. 1793)
2. W sprawach nie uregulowanych 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 histopatologicznych i cytologicznych,
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,
h)**umowie** – rozumie się przez to umowę zgodną ze wzorem opracowanym przez Udzielającego Zamówienie stanowiące **Załącznik nr 5** do niniejszego Regulaminu,
i) **Oferencie** – uprawnione do składania ofert podmioty, 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 histopatologicznych i cytologicznych. Dokładny opis przedmiotu zamówienia został zawarty w: załączniku nr 5 – wzór umowy. Ilość badań uzależniona jest od ilości pacjentów i diagnoz wstępnych. Udzielający zamówienia będzie składał w ciągu trwania umowy zamówienia wg rzeczywistych potrzeb.

IV Wymagany termin realizacji

01.05.2017 r. – 31.12.2018 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 zdrowotne na najwyższym, możliwym do osiągnięcia poziomie, nie niższym od obowiązujących w danym czasie standardów,
- oferenci podlegają obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń,
- świadczenia powinny być wykonywane w lokalach oferenta spełniających wymogi sanitarne i p. poż., w których będą zagwarantowane odpowiednie warunki rejestracji pacjentów, oczekiwania i świadczeń zdrowotnych,
- w lokalach oferenta istnieje możliwość wykonywania następujących badań:

a) badanie histopatologiczne prowadzone techniką parafinową z barwieniem HE,
b) badanie śródoperacyjne wykonania techniką mrożeniową
c) badanie śródoperacyjne – kontrola parafinowa
d) badania immunohistochemiczne
e) barwienie wybiórcze
f) oznaczenie receptorów estrogenowych i progesteronowych
g) oznaczenie immunohistochemiczne receptora Her2
h) oznaczenie receptora Her2 metodą CISH
i) badanie cytologiczne płynów/popłuczyn 2 preparaty
j) cytologia ginekologiczna
k) badanie cytologiczne cell-block
l) konsultacja gotowych preparatów
m) biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG z oceną cytologiczną zakończoną wnioskiem
n) powtórna biopsja przy negatywnym niediagnostycznym wyniku
o) biopsja gruboigłowa guzów gruczołu piersiowego
p) badanie wybiórcza na śluz (ABpaS, mucykarmin) w uzasadnionych diagnostyczne przypadkach
q) badanie ultrastrukturalne tkanki mięśniowej w mikroskopie elektronowym

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.
g) udokumentowane doświadczenie w wykonywaniu: badań cytologicznych cell-block, biopsji gruboigłowej guzów gruczołu piersiowego, badań ultrastrukturalnych tkanki mięśniowej w mikroskopie elektronowym.

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 histopatologicznych i cytologicznych .

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

IX Miejsce i termin składania ofert:

1. Oferty należy składać w sekretariacie siedziby udzielającego zamówienie do dnia 21.04.2017 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: 27.04.2017 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: 28.04.2017 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 (t.j. Dz. U. z 2016, poz 1793.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016, poz. 1638).

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.

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 ..... 2017 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 (t.j. Dz.U. z 2016, poz. 1638)
   - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016, poz. 1793.)
2. Data złożenia oferty: .....2017 roku.
3. Proponowana kwota należności:

L. p.	Rodzaj badania	Cena jednostkowa brutto badania w zł.	Średni czas wykonania badania
1.	badanie histopatologiczne prowadzone techniką parafinową z barwieniem H.E.	..... słownie (.....)	…….. godzin/dni* na cito……godzin/dni*
2.	badania śródoperacyjne wykonane techniką mrożeniową	..... słownie (.....)	…….godzin/dni*
3.	badania śródoperacyjne – kontrola parafinowa	..... słownie (.....)	…….godzin/dni*
4.	badania immunohistochemiczne	..... słownie (.....)	…….godzin/dni*
5.	barwienie wybiórcze	..... słownie (.....)	…….godzin/dni*
6.	oznaczenie receptorów estrogenowych i progesteronowych	..... słownie (.....)	…….godzin/dni*
7.	oznaczenie immunohistochemiczne receptora HER2	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
8.	oznaczenie receptora HER2 metodą CISH	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
9.	badanie cytologiczne płynów/popłuczyn 2 preparaty	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
10.	badanie cytologiczne cell-block	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
11.	cytologia ginekologiczna	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
12.	konsultacja gotowych preparatów	..... słownie (.....)	…….godzin/dni

13.	biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG z oceną cytologiczną zakończoną wnioskiem	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
14.	powtórna biopsja przy negatywnym niediagnostycznym wyniku	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
15.	biopsja gruboigłowa gruczołu piersiowego	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
16.	badanie wybiórcze na śluz (ABpaS lub mucykarmin) w uzasadnionych diagnostycznie przypadkach	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
17.	badanie ultrastrukturalne tkanki mięśniowej w mikroskopie elektronowym	..... słownie (.....)	…….godzin/dni

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:

.....

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/2017

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: wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie **badań histopatologicznych i cytologicznych** zlecanych przez Udzielającego zmówienie

§ 2

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada właściwe uprawnienia, specjalistyczny sprzęt oraz wykwalifikowany personel niezbędny do realizacji świadczeń określonych w § 1 oraz, że badania 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 Zmówienie 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 przez cały okres trwania umowy nastąpi jej rozwiązanie bez wypowiedzenia.
4. Przyjmujący Zamówienia zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu zamówienia nakładem własnym, bez udziału osób/firm pośredniczących.
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie w każdym czasie prawo do kontroli sprzętu oraz wykonywania badań w siedzibie przyjmującego Zamówienie.
6. 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.

7. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
8. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek wspierać i wspomagać Udzielającego Zamówienie w przypadku wniesienia skargi lub wystąpienia z powództwem wobec Udzielającego Zamówienie jeżeli z okoliczności sprawy wynika lub można domniemywać, że powiązana jest ona z przedmiotem niniejszej umowy. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za prawidłowość wykonanych badań i ich następstwa .

§ 3

Świadczenia będące przedmiotem umowy będą udzielane przez wykwalifikowany i fachowy personel medyczny w liczbie nie mniejszej niż 2 osoby.

§ 4

Strony ustalają następujące zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w §1 jest indywidualne skierowanie/zlecenie wystawione przez lekarzy zatrudnionych w siedzibie Udzielającego Zamówienia 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 uzgodnionym z Udzielającym Zamówienie.
4. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do transportu materiału do badań objętych niniejszą umową i dostarczenia wyników badań co najmniej 2 razy w tygodniu. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się przesłanie wyniku faksem.
5. Przyjmujący Zamówienie będzie odbierał materiał do badań w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w następujących komórkach organizacyjnych: Blok Operacyjny, Oddział Ginekologiczno-Położniczy (część ginekologiczna), Pracownia Endoskopii Górnego i Dolnego Odcinka Przewodu Pokarmowego, Poradniach Specjalistycznych, Oddziale Otorynolaryngologicznym.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykonać badania w zadeklarowanym przez siebie czasie wskazanym w załączniku nr 1 do umowy. Podany czas badań jest czasem maksymalnym.

§ 5

1. Za wykonany przedmiot umowy Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie wyliczane jako iloczyn wykonanych badań i cen określonych w Cenniku badań histopatologicznych i cytologicznych. Cennik badań histopatologicznych i cytologicznych stanowi integralną część umowy załącznik (załącznik nr 1 do umowy). Podstawą wyliczenia wynagrodzenia będzie zatwierdzona przez Udzielającego Zamówienie imienna lista pacjentów wraz z przypisanymi im badaniami w okresie rozliczeniowym. W cenach jednostkowych badań ujęte są wszystkie koszty Przyjmującego zamówienie wynikające z niniejszej umowy.
2. Ceny zawarte w załączniku numer 1 do niniejszej umowy są cenami brutto.
3. W przypadku błędu w badaniu Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek je powtórzyć na swój koszt. Za błędne badanie wynagrodzenie nie przysługuje.

§ 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 wystawienia 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 obciążenia rachunku Zamawiającego.
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 oraz bezskuteczności wobec Udzielającego Zamówienie.
6. W przypadku opóźnienia w płatności faktury przez udzielającego Zamówienie , Przyjmującemu Zamówienie należne będą wyłącznie odsetki ustawowe za opóźnienie. Przyjmujący zamówienie zrzeka się jakichkolwiek innych roszczeń wobec Udzielającego Zamówienie .

§ 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 ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (t.j. Dz.U.2016 poz. 922). Przyjmujący zamówienie zapewnia ochronę danych osobowych, do których będzie miał dostęp w związku z wykonaniem niniejszej umowy w sposób spójny z zasadami obowiązującymi u udzielającego zamówienie oraz ponosi pełną odpowiedzialność za szkody spowodowane naruszeniem powyższego obowiązku.
2. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, Udzielający Zamówienia ma prawo żądać i obciążyć Przyjmującego zamówienie karą umowną w wysokości 2.000 zł za każdy przypadek, a w szczególności za :

1) przekroczenie terminu wskazanego w § 4 ust 6,
2) naruszenie § 6 ust 4,
3) naruszenie § 6 ust. 5.
4) nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej,
5) naruszenie obowiązku określonego w § 8 ust 1

3. Udzielający zamówienia jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej w szczególności w przypadku gdy wartość szkody przekracza wartość kar umownych lub wynika z innego tytułu.

§ 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**

Załącznik nr 1 do umowy ...../ORG/P/2017

L. p.	Rodzaj badania	Cena jednostkowa brutto badania w zł.	Średni czas wykonania badania
1.	badanie histopatologiczne prowadzone techniką parafinową z barwieniem H.E.	..... słownie (.....)	…….. godzin/dni* na cito……godzin/dni*
2.	badania śródoperacyjne wykonane techniką mrożeniową	..... słownie (.....)	…….godzin/dni*
3.	badania śródoperacyjne – kontrola parafinowa	..... słownie (.....)	…….godzin/dni*
4.	badania immunohistochemiczne	..... słownie (.....)	…….godzin/dni*
5.	barwienie wybiórcze	..... słownie (.....)	…….godzin/dni*
6.	oznaczenie receptorów estrogenowych i progesteronowych	..... słownie (.....)	…….godzin/dni*
7.	oznaczenie immunohistochemiczne receptora HER2	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
8.	oznaczenie receptora HER2 metodą CISH	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
9.	badanie cytologiczne płynów/popłuczyn 2 preparaty	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
10.	badanie cytologiczne cell-block	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
11.	cytologia ginekologiczna	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
12.	konsultacja gotowych preparatów	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
13.	biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG z oceną cytologiczną zakończoną wnioskiem	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
14.	powtórna biopsja przy negatywnym niediagnostycznym wyniku	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
15.	biopsja gruboigłowa gruczołu piersiowego	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
16.	badanie wybiórcze na śluz (ABpaS lub mucykarmin) w uzasadnionych diagnostycznie przypadkach	..... słownie (.....)	…….godzin/dni
17.	badanie ultrastrukturalne tkanki mięśniowej w mikroskopie elektronowym	..... słownie (.....)	…….godzin/dni

Załącznik nr 2 do umowy...../ORG/P/2017

Załącznik nr 1 do faktury nr……. z dnia……..

L.p.	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL	Rodzaj wykonanych świadczeń zdrowotnych	Imię i nazwisko lekarza kierującego	Nazwa komórki kierującej	cena jednostkowa (brutto) badania w zł.

Wartość razem: