

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 40/2024

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT NA REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

I. UWAGI WSTĘPNE

1. Niniejsze szczegółowe warunki konkursów ofert na zawieranie umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w w/w zakresach zwane dalej "Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" określają:
 - założenia konkursu ofert
 - wymagania stawiane oferentom
 - tryb składania ofert
 - sposób przeprowadzania konkursu
 - tryb zgłaszania i rozpatrywania skarg oraz protestów związanych z tymi czynnościami.
2. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia swojej oferty, oferent winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w "Szczegółowych warunkach konkursu ofert".
3. Konkursy ofert prowadzone są na zasadach przewidzianych przez przepisy Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 711) i dotyczy podmiotów wymienionych w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) oraz zarządzenia Dyrektora SP ZOZ Jarosław nr 40/2024 z dnia 8.10.2024 r. w sprawie przeprowadzenia konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie w/w.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych "Szczegółowych warunkach konkursów ofert" zastosowanie mają przepisy i postanowienia wskazane w pkt. 3.

II. DEFINICJE

Ilekcroć w "Szczegółowych warunkach konkursów ofert" oraz w załącznikach do tego dokumentu jest mowa o:

- 1) **Oferencie** - rozumie się przez to podmiot wykonujący działalność w rozumieniu art. 5 ust. 1 i 2 lit. a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711) w formie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- 2) **Zamawiającym/Udzielającym zamówienia** - rozumie się przez to Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu
- 3) **przedmiocie konkursu ofert** - rozumie się świadczenia zdrowotne w w/w zakresach
- 4) **formularzu ofertowym** - rozumie się przez to druk „OFERTA” przygotowany przez Zamawiającego, a wypełniony przez oferenta.
- 5) **świadczeniach zdrowotnych** – świadczeniach będących przedmiotem umowy zawieranej z przyjmującym zamówienie
- 6) **umowie** – wzorze umowy opracowanym przez Udzielającego zamówienia, stanowiącym załącznik do niniejszych warunków.

III. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu ofert w podziale na zadania:

Zadanie 1.

Rezonans Magnetyczny (RM) – zapotrzebowanie około 38 badań/36 mc.:

- Rezonans Magnetyczny (RM) mózgu/pnia - badanie podstawowe i z kontrastem, Udzielający Zamówienia wymaga od Przyjmującego zamówienie, aby badania RM były wykonywane przy zastosowaniu minimum jednego urządzenia RM: nie gorszego niż Aparat 1,5 T.

Badanie zamawiane telefonicznie i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia.

Przyjmujący zamówienie określi miejsce i koszt świadczenia usługi oraz maksymalny czas realizacji świadczenia od momentu zgłoszenia. Koszt RM obejmuje badanie i opis badania.

Zadanie 2.

Tomografia Komputerowa (TK) – zapotrzebowanie około 345 badań/36 mc.:

- Tomografia Komputerowa (TK) głowy - badanie podstawowe i z kontrastem,
- Tomografia Komputerowa (TK) szyi - badanie podstawowe i z kontrastem,
- Tomografia Komputerowa (TK) kręgosłupa (jednego odcinka anatomicznego) – badanie podstawowe i z kontrastem.

Badanie zamawiane telefonicznie i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia.

Przyjmujący zamówienie określi miejsce i koszt świadczenia usługi oraz maksymalny czas realizacji świadczenia od momentu zgłoszenia. Koszt TK obejmuje badanie i opis badania.

Zadanie 3

Bronchoskopia – zapotrzebowanie około 15 badań/36 mc.

Badanie zamawiane telefonicznie i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia.

Przyjmujący zamówienie określi miejsce i koszt świadczenia usługi oraz maksymalny czas realizacji świadczenia od momentu zgłoszenia. Koszt bronchoskopii obejmuje badanie i opis badania.

Zadanie 4.

Gastroskopia – zapotrzebowanie około 16 badań/36 mc.

- Gastroskopia diagnostyczna z testem urazowym.
- Gastroskopia diagnostyczna z biopsją i badaniem histopatologicznym.

Badanie zamawiane telefonicznie i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia.

Przyjmujący zamówienie określi miejsce i koszt świadczenia usługi oraz maksymalny czas realizacji świadczenia od momentu zgłoszenia. Koszt gastroskopii obejmuje badanie i opis badania.

Zadanie 5.

Elektromiografia - ilość zamówionych badań uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia – około 1200 badań/36 mc.

- Badanie neurograficzne (ENG)
- Badanie elektromiograficzne (EMG)
- Wzrokowe potencjały wywołane (WPW)
- Próba tężyczkowa

Badanie zamawiane telefonicznie i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia.

Przyjmujący zamówienie określi miejsce i koszt świadczenia usługi oraz maksymalny czas realizacji świadczenia od momentu zgłoszenia.

Zadanie 6.

Próba męczyliwosci - ilość zamówionych badań uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia około 10 badań/36 mc.

Badanie zamawiane telefonicznie i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia.

Przyjmujący zamówienie określi miejsce i koszt świadczenia usługi oraz maksymalny czas realizacji świadczenia od momentu zgłoszenia.

Zadanie 7.

Konsultacje specjalistyczne udzielane u Przyjmującego Zamówienie - ilość zamówionych konsultacji uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

Szacunkowa ilość konsultacji - 36 miesięcy:

- okulistyczne – około 180;
- kardiologiczne – około 90;
- laryngologiczne – około 50;
- chirurgiczne – około 300;
- ginekologiczne – około 60;
- pulmonologiczne, (spirometria, OT) – około 15;
- dermatologiczne – około 40;
- ortopedyczne – około 110;
- neurologiczne – około 30 – konsultacje na cito, maksymalny czas wykonania usługi wynosi 2 godziny;
- internistyczne – około 30 – konsultacje na cito, maksymalny czas wykonania usługi wynosi 2 godziny;
- z zakresu chorób zakaźnych. – około 10;
- urologiczne – około 50.

Konsultacje zamawiane telefonicznie w roboczych dniach tygodnia zgodnie z obowiązującymi godzinami pracy i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie określi miejsce, czas i koszt świadczenia usługi.

Zadanie 8

Konsultacje specjalistyczne udzielane u Udzielającego Zamówienie - ilość zamówionych konsultacji uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

- neurologiczne – około 300/36 mc.

Konsultacje zamawiane telefonicznie i wykonywane będą w siedzibie Udzielającego Zamówienie. Maksymalny czas wykonania usługi wynosi 48 godzin.

Zadanie 9

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w dziedzinie neurologii.

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie porad neurologicznych w Poradni Neurologicznej Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego SP ZOZ w Jarosławiu oraz w domu pacjenta.

Wymagania – specjalizacja w dziedzinie neurologii.

Lp.	Dziedzina świadczenia medycznego	ilość punktów miesięcznie
1	neurologia	ok. 44 512,82 punktów

Zadanie 10.

Zabiegi specjalistyczne dla pacjentów leczonych w ramach środka zabezpieczającego - ilość zamówionych zabiegów uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

- stomatologiczne – w zakresie ekstrakcji i leczenia zębów oraz protetyki, około 730/36 mc.
- anestezjologiczne – znieczulenie do zabiegu EW około 280/36mc. (wykonywane w siedzibie Udzielającego zamówienie)
- chirurgiczne – ambulatoryjne około 50/36 mc.

Zabiegi zamawiane telefonicznie w dniach tygodnia zgodnie z obowiązującymi godzinami pracy i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie określi miejsce, czas i koszt świadczenia usługi.

Zadanie 11.

Diagnostyka laboratoryjna - ilość zamówionych badań uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Podane ilości badań dotyczą okresy 36 miesięcy.

Zadanie 11.1

Oznaczenie grupy krwi

Udzielający zamówienie wymaga przyjęcia dostarczonego materiału do badania we wszystkie dni tygodnia (również w niedziele i święta). Możliwość wykonania badania w trybie pilnym

Lp.	Nazwa badania	Ilość badań 36 mc.
1	Grupa krwi układu ABO	12
2	Odczyn Coombsa	3

Zadanie 11.2

Bakteriologia

Lp.	Nazwa badania	Ilość badań 36 mc.
1	posiew moczu (jałowy)	36
2	antybiogram posiewu moczu	15
3	wymazy (gardło, nos, rana, skóra)	3
4	wymazy (gardło, nos, rana, skóra) z antybiogramem	3
5	wymaz z odbytu (ujemny bez identyfikacji)	3
6	wymaz z odbytu j. w. (dodatni z identyfikacją)	3
7	antybiogram posiewu wymazu	3
8	Clostridium Difficile toksyna A i B	3
9	Rota -Adenowirusy	3
10	posiew krwi tlenowy	18
11	posiew krwi tlenowy - antybiogram	3
12	Posiew krwi beztlenowy	18
13	Posiew w kierunku Salmonella Shigella - SS	3
14	badanie w kierunku gruźlicy- preparat bezpośredni	3
15	posiew w kierunku gruźlicy	24
16	posiew w kierunku gruźlicy -lekowrażliwość	3

W cenę badania należy wliczyć koszt pożywki i podłoża transportowego.

Zadanie 11.3

Toksykologia - oznaczenie poziomu leków we krwi

Lp.	Nazwa badania	Ilość badań 36 mc.
1	karbamazepina	30
2	kwask walproinowy	81
3	klozapina	12

inne badania toksykologiczne zgodnie z cennikiem

Zadanie 11.4**Diagnostyka niedokrwistości**

1	kwas foliowy	192
2	ferrytyna	135
3	witamina B12	672
4	transferyna	27

Zadanie 11.5**Diagnostyka chorób tarczycy**

Lp.	Nazwa badania	Ilość badań 36 mc.
1	Tyreotropina TSH	4305
2	Wolne T3	585
3	Wolne T4	630
4	Przeciwciała przeciwarczycowe - anty TPO	57
5	Przeciwciała przeciwarczycowe - anty hTG	39
6	P/ciała p receptorom TSH - TRAB	9

Zadanie 11.6**Hormony płciowe i metaboliczne**

Lp.	Nazwa badania	Ilość badań 36 mc.
1	Prolaktyna PRL	189
2	Luteotropina – LH	3
3	Folikulotropina – FSH	21
4	Estradiol - E2 -	21
5	Progesteron – P	12
6	17-OH-Progesteron	3
7	Testosteron –T	42
8	Kortyzol	6
9	Gonadotropina kosmówkowa HCG (ilościowo)	33
10	Ceruloplazmina	3
11	ACTH	12
12	Witamina D	102
13	Fosfataza kwaśna	3
14	Miedź	3
15	hormon wzrostu	3
16	Wapń zjonizowany	6
17	C-Peptyd	3
18	DHEA-S	3
19	PTH	18
20	Elektroforeza białek surowicy krwi	3

Zadanie 11.7**Diagnostyka cukrzycy**

Lp.	Nazwa badania	Ilość badań 36 mc.
1	Insulina	42
2	HbA1c	273
3	Mikroalbuminuria	3

Zadanie 11.8**Markery nowotworowe**

Lp.	Nazwa badania	Ilość badań 36 mc.
1	CEA	12
2	CA 125	15
3	CA 15 - 3	6
4	CA 19 - 9	18
5	PSA	579
6	fPSA – wolny PSA	3
7	AFP	9

Zadanie 11.9**Immunologia i diagnostyka zakażeń**

Lp.	Nazwa badania	Ilość badań 36 mc.
1	różyczka IgG (test ilościowy)	3
2	różyczka IgM (test ilościowy)	3
3	cytomegalia IgG (test ilościowy)	3
4	cytomegalia IgM (test ilościowy)	3
5	Borelia IgG	453
6	Borelia IgG test potw	24
7	Borelia IgM	450
8	Borelia IgM test potw	15
9	Toxoplazmoza IgG	12
10	Toxoplazmoza IgM	12
19	mononukleoz test	3
21	antygen HBs	3
22	antygen HBs - test potwierdzenia	3
27	przeciwciała anty – HCV	12
28	VRDL	3
29	TPHA	3
30	HCV RNA	3
31	FTA i FTA ABS	3

Zadanie 11.10

Autoimmunologia

Lp.	Nazwa badania	Ilość badań 36 mc.
1	Anty CCP	18
2	Odczyn Waalera Rosego	3
3	ANA I	9
4	ANA II	9
5	ANA III	9

*** ilość badań uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia**

Odbiór próbek od Udzielającego zamówienia materiału do badania własnym środkiem transportu w chłodzonym pojemniku na koszt Przyjmującego zamówienie.

