

O F E R T A

w konkursie na udzielenie zamówienia na wykonywanie na rzecz Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. świadczeń zdrowotnych w zakresie badań laboratoryjnych mikrobiologicznych, serologii krwi i prowadzenia Banku Krwi w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. wraz z dzierżawą pomieszczeń laboratorium analitycznego

Dane oferenta

1. nazwa
2. siedziba
3. nr telefonu/faxu
.....
4. e-mail
.....
5. NIP REGON

Udzielający Zamówienia: Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o.
ul. Chorzowska 38. 41-605 Świętochłowice

1. W oparciu o ogłoszenie Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. dot. konkursu na wykonywanie zadania w zakresie badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, serologii krwi i Banku Krwi dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o., oferuję:
 - a) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **badania laboratoryjnych, mikrobiologicznych** zgodnie z warunkami niniejszego konkursu tj. zobowiązuję się zapewnić świadczenie usług w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych określonych w załącznikach nr 2 i 3 do SIWZ w okresie od dnia 29 grudnia 2023 r. do dnia 29 grudnia 2027 r.

Wartość świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych (zgodnie z załącznikiem – wypełnioną tabelą szacowanej rocznej ilości badań)

..... zł/rok (podać cyfrowo),
łączna kwota za okres obowiązywania umowy (4 lata): zł (podać cyfrowo)

- b) Wydierżawienie pomieszczeń laboratorium analitycznego położonych przy ul. Chorzowskiej 36 na potrzeby zorganizowania i uruchomienia w tym miejscu laboratorium analitycznego, o łącznej powierzchni użytkowej **128,11 m²**.

Cena 1 m² dzierżawionej powierzchni zł/m² netto (podać cyfrowo).

1. Deklaruję wykonywanie badań objętych zał. nr 3 przez **24 godziny na dobę 7 dni** w tygodniu. Deklaruję wykonywanie badań objętych załącznikiem nr 2 w trybie pracy dziennej w godzinach od 7.00 do 15.00 i tryb dyżurowy w godzinach od 15:00 do 7:00 w dni powszednie oraz całodobowo w dni świąteczne i wolne od pracy – w trybie dyżurowym.
2. Deklaruję, że ponoszę koszty transportu materiału do badania oraz dostarczenia wyników.
3. Deklaruję dostarczanie skierowań na badania z dostosowaniem ich do badań z załącznika nr 2 i 3.
4. Deklaruję czas oczekiwania na wyniki zawarty w załącznikach 2 i 3.



5. Deklaruję posiadanie całodobowego laboratorium w odległości nie większej niż 30 km od siedziby Udzielającego zamówienie.
6. Zapewnię potrzebną ilość sprzętu do pobierania materiału do badań analitycznych oraz innego niezbędnego sprzętu do pobierania materiału, w tym również do badań mikrobiologicznych na potrzeby szpitala oraz zapewnię przechowanie materiału biologicznego po pobraniu i po wykonaniu badania zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie. Zapewnię pobieranie materiału od pacjentów posiadających skierowanie z Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. w próżniowym systemie zamkniętym.
7. Zapewnię dostępność procedur pobierania materiału do badań analitycznych i badań mikrobiologicznych oraz szkolenia z zakresu pobierania materiału i zapobiegania błędom przedlaboratoryjnym dla pracowników Szpitala wykonujących pobrania zgodnie z potrzebami Zamawiającego.
8. Zapewnię personel niezbędny do realizacji usług posiadający odpowiednie kwalifikacje.
9. Deklaruję dostarczenie referencji z dwóch niezależnych ośrodków potwierdzające posiadania wiedzy i doświadczenia tzn. warunek rozumiany jako zrealizowanie, w okresie trzech lat co najmniej 2 usług odpowiadających swoim rodzajem przedmiotowi zamówienia (tj. świadczenie usług w zakresie outsourcingu diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej z prowadzeniem Szpitalnego Banku Krwi dla podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne
10. Deklaruję następujące terminy płatności: - należności za usługi medyczne – **30 dni** od daty dostarczenia faktury do siedziby Zamawiającego.
11. Oświadczam, że:
 - a) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia na wstępie powołanego, szczegółowymi warunkami przeprowadzania konkursu oraz wzorami umów (zał. 6) obowiązującymi w przedmiotowym postępowaniu i przyjmuję je bez zastrzeżeń oraz, że zdobyłem informacje konieczne do przygotowania oferty.
 - b) Uważam się związany niniejszą ofertą na czas określony w szczegółowych warunkach przeprowadzania konkursu w przedmiocie, którego moja (nasza) oferta dotyczy, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
 - c) Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r. str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzieleni zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. (W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. poprzez jego wykreślenie)
 - d) Wzór umowy (zał. 7) obowiązujący w konkursie ofert w sprawie udzielenia zamówienia, którego moja oferta dotyczy – został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o..
 - że pozostaję w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.
 - że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym
 - że spełniam warunek określony w art. 132 ust.3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561 tj. z późn. zm.)
 - że posiadam uprawnienia do świadczenia usług medycznych zgodnie z odrębnymi przepisami,
 - e) Nie będę wykonywał badań innych niż ujęte w załącznikach nr 2 i 3 bez pisemnego zlecenia wykonania tych badań, podpisanego przez osoby uprawnione do reprezentowania Zamawiającego zgodnie z danymi zawartymi w KRS lub dołączonych do skierowania upoważnieniach i pełnomocnictwach oraz uzgodnienia ceny pomiędzy stronami w formie pisemnej.

