

# SPECYFIKACJA

do postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert  
na wykonywanie badań **mammograficznych z opisem dla Samodzielnego  
Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i  
Administracji w Krakowie**

## I. OGÓLNE WARUNKI POSTĘPOWANIA

Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie art. 26 - 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. 2024.799 ze zm.), zwanej dalej ustawą,

1. **Do konkursu mogą przystąpić odpowiednie podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu Ustawy o działalności leczniczej.**
2. Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych
3. Umowa zawarta będzie na okres 3 lat od 01 grudnia 2024 r.

## II. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

1. Przedmiotem konkursu jest wykonywanie badań **mammograficznych, po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym**, na terenie miasta Krakowa, dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie.

CPV 85150000-5 - Usługi obrazowania medycznego

2. Szacunkowa liczba badań mammograficznych w okresie zamówienia wynosi 20.
3. Szacunkowa wartość zamówienia wynosi 2 200,00 zł.

## III. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ

1. Wykonywanie badań mammograficznych z opisem, na podstawie skierowania lekarza SP ZOZ MSWiA w Krakowie.
2. Przyjmujący zamówienie wykona badanie na zlecenie Udzielającego zamówienia w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od daty zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.
3. Przyjmujący zamówienie prześle wynik badania Udzielającemu zamówienia w formie wydruku zawierającego wszystkie dane identyfikujące pacjenta niezwłocznie po ich wykonaniu.
4. Pomieszczenia w których Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał świadczenia zdrowotne, muszą spełniać wymagania odpowiednie do zakresu udzielanych świadczeń, określone w przepisach odrębnych, a używane do realizacji przedmiotu zamówienia aparatura, sprzęt, materiały, gwarantują należyta jakość wykonania świadczeń zdrowotnych.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do udzielania świadczeń nieprzerwanie przez cały okres trwania umowy.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapłaty kar umownych z tytułu nienależytego wykonywania umowy w wysokości do 15% kwoty faktury miesięcznej;

7. Termin płatności wynagrodzenia - do 30 dni od dnia otrzymania faktury.
8. Umowa może być rozwiązana za 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
9. Okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem:
  - 1) przez Udzielającego zamówienia w przypadku wystąpienia u niego sytuacji zagrażającej utratą płynności finansowej Zakładu lub konieczności zmiany organizacji świadczeń oraz jeśli Przyjmujący zamówienie nie wypełnia podstawowych obowiązków umownych, a w szczególności, gdy:
    - a) ograniczy dostępność w zakresie udzielania świadczeń – nieuzasadniona odmowa przyjęcia pacjenta;
    - b) zawęzi zakres udzielania świadczeń;
    - c) będzie udzielał świadczeń zdrowotnych złej jakości (uzasadnione skargi pacjentów oraz fachowych pracowników Udzielającego zamówienia);
    - d) nie przedstawi aktualnej polisy ubezpieczeniowej;
    - e) nie będzie przestrzegał ustalonej organizacji udzielania świadczeń;
    - f) nie będzie przestrzegał obowiązujących przepisów prawnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych;
    - g) spowoduje szkodę u Udzielającego zamówienia z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.
  - 2) przez Przyjmującego zamówienie w przypadku opóźnienia przez Udzielającego zamówienia w zapłacie należności, przekraczającego 60 dni.
10. W przypadku zmiany warunków oferowanych przez NFZ lub w przypadku wystąpienia u Udzielającego zamówienia sytuacji zagrażającej utratą płynności finansowej zakładu, mogą zostać zawarte aneksy do umowy uwzględniające nowe warunki, w tym stosowne zmiany wynagrodzenia)
11. Do obowiązków Przyjmującego zamówienie należy w szczególności:
  - a) prowadzenie i archiwizacja dokumentacji medycznej zgodnie z aktualnym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz sprawozdawczości statystycznej w zakresie przedmiotu zamówienia.
  - b) zapewnienie ochrony danych objętych dokumentacją medyczną;
  - c) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych, zasad bezpieczeństwa, higieny pracy, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o działalności leczniczej;
  - d) należyte i terminowe wykonywanie świadczeń;
  - e) poddawanie się procedurom kontrolnym Udzielającego zamówienia;
  - f) zobowiązanie się do poddania kontroli Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy;
  - g) zachowanie ciągłości ubezpieczenia w czasie trwania umowy oraz dostarczenie niezwłocznie aktualnego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie po upływie ważności poprzedniego okresu ubezpieczenia;
  - h) zobowiązanie się do zwrotu poniesionych przez Udzielającego zamówienia kosztów: konsultacji, diagnostyki, profilaktyki, leczenia poekspozycyjnego, w przypadku zdarzenia niosącego ryzyko zakażenia, zaistniałego podczas realizacji przedmiotu zamówienia;