Odbiór materiału do badania codziennie we wszystkie dni nie świąteczne.

Możliwość podglądu i wydruku wyników badań wykonanych i zarejestrowanych w czasie rzeczywistym drogą internetową.

Bezpłatne zaopatrzenie przez Przyjmującego zamówienie pożywek, podłoży transportowych do bakteriologii, oraz próbek transportowych do surowic i grup krwi.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość zlecenia badań innych niż w/w wymienione na podstawie aktualnego cennika Przyjmującego zamówienie.

W Zadaniu 11.1 oznaczanie grupy krwi - możliwy transport Udzielającego zamówienie na terenie miasta Jarosławia, Udzielający zamówienie nie wymaga możliwości podglądu i wydruku wyników badań wykonanych i zarejestrowanych w czasie rzeczywistym drogą internetową.

Udzielający zamówienie wymaga przyjęcia dostarczonego materiału do badania we wszystkie dni tygodnia (również w niedziele i święta). Możliwość wykonania badania w trybie pilnym

Zadanie 12.

Wykonywanie badań laboratoryjnych w dni powszednie, wolne i święta w godzinach 22⁰⁰ - 7⁰⁰.

Ilość zamówionych badań uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

Wykonywanie badań na podstawie pisemnego skierowania wystawionego każdorazowo przez Udzielającego zamówienia i po dostarczeniu materiału do badania. Do Oferty Przyjmujący zamówienie dołączy aktualny cennik badań w formie elektronicznej.

Zadanie 13.

Wykonywanie i opis badań USG i USG Doppler - ilość zamówionych świadczeń uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia – około 820/36 mc.

- USG jamy brzusznej, tarczycy, sutka, gruczołu krokowego itp.
- USG narządów rodnych, transwaginalne
- USG Doppler – Duplex z kolorowym obrazowaniem

Świadczenia wykonywane będą w siedzibie i na aparacie USG Przyjmującego zamówienie.

Przyjmujący zamówienie określi czas i koszt jednostkowy wykonanej usługi.

Zadanie 14.

Opis badań EEG - ilość zamówionych świadczeń uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia – około 790/36 mc.

Przyjmujący zamówienie określi koszt jednostkowy wykonanej usługi oraz czas wykonania usługi.

Zadanie 15.

Badania profilaktyczne pracowników z zakresu medycyny pracy – ilość zamówionych badań uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb

Udzielającego zamówienia.

- badania pracowników działalności podstawowej, administracji i obsługi – 576 pracowników (mogą być przeprowadzane w siedzibie Udzielającego zamówienia). Udzielający zamówienia zapewnia wykonanie koniecznych badań diagnostycznych.
Badania wykonywane będą na podstawie pisemnego skierowania wystawionego każdorazowo przez Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie określi koszt jednostkowy badania.

Zadanie 16.

Udostępnienie sali sekcyjnej i wykonanie sekcji zwłok.

Przyjmujący zamówienie określi:

- koszt udostępnienia sali sekcyjnej,
- koszt wykonania sekcji zwłok.

Udostępnienie i wykonanie sekcji zamawiane telefonicznie w dniach tygodnia zgodnie z obowiązującymi godzinami pracy i potwierdzone pisemnym zleceniem wystawionym przez Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie określi miejsce, czas i koszt świadczenia usługi.

Zadanie 17.

Sterylizacja narzędzi.

Przyjmujący zamówienie określi koszt jednostkowy wysterylizowanego pakietu.

Szacunkowa wielkość pojedynczego pakietu do sterylizacji wynosi 1 dcm³. Udzielający zamówienia zapewnia transport pakietów. Pakiety zapakowane będą w rękawie papierowo-foliowanym. Ilość pakietów 9/36 mc.

Zadanie 18.

Badanie czystości mikrobiologicznej powierzchni.

W przypadku dochodzenia epidemiologicznego i w innych uzasadnionych przypadkach na zlecenie Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie określi koszt jednego badania.

Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każdy z wyżej wymienionych Zadań. Na każde Zadanie należy złożyć oddzielny Formularz Ofertowy.

SZCZEGÓŁOWY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Zadanie nr 1- 7,10,11 12, 13,15,16,17,18

Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych, które wykonywane będą w miejscu wyznaczonym przez Przyjmującego zamówienia. Udzielający zamówienia samodzielnie dowozi pacjenta na konsultację do miejsca wskazanego przez Przyjmującego zamówienia.

Ilości świadczeń zdrowotnych uzależnione są od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo wyboru takiej ilości ofert, aby móc realizować wszystkie wymogi ilościowe, finansowe i jakościowe wykonywania świadczeń zdrowotnych, określone przez płatnika świadczeń tj. Narodowy Fundusz Zdrowia.

IV. WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERENTÓW.

1. Do konkursu mogą przystąpić oferenci:
Którzy są podmiotem wykonującym działalność leczniczą lub są osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem.
2. Oferent winien posiadać personel z uprawnieniami do wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych.
3. Minimalne warunki dotyczące przedmiotu zamówienia w zakresie lokalu i wyposażenia:
Oferent posiada odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny,

które pozwalają na realizację pełnego zakresu badań wymaganych przez Zamawiającego – dot. świadczeń medycznych wykonywanych u Oferenta.

4. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą na podstawie indywidualnych zleceń opieczętowanych pieczęcią nagłówkową Zamawiającego, wystawianych i podpisywanych przez lekarzy udzielających zamówienia z określeniem rodzaju świadczenia zdrowotnego, terminu wykonania w przypadku badań wykonywanych w trybie „na cito”.
5. Świadczenia zdrowotne zlecane będą przez Zamawiającego w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.
6. W przypadku występowania problemów z danym zakresem usługi lub wydłużającym się terminem ich wykonania Oferent powinien poinformować telefonicznie kierownika danej komórki organizacyjnej lub lekarza dyżurnego o wszelkich problemach z realizacją skierowania.
7. Oferent zapewni wykonywanie badań zgodnie z obowiązującymi normami w tym zakresie, z uwzględnieniem wymogów jakościowych i procedur systemowych. Należy przyjąć, iż badanie wymienione w cenniku ofertowym jest badaniem kompletnym, jeżeli zatem istnieje potrzeba jego powtórzenia cena ofertowa winna obejmować powtórzenie.
8. Zamawiający dopuszcza zmianę ceny wyłącznie w trybie uzgodnień między stronami w formie aneksu do umowy.
9. Termin płatności – rozliczenie miesięczne, do 14 dni od dnia otrzymania oryginału faktury i potwierdzenia przez Zamawiającego wykonania ilości i rodzaju badań ujętych w fakturze.
10. Oferent jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej, stosownie do przepisów obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej,
11. Oferent jest zobowiązany do wykonywania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z posiadaną wiedzą i wymaganym umiętnościami.
12. Zamawiający wymaga, aby przez cały okres realizacji umowy Oferent posiadał ważną polisę OC w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia. W sytuacji, gdy w trakcie obowiązywania umowy umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej wygaśnie, Oferent będzie zobowiązany zawrzeć nową umowę ubezpieczenia w takim terminie, aby zapewnić ciągłość wykonywania przedmiotowej umowy.
13. Oferent wykonujący świadczenia na rzecz osób małoletnich zobowiązany jest do dołączenia zaświadczenia o niekaralności.
14. Umowy ubezpieczenia winny pozostawać zgodne z art. 25 ustawy o działalności leczniczej. Z umowy ubezpieczeniowej lub polisy winno wynikać, że obejmują one także swoim zakresem usługi realizowane na rzecz innych podmiotów leczniczych przez Oferenta. W przypadku zmiany Rozporządzenia regulującego wysokość ubezpieczenia Oferent ma obowiązek do ubezpieczyć się, zgodnie z aktualnymi przepisami.
15. Usługi stanowiące przedmiot niniejszej umowy mają charakter usług w zakresie opieki medycznej, służą profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia i jako takie podlegają zwolnieniu z podatku VAT zgodnie z art. 43 obowiązującej ustawy o podatku od towarów i usług.

V. KRYTERIA OCENY OFERT

Zadanie nr. 1,2,3,4,5,6,7,11, 12,13,14,15,16,17,18

Dokonując wyboru najkorzystniejszych ofert komisja konkursowa kieruje się kryteriami:

- ceną waga 70% (C) wzór: maks. Ilość punktów dla kryterium wynosi: 70
cena minimalna wg ofert

$$\text{Wartość pkt. C} = \frac{\text{cena minimalna wg ofert}}{\text{cena oferty ocenianej}} \times \text{maks. ilość pkt.}$$

- odległość od siedziby Udzielającego zamówienie waga 30% (O) wzór maks. Ilość punktów dla kryterium wynosi: 30

$$\text{Wartość pkt. O} = \frac{\text{odległość minimalna wg ofert}}{\text{odległość oferty ocenianej}} \times \text{maks. ilość pkt.}$$

Zadanie nr. 8,10,

Dokonując wyboru najkorzystniejszych ofert komisja konkursowa kieruje się kryteriami:

- **cena waga 100% (C)** wzór: maks. Ilość punktów dla kryterium wynosi: 100
cena minimalna wg ofert

Wartość pkt. C = ----- x maks. ilość pkt.
cena oferty ocenianej

Wybrana będzie oferta / oferty o najwyższej wartości punktowej. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo wyboru ofert w liczbie umożliwiającej realizację zapotrzebowania Zamawiającego na świadczenia będące przedmiotem konkursu.

VI. PODSTAWOWE ZASADY PRZEPROWADZENIA KONKURSU OFERT

1. Ofertę składa Oferent dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami lub uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym postępowaniem konkursowym.
2. Dokonując wyboru najkorzystniejszych ofert Udzielający zamówienia stosuje zasady określone w niniejszych "Szczegółowych warunkach konkursów ofert" oraz "Regulaminie pracy komisji konkursowej".
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu lub jego unieważnienia oraz do przesunięcia terminu składania ofert.
4. O odwołaniu lub unieważnieniu konkursu ofert Udzielający zamówienia zawiadamia oferentów na swojej stronie internetowej.

VII. PRZYGOTOWANIE OFERTY

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w "Szczegółowych warunkach konkursów ofert" na formularzu udostępnionym przez Zamawiającego. Oferent składający ofertę na kilka zadań wypełnia na każde Zadanie właściwy Formularz Ofertowy.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta powinna zawierać wszelkie dokumenty i załączniki wymagane w "Szczegółowych warunkach konkursów ofert".
4. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
5. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim pod rygorem odrzucenia oferty, z wyłączeniem pojęć medycznych.
6. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje oferent lub osoba upoważniona na podstawie pełnomocnictwa złożonego w oryginale w formie pisemnej, poświadczonego przez notariusza.
7. Strony oferty oraz miejsca, w których naniesione zostały poprawki, podpisuje oferent lub osoba, o której mowa w pkt. 6. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego czytelnego zapisu poprawnego.
8. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Zamawiającego o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
9. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę z dopiskiem "Zmiana oferty" lub "Wycofanie oferty".
10. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem: "Konkurs świadczenia zdrowotne".

VIII. INFORMACJA O DOKUMENTACH ZAŁĄCZANYCH PRZEZ OFERENTA

1. W celu uznania, że oferta spełnia wymagane warunki, oferent zobowiązany jest dołączyć do oferty wszystkie dokumenty wskazane w formularzu oferty.
2. Dokumenty, o których mowa w pkt. 1 niniejszego rozdziału oferent przedkłada w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej przez siebie za zgodność z oryginałem.
3. W celu sprawdzenia autentyczności przedłożonych dokumentów Zamawiający może zażądać od oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu, gdy kserokopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości.

