**Konkurs na wykonywanie usługi badań w zakresie diagnostyki histopatologicznej
i cytologicznej dla pacjentów SP ZOZ MSW w Koszalinie.**

Załącznik nr 1

Do konkursu mogą przystąpić Oferenci, którzy:

• posiadają udokumentowane doświadczenie w świadczeniu usług w zakresie wykonywania
i opisywania badań histopatologicznych i cytologicznych przez co najmniej okres trzech lat do terminu ogłoszenia konkursu, z co najmniej z 5 podmiotami potwierdzane na podstawie oświadczenia oferenta,

• posiadają personel lekarski posiadający specjalizację w zakresie patomorfologii oraz doświadczenie w wykonywaniu i opisywaniu w/w badań – minimum 3 lekarzy,

• dysponują sprzętem i oprogramowaniem jak również zapewnią obsługę techniczną oraz informatyczną sprzętu i oprogramowania służącego do przekazywania wyników badań bez dodatkowych opłat,

• podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Wymogi dotyczące sposobu wykonywania świadczeń zdrowotnych:

Zakres świadczeń udzielanych w ramach umowy:

1. Zamawiający wymaga od Oferenta:

− zabezpieczenia wykonania badań immunohistochemicznych/molekularno-genetycznych
w ciągu 21 dni,

- wyników badań planowych w ciągu 14 dni,

− wyników badań pilnych w ciągu 10 dni.

2. Szacunkowa liczba badań w okresie 36 miesięcy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania | Tryb planowy | Tryb pilny |
| 1 | Histopatologicznych | 23 900 | 0 |
| 2 | Cytologiczne z szyjki macicy | 1 950 | 0 |
| 3 | Cytologiczne nieginekologiczne | 60 | 0 |
| 4 | Punkcje cienkoigłowe | 630 | 0 |
| 5 | Biopsje gruboigłowe | 0 | 150 |
| 6 | Konsultacje eksperckie | 80 | 0 |

Zamawiający zastrzega, że są to ilości szacunkowe i nie jest w stanie zagwarantować minimalnej ani maksymalnej ilości zlecanych badań.

3. Opisy wykonywane będą:

a) przez lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie;

b) zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną i standardami;

c) z zachowaniem najwyższej staranności.

4. Udzielający Zamówienie wymaga, aby oceny badań dokonywali wyłącznie lekarze specjaliści w dziedzinie patomorfologii.

5. Oferent zobowiązany jest należycie zabezpieczyć dostęp do przesyłanych danych przed osobami niepowołanymi.

6. Dostarczone rozwiązanie powinno być kompletne, tzn. Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z pełnym uruchomieniem oferowanego rozwiązania.

7. Oferent zobowiązany jest do przeszkolenia personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i użytkowania zaproponowanego rozwiązania.

**Konkurs na wykonywanie usługi badań w zakresie diagnostyki histopatologicznej
i cytologicznej dla pacjentów SP ZOZ MSW w Koszalinie.**

Załącznik nr 2

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

pieczęć oferenta

**OŚWIADCZENIE O DANYCH OFERENTA**

Niniejszym, zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu badań histopatologicznych
i cytologicznych dla pacjentów SP ZOZ MSW w Koszalinie.

1. Poniżej, zamieszczam wymagane informacje ofertowe:

Dane oferenta

Nazwa firmy …………………………………………………………………………………………….

Adres siedziby ………………………………………………………………………………………….

Nr wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej lub do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą …………………………………………………………………

Dane podmiotu tworzącego (wypełnia wyłącznie podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą NIP REGON Imię i nazwisko osób(y) uprawnionej do reprezentowania placówki numer wpisu do KRS albo ewidencji działalności gospodarczej, numer REGON, NIP, numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą - dane podmiotu tworzącego. ……………………………………………………………………………………………………………

Telefon, fax, e-mail…………………………………………………………………………………….

2. Wymagane dokumenty, które należy przedłożyć w ofercie.

Załącznik nr 2 Oświadczenie o danych oferenta

Załącznik nr 3 Podpisane oświadczenie oferenta

Załącznik nr 4 Oferta cenowa

Załącznik nr 5 Wykaz liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń medycznych

Potwierdzoną „za zgodność z oryginałem kopię odpisu z KRS lub zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej oraz kserokopię polisy ubezpieczeniowej. Pełnomocnictwo – w przypadku składania oferty przez pełnomocnika.

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

miejscowość i data (podpis i pieczątka oferenta)

**Konkurs na wykonywanie usługi badań w zakresie diagnostyki histopatologicznej
i cytologicznej dla pacjentów SP ZOZ MSW w Koszalinie.**

Załącznik nr 3

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

pieczęć oferenta

Oświadczenie

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam się z treścią ogłoszenia i warunkami szczegółowymi konkursu.

2. Nie posiadam zaległości w opłatach do ZUS i US.

3. Zatrudniony personel posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe a sytuacja ekonomiczna gwarantuje należyte wykonanie świadczeń objętych niniejszym konkursem.

4. Spełniam aktualnie obowiązujące wymogi NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.

5. Nie korzystam z usług podwykonawców przy wykonywaniu badań (nie zlecam opisu badań zewnętrznej pracowni) z wyjątkiem personelu Zleceniobiorcy świadczącego usługi na rzecz Zleceniobiorcy na podstawie umów cywilnoprawnych.

6. Znany jest mi termin związania ofertą (30 dni od daty upływu terminu składania ofert).

7. Wymienione w ofercie, projekcie umowy i warunkach szczegółowych konkursu warunki umowy zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w terminie 30 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.

8. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obwiązujących szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ z zakresu właściwego przedmiotu umowy.

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

miejscowość i data (podpis i pieczątka oferenta)

**Konkurs na wykonywanie usługi badań w zakresie diagnostyki histopatologicznej
i cytologicznej dla pacjentów SP ZOZ MSW w Koszalinie.**

Załącznik nr 4

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

pieczęć oferenta

**OFERTA CENOWA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Ilość na 12 miesięcy | Cena jednostkowa | Wartość 12 miesięcy | Wartość 36 miesięcy |
| 1 | Histopatologicznych | 23 900 |  |  |  |
| 2 | Cytologiczne z szyjki macicy | 1 950 |  |  |  |
| 3 | Cytologiczne nieginekologiczne | 60 |  |  |  |
| 4 | Punkcje cienkoigłowe | 630 |  |  |  |
| 5 | Biopsje gruboigłowe | 150 |  |  |  |
| 6 | Konsultacje eksperckie | 80 |  |  |  |
| Razem |  |

RAZEM proponowana cena oferty - ………………………. zł

(słownie: ………………………………………………………………………………………………). Oferent podaje ceny brutto

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

Podpis Oferenta

**Konkurs na wykonywanie usługi badań w zakresie diagnostyki histopatologicznej
i cytologicznej dla pacjentów SP ZOZ MSW w Koszalinie.**

Załącznik nr 5

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

pieczęć oferenta

Liczba i kwalifikacje osób, które będą wykonywać świadczenia.

1…………………………………………………………………………………………………………..

2. ………………………………………………………………………………………………………..

3. ………………………………………………………………………………………………………..