## IV. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW

### A . DOKUMENTY

Dla udokumentowania spełnienia wymaganych warunków oraz uznania formalnej poprawności, oferta musi zawierać następujące dokumenty (odpisy/kserokopie) poświadczane za zgodność z oryginałem/wydruki z systemu teleinformatycznego nie wymagającego podpisu. Załączone dokumenty muszą posiadać atrybut aktualności.

Formularz ofertowy
Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i specyfikacją
Dokumenty stwierdzające wpis: - do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
Polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta w zakresie prowadzonej działalności leczniczej.
Informacje o oferencie
Inne dokumenty, które oferent uzna za stosowne
Lista osób wykonujących świadczenia zdrowotne wraz z ich kwalifikacjami i numerami prawa wykonywania zawodu
Wykaz sprzętu na którym wykonywane będą świadczenia

#### Uwaga:

- 1. Potwierdzenia kserokopii dokumentów dokonuje Oferent lub osoba upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.**
- 2. W przypadku ofert zawierających braki formalne lub gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów, zostanie on wezwany przez komisję Udzielającego zamówienia do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.**
- 3. W przypadku ofert zawierających oczywiste błędy, pomyłki pisarskie lub rachunkowe, Komisja Udzielającego zamówienia może poprawić je po uzgodnieniu z Oferentem.**

### B. POZOSTAŁE WARUNKI:

1. Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez oferenta zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą musi odpowiadać przedmiotowi zamówienia.
2. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu zamówienia – 1 lekarz o którym mowa w pkt. 3.
3. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych muszą legitymować się nabyciem fachowych kwalifikacji i spełniać wymagania zdrowotne;
4. Przyjmujący zamówienie zapewnia ciągłość, kompleksowość, dostępność i jakość udzielanych świadczeń na warunkach określanych w umowach Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia zakresie przedmiotu zamówienia.

## V. KRYTERIA OCENY OFERT.

1. Ocenie podlegają oferty złożone przez oferentów spełniających warunki w zakresie jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości określone w niniejszej specyfikacji z uwzględnieniem następującego kryterium cenowego:

**Stawka za wykonanie 1 badania mammograficznego obu piersi  
max 100 pkt**

$$\frac{C_n}{C_o} \times 100$$

**Gdzie:**

**C<sub>n</sub> – najniższa zaofferowana stawka za 1 badanie**

**C<sub>o</sub> – stawka za 1 badanie zaproponowana w danej ofercie**

2. W przypadku, kiedy dwie oferty uzyskają tę samą liczbę punktów, o przyjęciu jednej z nich zdecydują kwalifikacje personelu i odległość od siedziby Udzielającego zamówienia.

## **VI. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT**

1. Oferty w zaklejonych kopertach powinny być zaadresowane wg poniższego wzoru:

**SP ZOZ MSWiA w Krakowie  
ul. Kronikarza Galla 25, 30 – 053 Kraków  
Konkurs ofert nr 64/2024  
Nie otwierać przed 19 listopada 2024 r.**

Ponadto koperta powinna zawierać nazwę i adres Oferenta napisane w lewym górnym rogu.