IX. OKRES ZWIĄZANIA UMOWĄ

Oferent składa ofertę na realizację zadań w zakresie objętym zamówieniem na okres **36 miesięcy**

X. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Ofertę składa się w siedzibie SPZOZ Jarosław, w sekretariacie w terminie do dnia **25.10.2024 r. do godz. 12.00**
2. Do bezpośredniego kontaktowania się z Oferentami ze strony Zamawiającego uprawniony jest:
 - 1) Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa – lek. Piotr Cisek – Przewodniczący Komisji tel. 16 624-06-20 (sekretariat).
 - 2) Marzena Potoczna – członek Komisji tel. 16 624-06-56 mail: don@spzozjaroslaw.pl
 - 3) Bożena Wąsacz – członek Komisji tel. 16 624-06-56 mail: don@spzozjaroslaw.pl

XI. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent związany jest ofertą do 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

XII. KOMISJA KONKURSOWA

1. W celu przeprowadzenia konkursów ofert Udzielający zamówienia powołuje komisję konkursową.
2. Szczegółowe zasady pracy komisji konkursowej określa „Regulamin pracy Komisji konkursowej” obowiązujący na podstawie zarządzenia Dyrektora wskazanego w pkt. 3 UWAG WSTĘPNYCH
3. Członkiem komisji, a także przedstawicielem samorządu zawodowego nie może być osoba podlegająca wyłączeniu z udziału w komisji w przypadkach wskazanych w Regulaminie pracy komisji konkursowej:
4. W razie konieczności wyłączenia członka komisji konkursowej z przyczyn, o których mowa w pkt. 3, nowego członka komisji powołuje Zamawiający.
5. Zamawiający nie powołuje nowego członka komisji konkursowej w przypadku określonym w pkt. 3 o ile komisja konkursowa liczyć będzie, pomimo wyłączenia jej członka, co najmniej trzy osoby.
6. Zamawiający wskazuje nowego przewodniczącego, jeśli wyłączenie członka komisji konkursowej dotyczy osoby pełniącej tę funkcję.

XIII. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT ORAZ PRZEBIEG KONKURSU

1. **Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego w pok. nr 11 w dniu 25.10.2024r. o godz. 12:05**
2. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej.
3. **Rozstrzygnięcie konkursów nastąpi nie później niż w ciągu 5 dni od daty otwarcia ofert.**
W przypadku, gdy Oferent nie przedstawi wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawierać będzie braki formalne Udzielający zamówienie wezwie Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
4. Szczegółowe zasady postępowania Komisji konkursowej określa Regulamin pracy komisji konkursowej.

XIV. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU, WARUNKI ZAWARCIA UMOWY

1. Rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłasza się na stronie internetowej oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego, podając nazwę Oferentów,
2. Zamawiający pisemnie zawiadamia oferentów o wyniku konkursu.
3. Oferentom wybranym w wyniku postępowania konkursowego Zamawiający wskazuje termin i miejsce zawarcia i podpisania umowy.

XV. KONKURS OFERT OGŁOSZONO NA:

1. Na tablicy ogłoszeń Udzielającego zamówienie.
2. Na stronie internetowej Szpitala: www.spzozjaroslaw.pl

XVI. ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA za okres 36 miesięcy wynosi 3 569 250 zł.

XVII. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU, WARUNKI ZAWARCIA UMOWY

1. Rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłasza się na stronie internetowej oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego, podając nazwę Oferentów,
2. Zamawiający pisemnie zawiadamia oferentów o wyniku konkursu.
3. Oferentom wybranym w wyniku postępowania konkursowego Zamawiający wskazuje termin i miejsce zawarcia i podpisania umowy.

XVIII. ŚRODKI ODWOŁAWCZE

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Zamawiającego
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

XIX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Dokumenty dotyczące postępowania konkursowego przechowywane są w siedzibie Zamawiającego

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 1 Rezonans magnetyczny

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....

.....

.....

.....

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy..... miejscowość.....

Tel....., fax.....

Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: Rezonans magnetyczny - Udzielający Zamówienia wymaga od Przyjmującego zamówienie, aby badania MR były wykonywane przy zastosowaniu minimum 1 urządzenia MR: nie gorszego niż Aparat 1,5 T

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (Udzielający Zamówienia wymaga od Przyjmującego zamówienie, aby badania MR były wykonywane przy zastosowaniu minimum 1 urządzenia MR: nie gorszego niż Aparat 1,5 T)

.....

.....

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

6. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Rezonans magnetyczny mózgu/pnia bez kontrastu	
2	Rezonans magnetyczny mózgu/pnia z kontrastem	

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na każde świadczenie.

7. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

8. Czas realizacji świadczenia.....

..... dnia.....

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 2 tomografia komputerowa

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....

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

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy..... miejscowość.....

Tel....., fax.....

Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: tomografia komputerowa

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....
.....

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

6. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Tomografia komputerowa głowy	
2	Tomografia komputerowa głowy z kontrastem	
2	Tomografia komputerowa szyi	
4	Tomografia komputerowa szyi z kontrastem	
5	Tomografia komputerowa kręgosłupa (jeden odcinek anatomiczny)	
6	Tomografia komputerowa kręgosłupa (jeden odcinek anatomiczny) z kontrastem	

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na każde świadczenie.

7. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

8. Czas realizacji świadczenia.....

..... dnia.....

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 3 Bronchoskopia

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....

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

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy..... miejscowość.....

Tel....., fax.....

Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: Bronchoskopia

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....
.....

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

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Bronchoskopia	

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia.....

..... dnia.....

.....

Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 4 Gastroskopia

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....

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

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy..... miejscowość.....

Tel....., fax.....

Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: Gastroskopia

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....
.....

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

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Gastroskopia diagnostyczna z testem urazowym	
2	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją i badaniem histopatologicznym	

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia.....

..... dnia.....

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 5 Elektromiografia

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy..... miejscowość.....

Tel....., fax.....

Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: Elektromiografia

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....
.....

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

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Badanie neurograficzne (ENG)	
2	Badanie elektromiograficzne (EMG)	
3	Wzrokowe potencjały wywołane (WPW)	
4	Próba tężyczkowa	

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia.....

..... dnia.....