- f) Uzgodnię pisemnie druk skierowania na badanie i będę go stosował w trakcie realizacji umowy.
- g) Posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej na sumę gwarancyjną nie mniejszą niż 1 000 000,00 zł - w załączeniu kopia polisy.
- h) Zapewnię system komputerowy z odpowiednim interfejsem zapewniającym dwukierunkową wymianę danych, umożliwiającą elektroniczne zlecenie badań i uzyskiwanie ich wyników oraz będę sporządzał zestawienia miesięczne zgodnie z załącznikami nr 4 i 5. W tym zakresie będę postępować zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych i ustawą o dokumentacji medycznej. Ponadto zobowiązuję się do połączenia systemu laboratoryjnego z siecią szpitalną zgodnie z protokołem HL7 na własny koszt i w terminie nie później niż do dnia 28.12.2023 r. Zapewnię także dostarczenie wystarczającej ilości kodów kreskowych na potrzeby szpitala, do identyfikacji zleceń i próbek pacjentów.
- i) Zapewnię potrzebną ilość sprzętu do pobierania materiału do badań laboratoryjnych oraz zapewnię przechowanie materiału biologicznego po pobraniu i po wykonaniu badania zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie oraz do stosowania odczynników i sprzętu dopuszczonego do obrotu na terenie Polski.
- j) Zapewnię wykonywanie badań zgodnie z obowiązującymi normami w tym zakresie, z uwzględnieniem wymogów jakościowych i procedur systemowych z tym, że odstępianie od wskazanej metody wykonania badania wymaga zgody Zamawiającego. W przypadku jeżeli ze zlecenia badania nie wynika metoda jego wykonania przyjmę, iż zlecono badanie ujęte w cenniku ofertowym.
- k) Zapewnię wykonywanie przedmiotu umowy przy użyciu urządzeń, aparatury, wyrobów medycznych posiadających certyfikat CE.
- l) Zobowiązuję się osobno fakturować badania objęte cennikiem ofertowym oraz odrębnie badania zlecane poza cennikiem ofertowym.
- m) Deklaruję wykonanie badań zgodnie z poniższymi cenami i terminami:
 - cena jednostkowa za badanie jest podstawą rozliczenia stron umowy i jest wiążąca dla oferenta przez okres od daty podpisania umowy do 29 grudnia 2024 r. Po tym okresie cennik może ulec zmianie, z zastrzeżeniem nie przekroczenia wskaźnika inflacji, po pisemnym uzgodnieniu stron umowy, z mocą obowiązywania na 12 miesięcy.
 - wartość ogólna – wartość wykorzystywana wyłącznie do oceny i porównania ofert, wskazane ilości badań nie stanowią punktu odniesienia dla realizacji umowy i ilości badań jakie zostaną zleczone oferentom.

.....
(podpis osoby uprawnionej, data)

Załączniki:

1. Wypełniona tabela - Szacowane ilości badań (Załącznik nr 2 do SWKO)
2. Wykaz osób wykonujących zamówienie wraz ze wskazaniem lokalizacji ich zatrudnienia, kwalifikacji i uprawnień,
3. Prawo wykonywania zawodu informacje o numerze wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych (dyplom specjalizacji, kursy kwalifikacyjne),
4. Wskazanie kierownika laboratorium, kierownika pracowni serologii transfuzjologicznej i kierownika pracowni bakteriologicznej, kierownika banku krwi wraz z dokumentami potwierdzającymi prawo wykonywania przez nich tych funkcji, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
5. Decyzja lub uchwała o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
6. Dokument potwierdzający wpis laboratorium na listę prowadzoną przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych
7. Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej
8. Potwierdzenia wykonywania analogicznych usług laboratoryjnych dla co najmniej 2 niezależnych ośrodków potwierdzające posiadania wiedzy i doświadczenia tzn. warunek rozumiany jako zrealizowanie, w okresie trzech lat co najmniej 2 usług odpowiadających swoim rodzajem przedmiotowi zamówienia (tj. świadczenie usług w zakresie outsourcingu diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej z prowadzeniem Szpitalnego Banku Krwi dla podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne
9. Zaakceptowane wzory umów.

