

SPECYFIKACJA
do postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert
na wykonywanie badań rezonansu magnetycznego wraz z opisem w Krakowie 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,

- Do konkursu mogą przystąpić odpowiednie podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu Ustawy o działalności leczniczej.**
- Oferent może złożyć ofertę tylko do jednego zadania.
- Umowa zawarta będzie na okres 3 lat od 1 grudnia 2024 r.

II. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

- Przedmiotem konkursu jest wykonywanie badań rezonansu magnetycznego wraz z opisem, na zlecenie lekarzy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie szczegółowo określonych w punkcie 3 niniejszej specyfikacji.

CPV 85150000-5 - Usługi obrazowania medycznego

- Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu zamówienia obejmuje badania rezonansu magnetycznego z kontrastem i bez kontrastu wraz z opisem, między innymi: głowy, kręgosłupa, kanału kręgowego, jamy brzusznej, miednicy, podudzia, szyi, twarzoczaszki, stawu biodrowego, kolanowego, łokciowego, stopy, oczodołów, serca i naczyń.
- Przedmiot zamówienia został podzielony na dwa zadania:

3.1. **Zadanie 1:** całodobowe wykonywanie badań rezonansu magnetycznego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym dla pacjentów kierowanych przez lekarzy SP ZOZ MSWiA w Krakowie we wszystkie dni tygodnia od poniedziałku do niedzieli.

Szacunkowa liczba badań dla zadania 1 w okresie trwania umowy:

- 310 badań bez wzmocnienia kontrastowego;
- 1100 badań bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 10 badań dynamicznych;

3.2. **Zadanie 2:** wykonywanie badań rezonansu magnetycznego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym dla pacjentów kierowanych przez lekarzy SP ZOZ MSWiA w Krakowie w godzinach 08:00 – 18:00 we wszystkie dni tygodnia od poniedziałku do niedzieli.

Szacunkowa liczba badań dla zadania 2 w okresie trwania umowy:

| Lp | wykaz świadczeń | liczba badań w okresie obowiązywania umowy |
|----|---|--|
| 1 | MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego | 3 |
| 2 | MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | 100 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 3 | MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego | 20 |
| 4 | MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego | 3 |
| 5 | MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | 10 |
| 6 | MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | 4 |
| 7 | MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego | 3 |
| 8 | MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego | 3 |
| 9 | MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | 3 |
| 10 | MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | 3 |
| 11 | MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego | 3 |
| 12 | MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego | 3 |
| 13 | MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | 3 |
| 14 | MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | 3 |
| 15 | MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym | 3 |
| 16 | Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego | 3 |
| 17 | Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR | 3 |
| 18 | MR badanie czynnościowe mózgu | 3 |
| 19 | Spektroskopia - MR | 3 |
| 20 | MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego | 3 |
| 21 | MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | 3 |
| 22 | MR badanie piersi | 3 |
| RAZEM | | 188 |

4. Szacunkowa wartość zamówienia wynosi dla zadania 1: 985 000,00 zł dla zadania 2: 168 000,00 zł.

III. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ

- Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu zamówienia obejmuje badania rezonansu magnetycznego na podstawie skierowania lekarzy SP ZOZ MSWiA w Krakowie po przednim telefonicznym uzgodnieniu terminu.

2. Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał badania w terminie maksymalnie 2 dni od dnia zgłoszenia zapotrzebowania, a w przypadkach pilnych niezwłocznie, jednak nie później niż do 3 godzin od momentu zgłoszenia.
3. Świadczenia zdrowotne realizowane będą w siedzibie Przyjmującego zamówienie w Krakowie, z wykorzystaniem jego personelu, sprzętu, aparatury i odczynników,
4. Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał badania zgodnie z wymogami NFZ, zapewniającymi prawidłową realizację wszystkich umów Udzielającego zamówienia, zgodnie ze szczegółowymi materiałami informacyjnymi na temat udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne stosowanymi do umów z NFZ.
5. Przyjmujący zamówienie zapewnia we własnym zakresie personel, sprzęt, aparaturę i odczynniki niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia.
6. Przyjmujący zamówienie zapewnia sprzęt umożliwiający badanie pacjentów z klaustrofobią oraz pacjentów z otyłością, w tym zapewnia dostęp do rezonansu magnetycznego o nośności co najmniej 250 kg (dotyczy zadania 1).
7. Przyjmujący zamówienie zapewnia możliwość wjazdu na badanie pacjenta transportowanego w pozycji leżącej.
8. Przyjmujący zamówienie wydaje osobie towarzyszącej pacjentowi w dniu badania 2 egzemplarze płyt z obrazami badania.
9. Wynik badania będzie dostępny najpóźniej w terminie 48 godzin od daty wykonania badania niezależnie od dnia tygodnia, a w przypadkach pilnych wynik dostarczony zostanie niezwłocznie faxem lub na adres poczty elektronicznej a oryginał wyniku badania przesłany zostanie pocztą.
10. 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.
11. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do udzielania świadczeń nieprzerwanie przez cały okres trwania umowy.
12. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapłaty kar umownych z tytułu nienależytego wykonywania umowy.
13. Termin płatności wynagrodzenia - do 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
14. Umowa może być rozwiązana za 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
15. Okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem:
 - 15.1. 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 zamówienie);
 - 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.
 - 15.2. przez Przyjmującego zamówienie w przypadku opóźnienia przez Udzielającego zamówienia w zapłacie należności, przekraczającego 60 dni.
16. 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.
17. Do obowiązków Przyjmującego zamówienie należy w szczególności:

- a) prowadzenie i archiwizacja dokumentacji medycznej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
 - b) prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej po wejściu w życie stosownych przepisów;
 - c) zapewnienie ochrony danych objętych dokumentacją medyczną;
 - d) 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;
 - e) należyte i terminowe wykonywanie świadczeń;
 - f) poddawanie się procedurom kontrolnym Udzielającego zamówienia;
 - g) zachowanie ciągłości ubezpieczenia w czasie trwania umowy oraz dostarczenie niezwłocznie aktualnego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie po upływie ważności poprzedniego okresu ubezpieczenia;

IV. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW

A . DOKUMENTY

Dla udokumentowania spełnienia wymaganych warunków oraz uznania formalnej poprawności, oferta musi zawierać następujące dokumenty (odpisy/kserokopie) poświadczone 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 zamówienie – 2 osoby, o których mowa w pkt. 3
3. 1 lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych winien posiadać specjalizację z zakresu radiologii lub rentgenodiagnostyki oraz 1 technik elektroradiolog.
4. Przyjmujący zamówienie zapewnia ciągłość, kompleksowość, dostępność i jakość udzielanych świadczeń na warunkach określanych w umowach Udzielającego zamówienia 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:

Kryterium liczone osobno dla zadania 1 i osobno dla zadania 2:

- a. Łączna wartość zamówienia dla określonego zadania przy zapewnieniu warunków o których mowa w niniejszej specyfikacji - max. 90 pkt

$$\frac{C_n}{C_o} \times 90$$

Gdzie: **C_n** oznacza najniższą zaoferowaną wartość
C_o oznacza wartość zaproponowaną w danej ofercie

- b. Odległość lokalizacji w której będą wykonywane badania w km. (samochodem) od siedziby Udzielającego zamówienia

$$\frac{C_n}{C_o} \times 10$$

Gdzie: **C_n** oznacza najmniejszą odległość od udzielającego zamówienia
C_o oznacza odległość podaną w danej ofercie

1. W przypadku, kiedy dwie oferty uzyskają tę samą liczbę punktów, o przyjęciu jednej z nich zdecydują:
 - 1) Kwalifikacje
 - 2) Liczba lokalizacji na terenie miasta Krakowa

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 na badania RM w Krakowie
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. 10⁰⁰
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 2024 r. o godz. 11.00 w Dziale Statystyki Medycznej i Obsługi Umów Medycznych w siedzibie Udzielającego zamówienia w Krakowie przy ul. Kronikarza Galla 25, Budynek C, pokój 11. 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.:

2. 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;
3. 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, drogą listowną, pisząc na adres siedziby administratora lub telefonicznie, dzwoniąc pod numer: +48 663 307 507.
4. 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, f RODO;
5. 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;
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego;
7. Pani/Pana dane osobowe stanowiące dokumentację dotyczącą wykonania umowy oraz będą przechowywane przez okres 5 lat liczonego od dnia zakończenia obowiązywania umowy;
8. 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;
9. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia w każdym momencie sprzeciwu na przetwarzanie danych osobowych – z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją np. naruszeniem prywatności;
10. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
11. 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;
12. Podane przez Panią/ Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa i adres oferenta

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

2. Data sporządzenia oferty:.....

3. Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na badania rezonansu magnetycznego wraz z opisem składam ofertę na:

- Zadanie 1
- Zadanie 2*

i proponuję stawki zgodnie z załącznikiem do formularza ofertowego.

5. Odległość (samochodem) od Udzielającego zamówienia do lokalizacji w której będą wykonywane badania,.....

6. Wykaz załączników do oferty:

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

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

Miejsce i data:.....

(podpis)_____

*zaznaczyć właściwe

(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 RM

| Lp | Imię i nazwisko | Nr Prawa wykonywania zawodu | Specjalizacje | Uwagi |
|-----------|------------------------|------------------------------------|----------------------|--------------|
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>4</i> | <i>5</i> | <i>6</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

.....
data i podpis osoby upoważnionej

LISTA SPRZĘTU NA KTÓRYM BĘDĄ WYKONYWANE BADANIA

| Lp. | NAZWA SPRZĘTU, PRODUCENT, TYP | ROK PRODUKCJI |
|------------|--------------------------------------|----------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |

.....
data i podpis osoby upoważnionej