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 6 próba męczyliwosci

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....

.....

.....

.....

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy..... miejscowość.....

Tel....., fax.....

Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: próba męczyliwosci

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....

.....

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

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	próba męczliwości	

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia.....

..... dnia.....

.....

Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

--	--

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1.	okulistyczne,	
2.	Kardiologiczne	
3.	laryngologiczne,	
4.	chirurgiczne,	
5.	ginekologiczne,	
6.	pulmonologiczne, (spirometria, OT)	
7.	dermatologiczne,	
8.	ortopedyczne,	
9.	neurologiczne	
10.	internistyczne,	
11.	z zakresu chorób zakaźnych.	
12.	urologiczne	

Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każde świadczenie.

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia.....

..... dnia.....

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 8

konsultacje specjalistyczne udzielane u Udzielającego Zamówienie

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy..... miejscowość.....

Tel....., fax.....

Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: konsultacje specjalistyczne udzielane u Udzielającego Zamówienie

4. **Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych,** które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

5.

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1.	neurologiczne	

Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każde świadczenie.

Konsultacje zamawiane telefonicznie i wykonywane będą w siedzibie Udzielającego Zamówienie.

..... dnia.....

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 9

świadczenie usług medycznych - porady neurologiczne w ramach godzin od 7.25 do 15.00 od poniedziałku do piątku

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....
Kod pocztowy..... miejscowość.....
Tel....., fax.....
Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej
- zaświadczenie o niekaralności

3. Nazwa świadczenia medycznego: świadczenie usług medycznych - porady neurologiczne w ramach godzin od 7.25 do 15.00 od poniedziałku do piątku

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Przedmiot usługi medycznej	Cena jednostkowa za punkt /zł.
1	świadczenie usług medycznych - porady neurologiczne w ramach godzin od 7.25 do 15.00 od poniedziałku do piątku w wymiarze i harmonogramie określonym poniżej
2	wizyta domowa u pacjenta	Cena jednostkowa za wizytę

(maksymalna wartość ceny za punkt wynosi 50%).

(maksymalna wartość ceny za wizytę w domu pacjenta może wynosić 141,04 zł)

- Ilość punktów

Harmonogram czasu pracy

Harmonogram czasu pracy	Wymiar czasu pracy od	Wymiar czasu pracy do
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

6. Miejsce udzielania świadczeń medycznych:

Poradnia Neurologiczna Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego SP ZOPZ w Jarosławiu ul. Kościuszki 18

..... dnia.....

.....

Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 10 zabiegi specjalistyczne

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....

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

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy..... miejscowość.....

Tel....., fax.....

Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: zabiegi specjalistyczne

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....
.....

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

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	stomatologiczne (w zakresie ekstrakcji i leczenia zębów oraz protetyki)	
	porada, badanie, konsultacja	
	opatrunek leczniczy	
	trepanacja zęba, dewitalizacja zęba	
	znieczulenie nasiękowe lub przewodowe	
	usunięcie zęba proste	
	usunięcie zęba chirurgiczne	
	wypełnienie zęba na jednej powierzchni	
	wypełnienie zęba na dwóch powierzchniach	
	wypełnienie zęba na trzech powierzchniach	
	usunięcie kamienia nazębnego	
	leczenie kanałowe zęba	
	proteza ruchoma osiadająca	
2	anestezjologiczne – znieczulenie do zabiegów EW (wykonywane w siedzibie Zamawiającego)	
3	chirurgiczne - ambulatoryjne	

Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na każde świadczenie.

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia.....

..... dnia.....

.....

Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 11 (badania laboratoryjne)

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....

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

2. Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy..... miejscowość.....

Tel....., fax.....

Regon....., NIP.....

Zadanie 11.1

Oznaczenie grupy krwi

Udzielający zamówienia wymaga przyjęcia dostarczonego materiału do badania we wszystkie dni tygodnia (również w niedziele i święta). Możliwość wykonania badania w trybie pilnym

	Nazwa badania	Przewidywana liczba badań Okres 36 mc.	Cena jednostkowa brutto	Wartość brutto
1	Grupa krwi układu ABO	10		
2	Odczyn Coombsa	1		
	Razem			
	Zadanie 11.2			
	Bakteriologia			
1	posiew moczu (jałowy)	41		
2	antybiogram posiewu moczu	35		
3	wymazy (gardło, nos, rana, skóra)	58		
4	wymazy (gardło, nos, rana, skóra) z antybiogramem	15		
5	wymaz z odbytu (ujemny bez identyfikacji)	1		
6	wymaz z odbytu j. w. (dodatni z identyfikacją)	1		
7	antybiogram posiewu wymazu	1		
8	Clostridium Difficile toksyna A i B	7		

9	Rota -Adenowirusy	4		
10	posiew krwi tlenowy - jałowy	3		
11	posiew krwi tlenowy - antybiogram	1		
12	Posiew w kierunku Salmonella Shigella - SS	13		
13	badanie w kierunku gruźlicy- preparat bezpośredni	8		
14	posiew w kierunku gruźlicy	11		
15	posiew w kierunku gruźlicy - lekowrażliwość	1		
Razem				
W cenę badania wliczone będą pożywki i podłoża transportowe.				

Zadanie 11.3

Toksykologia - oznaczenie poziomu leków we krwi

1	karbamazepina	15		
2	kwask walproinowy	100		
3	klozapina	8		
Razem				

Zadanie 11.4

Diagnostyka niedokrwistości

1	kwask foliowy	41		
2	ferrytyna	24		
3	witamina B12	181		
4	transferyna	20		
Razem				

Zadanie 10.5

Diagnostyka chorób tarczycy

1	Tyreotropina TSH	3862		
2	Wolne T3	720		
3	Wolne T4	819		
4	Przeciwciała przeciwarczycowe - anty TPO	97		
5	Przeciwciała przeciwarczycowe - anty hTG	48		
6	P/ciała p receptorom TSH - TRAB	10		
Razem				

Zadanie 11.6

Hormony płciowe i metaboliczne

1	Prolaktyna PRL	217		
2	Luteotropina – LH	30		
3	Folikulotropina – FSH	50		
4	Estradiol - E2 -	37		
5	Progesteron – P	31		
6	Testosteron –T	44		
7	Kortyzol	19		
8	Gonadotropina kosmówkowa HCG (ilościowo)	66		