2. Oferty należy składać w Kancelarii Zakładu przy ul. Kronikarza Galla 25 w Krakowie, do dnia 19 listopada 2024 r. do godz. 10<sup>00</sup>
3. Oferty złożone po terminie będą zwracane bez otwierania.
4. Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane w ciągłości i podpisane przez Oferenta. Wszystkie strony oferty należy spiąć w sposób uniemożliwiający jej zdekompletowanie.
5. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Oferent.
6. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.

## **VII. DODATKOWE INFORMACJE DLA OFERENTÓW**

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 19 listopada 2024r. o godz. 11.00 w sali konferencyjnej w siedzibie Udzielającego zamówienia w Krakowie przy ul. Kronikarza Galla 25. Oferenci mogą uczestniczyć w otwarciu ofert, w trakcie którego zostaną odczytane nazwy oferentów i proponowane stawki.
2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert zostanie ogłoszone na tablicy informacyjnej w siedzibie SP ZOZ MSWiA w Krakowie oraz na stronie internetowej do dnia 21 listopada 2024 r.
3. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta w terminie 21 dni, licząc od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert, z oferentami niepodlegającymi odrzuceniu, spełniającymi warunki określone w niniejszym postępowaniu,

których oferty zostaną uznane za najkorzystniejsze w oparciu o ustalone kryteria oceny.

4. W razie, gdy złożona została tylko jedna oferta, Udzielający zamówienia może przyjąć tę ofertę, jeżeli komisja konkursowa stwierdzi, że spełnia ona wymagania.
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu i przesunięcia terminu składania ofert.
6. Odrzuca się ofertę:
  - a) złożoną po terminie ,
  - b) zawierającą nieprawdziwe informacje,
  - c) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń,
  - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
  - e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
  - f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
  - g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienia w postępowaniu konkursowym.
  - h) złożoną przez oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających postępowanie została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn zawinionych przez oferenta.
9. Unieważnia się postępowanie gdy:
  - a) nie wpłynęła żadna oferta, lub wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, nieprzyjęta przez Komisję,
  - b) odrzucono wszystkie oferty,
  - c) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń,
  - d) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

## **VIII. POSTĘPOWANIE ODWOŁAWCZE.**

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Komisja konkursowa rozpatruje protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie ulega zwieszeniu, chyba że protest jest oczywiście bezzasadny. Protest wniesiony po terminie nie podlega rozpoznaniu.
3. W terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu, oferent może wnieść do dyrektora SP ZOZ MSWiA w Krakowie odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
4. Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Krakowie rozpatruje odwołanie w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

***Udzielający zamówienia***

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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 2016, Nr 119, dalej RODO), informujemy że w odniesieniu do danych osobowych osób fizycznych reprezentujących kontrahenta oraz osób fizycznych wskazanych przez ten podmiot jako osoby do kontaktu/koordynatorzy/osoby odpowiednie za wykonanie Umowy/porozumienia/Zamówienia itp.:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie z siedzibą w Krakowie, ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków, NIP: 677-20-75-248, REGON: 350995109;
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych w tym realizacją przysługujących Pani/Panu w tym zakresie praw można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych drogą mailową, pisząc na adres: [iod@zozmswiakrakow.pl](mailto:iod@zozmswiakrakow.pl), drogą listowną, pisząc na adres siedziby administratora lub telefonicznie, dzwoniąc pod numer: +48 663 307 507.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane jedynie w celu i zakresie niezbędnym do wykonania zadań administratora danych osobowych związanych z realizacją Umowy/ Porozumienia/Zamówienia w kategorii dane zwykle – imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer ewidencyjny PESEL, zajmowane stanowisko i miejsce pracy, numer służbowego telefonu, służbowy adres email. Dane osobowe o których mowa w niniejszym punkcie przetwarzane są na podstawie art. 6., ust. 1., pkt b, c, d;
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom wykonującym działalność komercyjną na podstawie umów udostępnienia lub powierzenia przetwarzania danych, zajmujących się naprawą, serwisem i nadzorem autorskim oprogramowania funkcjonującego w siedzibie Administratora w zakresie niezbędnym do usunięcia awarii, podmiotom szkoleniowym, doradczym, konsultacyjnym, w zakresie danych niezbędnych do przeprowadzenia usług, organom nadzorczym, kontrolnym, audytowym;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego;
6. Pani/Pana dane osobowe stanowiące dokumentację dotyczącą wykonania umowy oraz będą przechowywane przez okres 5 lat liczonego od dnia zakończenia obowiązywania umowy;
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu oraz prawo do przenoszenia danych w przypadkach określonych w przepisach RODO;
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia w każdym momencie sprzeciwu na przetwarzanie danych osobowych – z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją np. naruszeniem prywatności;
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
10. Podanie danych osobowych, o których mowa w ust. 1, jest wymagane do zawarcia Umowy/Porozumienia, Zamówienia. Odmowa podania danych osobowych skutkuje niemożnością zawarcia i realizacji Umowy/Porozumienia/Zamówienia;
11. Podane przez Panią/ Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

*Kontrahent zobowiązuje się poinformować wskazane przez siebie osoby fizyczne nie podpisujące Umowy/Porozumienia/ Zamówienia itp., o których mowa w ust. 1, o treści niniejszej klauzuli informacyjnej.*

-----  
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

## FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa i adres oferenta

.....  
.....  
.....

2. Data sporządzenia oferty:.....

3 Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na wykonywanie badań mammograficznych z opisem proponuję następującą cenę za 1 badanie obu piersi:.....

4. Wykaz załączników do oferty:

- a. ....
- b. ....
- c. ....
- d. ....
- e. ....
- f. ....
- g. ....
- h. ....
- i. ....
- j. ....

5. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję warunek, że nie złożenie przeze mnie żądanych przez Udzielającego zamówienia dokumentów może spowodować odrzucenie oferty.

Miejsce i data:.....

(podpis)\_\_\_\_\_



-----  
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

Ja (imię i nazwisko)

.....

W imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy (nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

.....

.....

.....

Niniejszym oświadczam, co następuje:

1. Zapewniam jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość udzielanych świadczeń na warunkach określanych w umowach Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie przedmiotu zamówienia.
2. Posiadam/Personel posiada wskazane kwalifikacje zawodowe i doświadczenie w celu przyjęcia obowiązków udzielania określonych w specyfikacji świadczeń zdrowotnych.
3. Znane mi są warunki postępowania konkursowego, przedstawione w specyfikacji warunków przygotowania oferty i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostaję związany przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w przypadku przyjęcia mojej oferty.
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w niniejszym postępowaniu. TAK/NIE\* ?

Miejsce i data:.....

(podpis)\_\_\_\_\_

## Informacje o ofercie

1. Dokładna nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą

---

---

---

2. numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

---

3. nr wpisu do KRS \_\_\_\_\_

4. osoba upoważniona do występowania w imieniu oferenta \_\_\_\_\_

---

5. Nr rachunku bankowego \_\_\_\_\_

6. NIP \_\_\_\_\_

7. REGON \_\_\_\_\_

8. Adres do korespondencji \_\_\_\_\_

---

9. Adres e-mail \_\_\_\_\_

10. Kontaktowy numer telefonu \_\_\_\_\_

11. Nr fax \_\_\_\_\_

Miejsce i data:.....

(podpis)\_\_\_\_\_

### Lista osób wykonujących badania mammograficznych

<b>Lp</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>PESEL</b>	<b>Nr Prawa wykonywania zawodu</b>	<b>Specjalizacje</b>	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

.....  
data i podpis osoby upoważnionej

**LISTA SPRZĘTU NA KTÓRYM BĘDĄ WYKONYWANE  
BADANIA MAMMOGRAFICZNE**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SPRZĘTU, PRODUCENT, TYP</b>	<b>ROK PRODUKCJI</b>	<b>Sprzęt serwisowany Tak/nie</b>
1			
2			
3			
4			
5			

.....  
data i podpis osoby upoważnionej