9	Ceruloplazmina	10		
10	Miedź	22		
11	h wzrostu	1		
12	DHEA-S	5		
13	PTH	3		
14	IgE całkowite	4		
15	Elektroforeza białek surowicy krwi	8		
Razem				

Zadanie 11.7

Diagnostyka cukrzycy

1	Insulina	20		
2	HbA1c	73		
3	Mikroalbuminuria	3		
Razem				

Zadanie 11.8

Markery nowotworowe

1	CEA	40		
2	CA 125	54		
3	CA 15 - 3	9		
4	CA 19 - 9	42		
5	PSA	603		
6	fPSA – wolny PSA	21		
7	AFP	4		
Razem				

Zadanie 11.9

Immunologia i diagnostyka zakażeń

1	różyczka IgG (test ilościowy)	15		
2	różyczka IgM (test ilościowy)	1		
3	cytomegalia IgG (test ilościowy)	2		
4	cytomegalia IgM (test ilościowy)	2		
5	Borelia IgG	363		
6	Borelia IgG test potw	4		
7	Borelia IgM	365		
8	Borelia IgM test potw	1		
9	Toxoplazmoza IgG	49		
10	Toxoplazmoza IgM	54		
11	Chlamydia pneumonia IgA	1		
12	Chlamydia pneumonia IgG	1		
13	Chlamydia pneumonia IgM	1		
14	Chlamydia trachomatis IgA	1		
15	Chlamydia trachomatis IgG	1		
16	Chlamydia trachomatis IgM	1		
17	Anty-HIV 1/HIV 2+Ag p-24	47		

18	potwierdzenie HIV + Western Blot	1		
19	mononukleoz test	4		
20	helicobacter pyroli - test	80		
21	antygen HBs	63		
22	antygen HBs - test potwierdzenia	1		
23	przeciwciała anty – HBs	32		
24	przeciwciała anty – HBc całkowite	3		
25	przeciwciała anty – HBc IgM	1		
26	przeciwciała anty – HBe	2		
27	przeciwciała anty – HCV	67		
28	VRDL	1		
29	TPHA	1		
30	FTA i FTA ABS	2		
razem				

Zadanie 11.10
Autoimmunologia

1	Anty CCP	25		
2	Odczyn Waalera Rosego	1		
3	ANA I	12		
Razem				

..... dnia.....

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 12

wykonywanie badań laboratoryjnych w dni powszednie, wolne i święta w godzinach 22⁰⁰ - 7⁰⁰.

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....

.....

.....

.....

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy..... miejscowość.....

Tel....., fax.....

Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: wykonywanie badań laboratoryjnych w dni powszednie, wolne i święta w godzinach 22⁰⁰ - 7⁰⁰.

4. Proponowana kwota należności – Oferent dołączy do oferty aktualny cennik badań.

5. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

..... dnia.....

.....

Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 13

wykonywanie i opis badań USG i USG Doppler

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy..... miejscowość.....

Tel....., fax.....

Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: wykonywanie i opis badań USG i USG Doppler

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. (jeżeli dotyczy)

.....
.....

.....

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	USG jamy brzusznej, tarczycy, sutka, gruczołu krokowego itp.	
2	USG narządów rodnych, transwaginalne	
3	USG Doppler – Duplex z kolorowym obrazowaniem	

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na każde świadczenie.

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia.....

..... dnia.....

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 14 opis badania EEG

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....

.....

.....

.....

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy..... miejscowość.....

Tel....., fax.....

Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: opis badania EEG

4. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	opis badania EEG	

5. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

6. Czas realizacji świadczenia.....

..... dnia.....

.....

Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 15

badanie profilaktyczne pracowników z zakresu medycyny pracy.

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....
Kod pocztowy..... miejscowość.....
Tel....., fax.....
Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: badanie profilaktyczne pracowników z zakresu medycyny pracy.

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	badania pracowników działalności podstawowej, administracji i obsługi (mogą być przeprowadzane w siedzibie Udzielającego zamówienie). Udzielający zamówienia zapewnia wykonanie koniecznych badań diagnostycznych.	
2	Badania okulistyczne pracowników	

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia.....

..... dnia.....

.....

Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 16

udostępnianie sali sekcyjnej i wykonanie sekcji zwłok.

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....

.....

.....

.....

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy..... miejscowość.....

Tel....., fax.....

Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: udostępnianie sali sekcyjnej i wykonanie sekcji zwłok.

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

4. Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny.

.....

.....

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

5. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Wykonanie sekcji zwłok	
2	Udostępnienie sali sekcyjnej	

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na każde świadczenie.

6. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia.....

..... dnia.....

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 17 Sterylizacja narzędzi

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....

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

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy..... miejscowość.....

Tel....., fax.....

Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: Sterylizacja narzędzi

4. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Sterylizacja 1 szt. pojedynczego pakietu w rękawie papierowo-foliowym w sterylizacji parowej	

5. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

..... dnia.....

.....

Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 18

Badanie czystości mikrobiologicznej powierzchni.

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta · (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).....
.....
.....

B/ Adres Oferenta

ul....., nr.....
Kod pocztowy..... miejscowość.....
Tel....., fax.....
Regon....., NIP.....

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,
- kserokopia aktualnego wypisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej
- kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej

3. Nazwa świadczenia medycznego: Badanie czystości mikrobiologicznej powierzchni.

4. Proponowana kwota należności

Lp.	Zakres świadczeń	Cena jednostkowa brutto
1	Badanie czystości mikrobiologicznej powierzchni – jałowe	
2	Badanie czystości mikrobiologicznej powierzchni – z identyfikacją	

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na każde świadczenie.

5. Proponowane miejsce udzielania świadczeń medycznych:

.....

7. Czas realizacji świadczenia.....

..... dnia.....

.....
Podpis osób uprawnionych do składani oświadczeń woli

Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 40/2024

.....
Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.

1. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
3. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
4. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w w/w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że warunki lokalowe w których wykonuje się usługi będące przedmiotem zamówienia spełniają wymagania pod względem fachowym i sanitarnym określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 595 z późn. zm.).

..... dnia.....

.....
podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

UMOWA nr

zawarta w Jarosławiu w dniu roku pomiędzy:

Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej im. prof. Antoniego Kępińskiego, ul. Kościuszki 18, 37-500 Jarosław

zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym w Rzeszowie XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego Nr 0000004196, posiadającym NIP: 792-18-05-587, REGON: 000296638 reprezentowanym przez:

Dyrektora – mgr Józefa Długonia

zwanym w dalszej części niniejszej umowy Udzielającym zamówienia
a

.....

.....

zwanym w dalszej części niniejszej umowy Przyjmującym zamówienie reprezentowanym przez:

.....

o następującej treści:

§ 1

Przyjmujący zamówienie został wybrany w wyniku konkursu ofert na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez podmioty określone w art. 26, 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dla pacjentów SP ZOZ Jarosław.

§ 2

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu usług medycznych w zakresie:

.....

.....

2. Świadczenia wykonywane będą w siedzibie Udzielającego Zamówienie/siedzibie Przyjmującego Zamówienie.

3.

§3

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania powierzonych czynności z należytą starannością i zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest uprawniony do wykonywania tego rodzaju świadczeń zdrowotnych oraz spełnia wszystkie niezbędne wymogi zarówno kadrowe jak i sprzętowe, techniczne wynikające z obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie oraz posiada odpowiednie doświadczenie do rzetelnego wykonania przedmiotu umowy.

§4

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie świadczonych usług określonych umową.

§5

1. Podstawę zapłaty należności stanowi faktura VAT wystawiona przez Przyjmującego zamówienie po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego, wraz z wykazem pacjentów objętych świadczeniem, zawierającym imię, nazwisko, numer PESEL
2. Udzielający zamówienia będzie regulował należność Przyjmującemu zamówienie w terminie 14 dni, licząc od dnia wystawienia faktury, przelewem na rachunek bankowy Przyjmującego zamówienie wskazany w fakturze.
3. Terminem zapłaty jest dzień uznania rachunku bankowego Przyjmującego zamówienia.
4. Po upływie terminu płatności Przyjmujący zamówienie może obciążyć Udzielającego zamówienia odsetkami ustawowymi.

§6

1. Za wykonane świadczenia wymienione w §2 Udzielający zamówienia będzie płacił Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenie wg cen określonych w ofercie Przyjmującego zamówienie z dnia stanowiącej integralną część umowy.
2. Podane ceny są cenami brutto i mogą być zmienione w czasie trwania umowy wyłącznie za zgodą obu stron wyrażoną na piśmie.

§7

1. Przyjmujący zamówienie posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie przedmiotu umowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymywania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy.
3. W przypadku nie udokumentowania, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy przez Przyjmującego zamówienie, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej umowa ulega rozwiązaniu bez wypowiedzenia.

§8

Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone osobą trzecią, Udzielającemu zamówienie, pacjentom przy realizacji przedmiotu umowy. Jeżeli do powstania szkody przyczynił się Udzielający zamówienie Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność w takim stopniu, w jakim on przyczynił się do wyrządzenia szkody.

§9

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje poddać się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego zamówienia w zakresie prawidłowej realizacji umowy.

§10

1. Strony zobowiązują się do zachowania tajemnicy informacji organizacyjnych oraz wszelkich innych ustaleń dotyczących drugiej Strony niepodanych do wiadomości publicznej.

2. W przypadku udowodnionego naruszenia postanowień ust. 1 niniejszego paragrafu umowy Strona może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym oraz wystąpić o odszkodowanie na zasadach określonych w kodeksie cywilnym.

§11

1. Umowa obowiązuje od dnia do dnia
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze Stron za uprzednim 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.
3. Umowę można rozwiązać ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli:
 - 1) Przyjmujący zamówienie dwukrotnie wykona zlecone usługi zdrowotne z nienależytą zawodową starannością niezgodnie z obowiązującymi przepisami, lub w sposób stanowiący zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjentów.
 - 2) Przyjmujący zamówienie utraci uprawnienia konieczne do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową.
4. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze Stron w każdym czasie, gdy zaistnieją okoliczności uniemożliwiające dalsze trwanie umowy, których nie można było przewidzieć w chwili jej zawarcia.

§12

Przyjmujący zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy.

§13

1. Wszelkie zmiany w treści niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Nieważna jest zmiana postanowień umowy oraz wprowadzanie nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie, której dokonano wyboru Przyjmującego zamówienie, chyba, że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

§14

Bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienia Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osobę trzecią.

§15

W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie m.in. przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

§16

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia Umowy pod rygorem nieważności wymagają formy pisemnej.
2. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za działania i zaniechania osób trzecich, którymi będzie się posługiwał przy wykonaniu Umowy jak za swoje własne działania i zaniechania.
3. Wszelkie spory mogące wyniknąć w związku z realizacją niniejszej Umowy, Strony będą próbować rozwiązać na drodze polubownej metodą negocjacji. Strony przyjmują,

iż w przypadku braku usunięcia rozbieżności w swoich stanowiskach w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia - ewentualne spory rozstrzygać będzie Sąd rzeczowo właściwy według siedziby Zamawiającego *.(klauzula prorogacyjna)*.

4. Zaistnienie sporu, dotyczącego umowy, nie zwalnia Strony od obowiązku dotrzymania pozostałych zobowiązań wynikających z umowy, pozostających poza sporem.
5. Jeżeli jakieś postanowienie umowy stanie się nieważne lub nieskuteczne, nie wpłynie to na ważność lub skuteczność innych jej postanowień. W takim przypadku, Strony wspólnie wypracują postanowienie mające znaczenie prawne i faktyczne możliwie najbardziej zbliżone do założeń nieważnego postanowienia i pokrywające brakujące postanowienia w sposób zbliżony do celów i założeń umowy oraz niezwłocznie zawrą stosowny aneks do umowy *(klauzula salwatoryjna)*.
6. Integralną częścią Umowy stanowią jej załączniki wymienione w jej treści.
7. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE